ECH
JOURNAL

Journal

of environmental and community health

VOL10 NO.1 January - February 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 1
พิมลดา ภูสีน้อย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง 10
ราชวัช ทวีคูณ ,สมจินตนา สมณะ ,เบญจวรรณ สง่าลี

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น 22
อาทิตยา บุตรแสง ,อรธิชา อันทราศรี

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังต่อความรู้ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลลำพูน 33
รัชฎาภรณ์ สุขจิตต์ ,เจษฎาภรณ์ อิกำเหนิด

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 45
ธันยพร อินทรภูมิ

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 57
สุปราณี บุตรสมบัติ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกูฉินารายณ์ 68
อัจฉรา ไชยโสดา

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความรู้ทัศนคติและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน 76
ปุณณัตถ์ บุญมา ,ทิพนันท์ บูรณะกิติ

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร 85
รักษ์ชัย ไชยรักษ์ ,ชลธิชา นาคโนนหัน ,รัตนา ไชยรักษ์

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย 97
กัลญา สุทธิธรรม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย 109
พรทิพย์ โรจนกร

ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นผ่านแอพลิเคชันไลน์ 119
วันทนีย์ ทิพชาติ

แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 132
อภิรดี ยิ่งคงดี ,กาญจนา พะวินรัมย์

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 141
เพชรรัตน์ วงค์ไชยชาญ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 151
สันติสุข ลีสีสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ 164
ชัยยะ เผ่าผา ,อุมาพร สังขฤกษ์ ,ปิยนุช พันธ์ศิริ

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ในอำภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว 173
ชัชชญา ธิราวิทย์ บัญชาการ เหลาลา

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 194
ดาริน วะสัตย์

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี 203
สุกัญญา บัณฑิตกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 212
ปรียานุช ใยยอง ,จีระศักดิ์ ทัพผา

การพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุพรรณบุรี : Cov19-Suphanburi Platform 219
สัญญา สุขขำ ,ชัยณรงค์ สุขขำ

โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน 229
ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ ,รัชณีย์ วรรณขาม ,ปณิตา แคล้วอ้อม ,กมลชนก จงวิไลเกษม

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำเยาวชน ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 248
วิม เหมโส

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolite ที่เกิดกลุ่มอาการมือและเท้า (Hand Foot Syndrome : HFS) และอาการชาปลายประสาท: กรณีศึกษา 259
สุจิตรา ทองทรัพย์

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 267
สมิง กมลเลิศ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น 274
อารดา หายักวงษ์

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว:กรณีศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 285
สุปัญญา นนทะเสน

การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 294
รชยา เรืองช่อ

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท 302
ศิริชัย ไกรเสน

การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี 311
เนาวนิตย์ พลพินิจ ,สมไสว อินทะชุบ ,วรัญรดา เชื้อตายา ,ณัฐชยา สิมมะลี

ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ 322
วีรยาพร ความเพียร ,ณีรนุช วงค์เจริญ ,ภูมินทร์ ดวงสุริยะ ,นิตยา ทานันท์

ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส 332
นาถอนงค์ สุโพ

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น **342**
สงกรานต์ กลั่นด้วง ,เพ็ญนภา ศรวิเศษ ,ศศิกร ไชยประทุม ,พิมพร รุจิรกุล

ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด 355
เฉลิมขวัญ มลิพันธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก 365
อัญชลี ทวีวรรณคีรี ,จีระศักดิ์ ทัพผา

ผลการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติ 373
สายหยุด ภาชะนนท์ ,พิมพ์ใจ ลังการ์พินธุ์ ,นันทภัค สมฤทธิ์ ,กฤตยา วงศ์ใหญ่

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 382
วิมลศรี ศิริบำรุง

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ ทางหน้าท้อง (Colostomy) สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค 392
ประศาสตร์พร ชื่นใจ

รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 401
สุภศักดิ์ เมืองพรหม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 414
ทรัสลักษมณ์ ก่อเกียรติธัญกร ,จุฑานภ พุ้ยน้อย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 421
อภิญญา โคตรลาคำ

การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น 429
ณิชกานต์ กากแก้ว ,,ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล

การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 442
ศิรินภา พลเยี่ยม

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสุโขทัย ... 455
ภัทราวรรณ ศิรินันทยา ,นภาพร อินทร์เรือง

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 466
นันทิยา ไทยภักดี ,อรอนงค์ เจ็กภู่

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดหนองคาย 477
จรรยา คำอุ่น ,ขนิษฐา นาหนองตูม

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร 487
วลัยลักษณ์ จันเต็ม

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 497
ชูศรี สอนสา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 506
สุราษฎร์ บุญปัญญา

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด **516**
ระพีภรณ์ ใจมั่น ,โสภา ถวิล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ 525
สุริชัย เศษจันทร์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 531
ณัฏฐโชติ สมนึก

การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 539
เนาวนา ภูจ่าพล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ 546
กนกพร โชคดีทวีทรัพย์

การเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช..... 555
สุภัทรา จงศิริกุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 565
นิพล รวมเจริญ ,สุนี รวมเจริญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก 575
สาคร นันทโกวัฒน์ ,นิลภา จิระรัตนวรรณะ

ประสิทธิภาพของ Human factor engineering ต่อกระบวนการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน 587
พัชรี โนโชติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 592
จิตรา เหลี่ยมดี

การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา 599
ปรียาภรณ์ รีสันเทียะ ,เพ็ชรผกา อธิโรจน์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีความเสี่ยงต่อภาวะช็อก 605
ประภาพร ขำสา

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง โดยคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 611
พัชราภรณ์ ปินตา ,กษิพัฒน์ เชียงแรง

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ 619
วรรณดี ไตรสังข์

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 626
เจตนาพร ศรีทอง

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย 634
พวงเพชร ชูจอหอ

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรในผู้ป่วยโรค Office Syndrome คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา **641**
สุรัสวดี เพชรคง ,สิธาพร ผดุงยุทธ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง 651
อักษร พรหมเมศร์

การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา 660
จันทิมา เอี่ยมภูมิ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 671
จุฬาภรณ์ จิตพิลา

ผลของการส่งเสริมชุดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 680
ณัฐรินีย์ วงศ์ศรีจันทร์ ,ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ ,จรรยา ชมชายผล]ณัฐฐยาน์ พันธุออน

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 690
วิลาวรรณ ผิวทน

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 701
ลักขณา ทิพย์สมบัติ

รายงานการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถปิคอัพ บริเวณหน้าโรงน้ำคูลสปริงบ้านเปือย อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ 711
ชญานิน กฤติยะโชติ ,อรุณี สุวรรณโชติ ,ปรียาภรณ์ เชสูงเนิน ,กุสุมา มีศิลป์

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 721
นันท์นภัส ประไพ ,นันทิกานต์ หวังจิ

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 731
อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์ , นันทิกานต์ หวังจิ

การส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) 738
พชรภา ขันทอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ 749
ธัญลักษณ์ ทองสี ,จีระศักดิ์ ทัพผา

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ 756
กัญรัสมิ์ ทิพย์กระโทก

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 762
สุภาพร ภูนาเหนือ

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 770
พรวีนัส เศวตวงษ์

การพัฒนาระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลขอนแก่น 778
บุรารัตน์ ละลี ,วราวุธ กิตติวัฒนากูล ,พุทธชาด นามเวียง ,กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

รายงานผู้ป่วย การบูรณะฟันหน้าด้วยเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับครอบฟัน และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว ในผู้ป่วยที่สูญเสียการสบฟันในมิติแนวดิ่ง 790
ดลฤดี มณีฉาย

การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชา : กรณีศึกษา 802
กัลยามาศ แจ่มกลาง

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (ฉบับปรับปรุง) 810
ศิริพร อุทธากิจ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 817
สุทร สุขรอบ

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 31 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัย การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง ความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง การบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตร การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน การบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติด ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค ประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน าร ส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH
JOURNAL

Journal

of environmental and community health

VOL10 NO.1 January - February 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 1
พิมลดา ภูสีน้อย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง 10
ราชวัช ทวีคูณ ,สมจินตนา สมณะ ,เบญจวรรณ สง่าลี

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น 22
อาทิตยา บุตรแสง ,อรธิชา อันทราศรี

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังต่อความรู้ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลลำพูน 33
รัชฎาภรณ์ สุขจิตต์ ,เจษฎาภรณ์ อิกำเหนิด

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 45
ธันยพร อินทรภูมิ

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 57
สุปราณี บุตรสมบัติ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกูฉินารายณ์ 68
อัจฉรา ไชยโสดา

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความรู้ทัศนคติและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน 76
ปุณณัตถ์ บุญมา ,ทิพนันท์ บูรณะกิติ

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร 85
รักษ์ชัย ไชยรักษ์ ,ชลธิชา นาคโนนหัน ,รัตนา ไชยรักษ์

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย 97
กัลญา สุทธิธรรม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย 109
พรทิพย์ โรจนกร

ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นผ่านแอพลิเคชันไลน์ 119
วันทนีย์ ทิพชาติ

แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 132
อภิรดี ยิ่งคงดี ,กาญจนา พะวินรัมย์

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 141
เพชรรัตน์ วงค์ไชยชาญ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 151
สันติสุข ลีสีสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ 164
ชัยยะ เผ่าผา ,อุมาพร สังขฤกษ์ ,ปิยนุช พันธ์ศิริ

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ในอำภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว 173
ชัชชญา ธิราวิทย์ บัญชาการ เหลาลา

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 186
จิตรกร วิเศษปัสสา

รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 194
ดาริน วะสัตย์

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี 203
สุกัญญา บัณฑิตกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 212
ปรียานุช ใยยอง ,จีระศักดิ์ ทัพผา

การพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุพรรณบุรี : Cov19-Suphanburi Platform 219
สัญญา สุขขำ ,ชัยณรงค์ สุขขำ

โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน 229
ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ ,รัชณีย์ วรรณขาม ,ปณิตา แคล้วอ้อม ,กมลชนก จงวิไลเกษม

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำเยาวชน ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 248
วิม เหมโส

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolite ที่เกิดกลุ่มอาการมือและเท้า (Hand Foot Syndrome : HFS) และอาการชาปลายประสาท: กรณีศึกษา 259
สุจิตรา ทองทรัพย์

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 267
สมิง กมลเลิศ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น 274
อารดา หายักวงษ์

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว:กรณีศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 285
สุปัญญา นนทะเสน

การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 294
รชยา เรืองช่อ

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท 302
ศิริชัย ไกรเสน

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 31 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัย การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง ความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง การบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตร การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน การบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติด ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค ประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน าร ส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of an Early Childhood Development Promotion Program on Caregivers' Health Literacy and Early Child Development at Child Development Centers in Nong Kung Si Hospital Service Area, Kalasin Province, Thailand.

(Received: December 26,2024 ; Revised: January 8,2025 ; Accepted: January 11,2025)

พิมลดา ภูสีน้อย[1]
Pimlada pooseenoi [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัยจำนวน 50 คู่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ "เข้าใจโลกเด็กน้อย" "ขยับแขนขา พัฒนาไปด้วยกัน" "สนุกกับภาษา" และ "ทำได้ด้วยตัวเอง" เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Wilcoxon signed ranks test และ McNemar test

ผลการวิจัยพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสองประการ ประการแรก ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 88.64 เป็น 102.46 คะแนน และสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.0 เป็นร้อยละ 70.0 ประการที่สอง เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.008$) จากร้อยละ 78.0 เป็นร้อยละ 94.0 โดยพบการพัฒนาที่ดีขึ้นในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตัวเองและสังคม อย่างไรก็ตาม ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญในด้านการเคลื่อนไหว

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พัฒนาการเด็กปฐมวัย, ผู้ดูแลเด็ก

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to examine the effects of an early childhood development promotion program on caregivers' health literacy and early childhood development. The study was conducted at an early childhood development center in Nong Kung Si District, Kalasin Province. The sample consisted of 50 pairs of caregivers and young children, selected through purposive sampling. The program comprised four activities: "Understanding the Child's World," "Moving Together for Development," "Fun with Language," and "Self-Reliance." Data were collected using questionnaires and early childhood development surveillance and promotion records. The data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test, and McNemar test.

The research findings revealed two significant changes. First, caregivers' overall health literacy increased significantly ($p < 0.001$), with mean scores rising from 88.64 to 102.46 points, and the proportion of those with excellent health literacy increasing from 14.0% to 70.0%. Second, the percentage of children with age-appropriate development increased significantly ($p = 0.008$) from 78.0% to 94.0%. Improvements

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองกุงศรี

were observed in fine motor skills and cognitive development, language comprehension, language usage, and personal-social skills. However, no significant changes were found in gross motor development.
Keywords: Early Childhood Development Promotion Program, Health Literacy, Early Childhood Development, Caregivers

บทนำ

พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะของระบบต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุและวัยของเด็ก โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ สภาพแวดล้อม การเรียนรู้ การอบรมสั่งสอน และการเลี้ยงดู หากเด็กได้รับการอบรมสั่งสอนและเลี้ยงดูที่ดีและมีคุณภาพ เด็กจะพัฒนาด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีความสามารถและพฤติกรรมที่เหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง[1] ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาการของเด็กปฐมวัยเสมอมา โดยกำหนดนโยบายและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) โดยเน้นการเตรียมความพร้อมสำหรับพ่อแม่และการลงทุนในการพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้าน และสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีทักษะ ความรู้ และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า นโยบายนี้ถูกดำเนินการอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจของกรมอนามัยพบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยโดยรวมยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 27.28, 24.26 และ 22.78 ตามลำดับ

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 พบว่าเด็กในจังหวัดกาฬสินธุ์มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 32.48, 29.25 และ 27.69 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 20[2] การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัยคิดเป็นร้อยละ 80.6 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 19.4 โดยส่วนใหญ่ล่าช้าในด้านการใช้ภาษา คิดเป็นร้อยละ 17.0 นอกจากนี้ ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (การเข้าถึงข้อมูล, ความรู้ความเข้าใจ, การโต้ตอบซักถามข้อมูล, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย, และการสื่อสารต่อข้อมูล) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรียังมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ โดยมีความรู้ระดับพอใช้ร้อยละ 46.7 และระดับที่ต้องปรับปรุงร้อยละ 17.0 ตามลำดับ[3]

จากการวิเคราะห์หาสาเหตุสภาพปัญหาพัฒนาการล่าช้าของเด็กปฐมวัย พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจาก 1) พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กไม่พาเด็กมาตรวจประเมินพัฒนาการตามกำหนดเวลา และขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง มักมีความเชื่อว่าการที่เด็กทำกิจกรรมไม่ได้ตามวัยนั้นเป็นเรื่องปกติ และเด็กจะพัฒนาได้เองเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ไม่ยอมรับว่าพัฒนาการไม่สมวัย อีกทั้งขาดกิจกรรมและของเล่น นิทาน ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตลอดจนร้อยละของเด็กที่อยู่กับผู้สูงอายุที่บ้านเพิ่มมากขึ้น 2) พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานมีการโยกย้ายและเปลี่ยนงาน ตลอดจนมีภาระงานมาก 3) ระบบการส่งต่อในการติดตามเด็กยังไม่ชัดเจน และ 4) ระบบการบันทึกและส่งออกข้อมูลในรายงาน HDC ไม่ครบถ้วนและทันเวลา จะเห็นได้ว่าจากสภาพปัญหาที่ผ่านมาข้างต้น หากเด็กปฐมวัยที่มี

พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการตรวจคัดกรองค้นหาที่รวดเร็วและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม จะสามารถทำให้เด็กกลับมามีพัฒนาการที่ใกล้เคียงปกติหรือปกติได้[4] การเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำให้เด็กอายุ 3-5 ปี ถึงร้อยละ 53.3 ได้รับการดูแลจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน[5] เด็กเหล่านี้จึงต้องมีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้มีพัฒนาการที่ดีสมวัย ซึ่งทำให้กลุ่มเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานเลี้ยงเด็ก และโรงเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ($r = .429$, $p < .001$)[6]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษานี้ใช้โปรแกรมที่ประกอบด้วยการให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือ DSPM เพื่อปรับปรุงวิธีปฏิบัติของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ให้สอดคล้องตามแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็กปฐมวัย รวมทั้งยังส่งผลให้เด็กมีความพร้อมมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียนและวัยผู้ใหญ่ในอนาคต อันจะเป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

2. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (One-group with pretest-posttest design) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 4 ศูนย์ ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลหนองกุงศรี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำถาวร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโคกเจริญ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสะอาดนาดี ทั้งหมดจำนวน 111 คน ซึ่งแบ่งเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 99 คน ครู/ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 12 คน

2. เด็กปฐมวัย จำนวน 99 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 50 และเด็กปฐมวัย จำนวน 50 คน โดยมีเงื่อนไขการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย การคัดออก และการเลิกจากการร่วมวิจัย ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ดูแลเด็ก ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีเด็กปฐมวัยอยู่ในความดูแล 2) สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ 3) ยินดีให้ความ

ร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยและมีเวลาเข้าร่วมโปรแกรมตลอดทั้งโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ดูแลเด็กที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ ไม่เข้าใจภาษาไทยและอ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้

เกณฑ์ให้เลิกจากการร่วมวิจัย (Discontinuation Criteria) ผู้ดูแลเด็กที่ประสงค์ออกจากโครงการด้วยตนเองหรือยุติการตอบคำถามขณะให้ข้อมูลโดยไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยยึดองค์ประกอบของพัฒนาการ 5 ด้านของเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยกิจกรรมตามโปรแกรม 4 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรมเข้าใจโลกเด็กน้อย ครั้งที่ 2 กิจกรรมขยับแขนขาพัฒนาไปด้วยกัน ครั้งที่ 3 กิจกรรมสนุกกับภาษา และครั้งที่ 4 กิจกรรม ทำได้ด้วยตัวเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก[7] ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุความสัมพันธ์กับเด็ก การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย และสัมพันธภาพของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูกับเด็ก รูปแบบเป็นคำถามปลายเปิดให้ระบุข้อมูลและเลือกคำตอบที่ตรงกับผู้ตอบมากที่สุด

2) ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก เครื่องมือมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) 0.97[7]

2. ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ตามแบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กแบบทั้งฉบับ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.944

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนทดลอง

ผู้วิจัยแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้ดูแลเด็กในวันที่เข้ารับการอบรม พร้อมสอบถามความสมัครใจในการร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ดูแลเด็กที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถามความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก และประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการใช้คู่มือ DSPM (Pre-test) ก่อนการดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 1

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้โปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ณ โรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: "เข้าใจโลกเด็กน้อย" (Understanding the Child's World)

สาระสำคัญ: การเรียนรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในประเทศไทย ให้ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กใน 5 ด้าน

กิจกรรม: บรรยายพร้อมกิจกรรมกลุ่มเล็ก ๆ ให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์และนำเสนอกรณีศึกษา, เกม Interactive เพื่อจับคู่พัฒนาการกับอายุที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2: "ขยับแขนขา พัฒนาไปด้วยกัน" (Moving Together for Development)

สาระสำคัญ: การพัฒนาการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก รวมถึงการพัฒนาสติปัญญา

กิจกรรม: สถานีการเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะด้านต่าง ๆ การทำกิจกรรมคู่กับลูก ได้แก่ เกมที่เน้นการเคลื่อนไหวและการฝึกใช้ของเล่นที่ช่วยพัฒนาทักษะ"ร้อยลูกปัดหรรษา" - ให้เด็กและผู้ปกครองร่วมกันร้อยลูกปัดขนาดต่างๆ เป็นสร้อยหรือกำไล ช่วยฝึกการหยิบจับและการประสานสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ "บล็อกไม้มหาสนุก" - ให้เด็กและผู้ปกครองร่วมกันต่อบล็อกไม้เป็นรูปทรงต่างๆ ฝึกการคิดวางแผน การแก้ปัญหา และจินตนาการ

สัปดาห์ที่ 3: "สนุกกับภาษา" (Fun with Language)

สาระสำคัญ: พัฒนาการทางภาษาและการใช้ภาษาในการสื่อสาร

กิจกรรม: กำหนดบทบาทสมมติเพื่อฝึกใช้ภาษาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ "หนูน้อยนักขาย" จัดพื้นที่เป็นร้านค้าจำลอง มีสินค้าจำลองประเภทต่างๆ เด็กๆ สลับกันเป็นพ่อค้า/แม่ค้าและลูกค้า ฝึกการใช้คำทักทาย การถาม-ตอบราคา การต่อรอง สอดแทรกมารยาทการพูด เช่น "ขอบคุณค่ะ/ครับ" "สวัสดีค่ะ/ครับ" "หมอน้อยใจดี" จัดมุมเป็นคลินิกจำลอง มีอุปกรณ์หมอของเล่น ฝึกบทสนทนาระหว่างหมอกับคนไข้ เรียนรู้คำศัพท์เกี่ยวกับร่างกายและการเจ็บป่วย ฝึกการบอกอาการและการแสดงความห่วงใย

สัปดาห์ที่ 4: "ทำได้ด้วยตัวเอง" (Self-Reliance)

สาระสำคัญ: การช่วยเหลือตัวเองและทักษะทางสังคม

กิจกรรม: ฝึกทักษะการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตจริง ได้แก่ การผูกเชือกรองเท้า จัดโต๊ะอาหาร และการจำลองสถานการณ์สังคมให้เด็ก ๆ ฝึกทักษะการทำงานร่วมกันในกลุ่ม

ระยะที่ 3 ระยะหลังทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก และประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการใช้คู่มือ DSPM หลังการดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่หาค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของแบบประเมินได้แก่ การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับ (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ของครอนบาค (Cornbach’s alpha coefficient) และเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ และเปรียบเทียบระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติ McNemar test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ KLS.REC 189/2567 ณ วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.0) มีอายุเฉลี่ย 45.64 ปี (SD = 11.33) ส่วนใหญ่เป็นย่า/ยาย (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือแม่ (ร้อยละ 30.0) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อาชีวะศึกษา (ร้อยละ 38.0) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง/โรงงาน (ร้อยละ 32.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,476.00 บาท (SD = 4,818.78) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 60.1) ทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 72.0)

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กรายด้าน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 86.0 ด้านการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.0 เป็นร้อยละ 74.0 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.0 เป็นร้อยละ 64.0

สำหรับความรอบรู้สุขภาพโดยรวม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับดี (ร้อยละ 42.0) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 38.0) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับดีมาก (ร้อยละ 70.0) เพิ่มขึ้นจากเดิม (ร้อยละ 14.0) และมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ระดับพอใช้และปรับปรุงลดลงอย่างชัดเจน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.158$, $p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 88.64 (SD = 10.602) เป็น 102.46 (SD = 10.330) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการโต้ตอบซักถาม ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย และด้านการสื่อสารต่อข้อมูล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระยะใช้โปรแกรม	Mean	SD	Z	p-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	ก่อน	3.47	0.750	-5.393	<0.001*
	หลัง	4.16	0.457		
ด้านความรู้ความเข้าใจ	ก่อน	6.30	1.843	-4.557	<0.001*
	หลัง	7.86	1.246		
ด้านการโต้ตอบซักถาม	ก่อน	3.40	0.687	-3.449	<0.001*
	หลัง	3.64	0.758		
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ก่อน	2.62	0.725	-4.686	<0.001*

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระยะใช้โปรแกรม	Mean	SD	Z	p-value
	หลัง	3.46	0.838		
ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย	ก่อน	3.78	0.508	-5.450	<0.001*
	หลัง	4.41	0.563		
ด้านการสื่อสารต่อข้อมูล	ก่อน	3.63	0.623	-4.487	<0.001*
	หลัง	3.97	0.683		
ความรอบรู้โดยรวม	**ก่อน**	**88.64**	**10.602**	**-6.158**	**<0.001***
	หลัง	**102.46**	**10.330**		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

การเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็กมีพัฒนาการสมวัยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008) จากร้อยละ 78.0 เป็นร้อยละ 94.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (p = 0.016) ด้านการเข้าใจภาษา (p = 0.008) ด้านการใช้ภาษา (p = 0.008) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (p = 0.031) มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการเคลื่อนไหวที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.063) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติ McNemar test

พัฒนาการรายด้าน	ระยะใช้โปรแกรม	พัฒนาการของเด็กปฐมวัย				p-value
		พัฒนาการสมวัย		พัฒนาการสงสัยล่าช้า		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ด้านการเคลื่อนไหว	ก่อน	45	90.0	5	10.0	.063
	หลัง	50	100	0	0	
ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา	ก่อน	43	86.0	7	14.0	.016*
	หลัง	50	100	0	0	
ด้านการเข้าใจภาษา	ก่อน	40	80.0	10	20.0	.008*
	หลัง	48	96.0	2	4.0	
ด้านการใช้ภาษา	ก่อน	41	82.0	9	18.0	.008*
	หลัง	49	98.0	1	2.0	
ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม	ก่อน	44	88.0	6	12.0	.031*
	หลัง	50	100	0	0	
พัฒนาการโดยรวม	**ก่อน**	**39**	**78.0**	**11**	**22.0**	**.008***
	หลัง	**47**	**94.0**	**3**	**6.0**	

* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 88.64 เป็น 102.46 คะแนน สัดส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.0 เป็นร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 86.0 สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี เอื้ออำนวย และคณะ[8] และสุกัลยา โพธาราม[9] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านพัฒนาการเด็ก ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.0 เป็นร้อยละ 94.0 ($p = 0.008$) โดยพบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ยกเว้นด้านการเคลื่อนไหวที่ไม่พบความแตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา[10] และภรภร พิมาลัย และกาญจนา ลือมงคล[11] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการสามารถพัฒนาทักษะด้านภาษาและการช่วยเหลือตนเองได้อย่างชัดเจน แต่อาจมีข้อจำกัดในการพัฒนาด้านการเคลื่อนไหว

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในการพัฒนาทั้งผู้ดูแลและเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา บุญเจียม[12] ที่พบว่าเด็กที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านโปรแกรมมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.4-4.0 เท่า และการศึกษาของอัมพิกา แสงสอดแก้ว[13] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการสามารถเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแล ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยในทุกด้านสูงกว่าร้อยละ 88

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไปประยุกต์ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นประสิทธิผลที่ชัดเจนทั้งต่อผู้ดูแลและเด็ก

2. ควรมีการกำหนดนโยบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นปู่ย่าตายายซึ่งเป็นกลุ่มหลักในการดูแลเด็ก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความรอบรู้ของผู้ดูแลและพัฒนาการของเด็ก

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านรายได้และการศึกษา

3 ควรพัฒนาสื่อและช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาและช่วงวัยที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สัญญา สุปัญญาบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุงศรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองกุงศรี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.อดิศร์สุดา เฟื่องฟู.(2561). การเฝ้าระวังติดตามและคัดกรองพัฒนาการเด็ก. ใน: สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญสุวรรณเทพ, ดิศร์สุดา เฟื่องฟู, จริยา จุฑาภิสิทธิ์, บรรณาธิการ. พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง. หน้า 147.

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ผลการดำเนินการการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

3.คำสงค์ ชินมาตร.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 17(2):140-53.

4.อาริสรา ทองเหม, จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ปราณี พงษ์จินดา.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย: กรณีพื้นที่โครงการพัฒนาเพื่อความมั่นคงในพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริเขตกองทัพภาคที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-research-person/download/?did=204972&id=73914&reload=

5.กรแก้ว ทัพมาลัย.(2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 12(29):5-19.

6.จันท์พิมพ์ สารากร, จุฑามาศ โชติบาง, มาลี เอื้ออานวย.(2563). ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. พยาบาลสาร. 47(2):1-11.

7.ธิโสภิญ ทองไทย, สุพัตรา บุญเจียม, ปิยะ ปุริโส, นิตยา ศรีมานนท์, ลัดดา ดีอันกอง.(2566). ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 46(1):105-15.

8.มาลี เอื้ออำนวย, อภิรัช อินทรางกูล ณ อยุธยา, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, พรรณนิภา บุญกล้า, ศศิธร คำมี, กรชนก หน้าขาว.(2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 3(1):48-63.

9.สุกัลยา โพธาราม.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 4(2):e268278.

10.ศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา.(2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5.

11.ภรภร พิมาลัย, กาญจนา ลือมงคล.(2567). ประสิทธิผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว เมืองชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร.43(ฉบับพิเศษ):35-45.

12.สุพัตรา บุญเจียม.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 46(4):112-25.

13.อัมพิกา แสงสอดแก้ว.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง

The Effect of Developing Health Literacy Program on knowledge and skill of Basic Life Support among Village Health Volunteers in Sriboonruang District.

(Received: December 28,2024 ; Revised: January 4,2025 ; Accepted: January 11,2025)

ราชวัช ทวีคูณ[1] สมจินตนา สมณะ[2] เบญจวรรณ สง่าลี[3]
Ratchawat Thaweekhoon[1] Somchintana Samana[2] Benjawan Sagnalee[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอศรีบุญเรือง จำนวน 48 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 24 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานปกติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t- test และ independent t-test

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$, $p< .01$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a developing health literacy program on knowledge and skills of basic life support among village health volunteers in Sriboonruang district. The samples were 48 village health volunteers in Sriboonruang district. The participants were purposive sampled into the controlled and experimental groups, 24 for each group. The experimental group received the developing health literacy program on knowledge and skills of basic life support. The controlled group received the standard training program. The data were collected from October to December 2024. The research instruments were the developing health literacy program. General data recording form, knowledge and skill test form, and satisfaction assessment form. All of the instruments were validated by 3 experts; content validity was 1. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that the experimental group had an average score on knowledge and skill of basic life support after receiving a program higher than the control group ($p < .05$, $p < .01$, respectively).

Keywords: village health volunteers, health literacy, basic life support.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
[3] เจ้าพนักงานสาธารณสุข

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยในสภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) อย่างทันท่วงที เพื่อให้ระบบหายใจและการไหลเวียนเลือดกลับมาทำงานได้ตามปกติ การให้ความช่วยเหลือจากผู้พบเห็นเหตุการณ์คนแรกถือเป็นปัจจัยสำคัญในห่วงโซ่การรอดชีวิต ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตในผู้ที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้มากขึ้น[1] การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) คือการช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาหายใจ หรือมีการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและเกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะสมองและหัวใจ จนกระทั่งระบบต่างๆ กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ การทำ CPR เป็นการป้องกันการเสียชีวิตหรือการเกิดความเสียหายถาวรแก่เนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจน โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เกิดการหยุดหายใจ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมาก เพราะหากสมองขาดออกซิเจนนานเกิน 4-6 นาที ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือสมองอาจได้รับความเสียหายอย่างถาวรได้[2] การช่วยชีวิต ณ จุดเกิดเหตุอย่างถูกต้องและรวดเร็วมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต หรือยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังทีมแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย หลักการของการช่วยฟื้นคืนชีพ คือการช่วยให้เกิดการไหลเวียนของเลือดในร่างกายเพื่อป้องกันภาวะที่สมอง หัวใจ และเนื้อเยื่อของอวัยวะสำคัญขาดออกซิเจน โดยการกดหน้าอกและการช่วยหายใจในช่วงที่ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ร้อยละ 3 – 5 แต่กรณีที่ใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจแบบอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) ร่วมด้วย จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้สูงขึ้นถึงร้อยละ 45-50[3]

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest : OHCA) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ในทุกๆปี พบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ประมาณ 3.8 ล้านคน และในจำนวนนี้มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 8-12[4-5] จากรายงานในสหรัฐอเมริกา ทุกๆ ปี พบผู้ที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลประมาณ 55 รายต่อประชากรแสนคน ร้อยละ 70 - 90 เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล[6] ในประเทศไทยจากการศึกษาผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบอัตราการกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง อย่างน้อย 20 นาที ร้อยละ 36.8 อัตราการรอดชีวิตจนนอนโรงพยาบาลร้อยละ 33 และอัตราการรอดชีวิตจนออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 3.80 ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า มีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 72.42[7] โรงพยาบาลศรีบุญเรือง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 จากสถิติผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest : OHCA) ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ปี 2564-2566 จำนวน 52, 43 และ 53 ราย ตามลำดับ ถูกนำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 59.6, 41.9 และ 45.3 ตามลำดับ และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advance Life Support) จนกระทั่งมีการกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง (Return of spontaneous circulation: ROSC) ร้อยละ 28.8, 30.2 และ 28.3 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่มาเองไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ณ จุดเกิดเหตุ และขณะนำส่ง ที่ถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการช่วยเหลือผู้ที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยผู้พบเห็นคนแรกเป็นสิ่งสำคัญในห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล[1] จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าผู้พบเห็นผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นคนแรกหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ยังขาดความรู้และทักษะรวมถึงการตัดสินใจในการช่วยฟื้น

คืนชีพขั้นพื้นฐาน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่กู้ชีพ กู้ภัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป ในเขตพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง แต่ยังพบว่าการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ณ จุดเกิดเหตุน้อยมาก ไม่ครอบคลุมถึงประชาชนทั่วไปและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางส่วน ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมนโยบายให้ชุมชนตระหนักถึงภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยให้ความรู้และฝึกอบรมประชาชนทั่วไป ให้ทำการกู้ชีพเบื้องต้นอย่างมีประสิทธิภาพทันทีเมื่อพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ทำให้ความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น 24 เท่า[8]

จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะในการเข้าใจและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง การกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการนำข้อมูลมาใช้เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี และการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม[9] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากลุ่มเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (Illiteracy populations) กลุ่มประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Low-literacy populations) กลุ่มประชาชนทั่วไป (General populations) และกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ[10] นอกจากนี้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพและด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษานำไปสู่การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและขยายผลถึงประชาชนกลุ่มอื่นๆต่อไป[11] และยังพบว่าภายหลังการเข้ารับโปรแกรมพัฒนาความรอบด้านรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีขึ้นและเป็นแนวทางในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับประชาชนในชุมชนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น[12] ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดข้างต้นมาพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ณ จุดเกิดเหตุ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานปกติ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองต่อโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่ม

ควบคุมที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานปกติมีความแตกต่างกัน

2. คะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานปกติมีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[9] มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอศรีบุญเรือง ทั้งหมด 12 ตำบล

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอศรีบุญเรือง ทั้งหมด 12 ตำบล อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[13] และกำหนดระดับของความแปรปรวน (degree of variability; p) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ พรสวรรค์ คิดค้า[14] ดังนี้ โดย n = ขนาดตัวอย่าง σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน α = ระดับความเชื่อมั่น μ = ค่าเฉลี่ยของประชากร β= type II error ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10 หรือ β= 1.28

$$n/กลุ่ม = \frac{2\sigma^2 (Z_{\alpha/2}+ Z\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$= \frac{2(5.5)^2(1.96+0.84)^2}{(5.8)^2}$$

n/กลุ่ม = 18.87

ดังนั้น ผู้วิจัยต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 19 คน รวมสองกลุ่มเท่ากับ 38 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 24 คน รวมทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู 2) เคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอศรีบุญเรือง มาไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) อายุ 18 ปีขึ้นไป 4) ยังไม่เคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 5) มีสมาร์ตโฟนที่สามารถเชื่อมอินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ 2) มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร เช่น สูญเสียการได้ยินและการมองเห็น

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากและการกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ตำบลแบบเจาะจง โดยเลือกตำบลขนาดใหญ่ 5 ตำบล จากทั้งหมด 12 ตำบล 2) สุ่มเลือกตำบลมา 2 ตำบล เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) สุ่มรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจากตำบลที่สุ่มได้ ตำบลละ 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Nutbeam[15] มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ 3) ทักษะการ 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบ่งออกเป็น 3 ระยะและกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1

กิจกรรมที่ 1 “สร้างความรู้ สู่การปั๊ม”

กิจกรรมที่ 2 “ทำให้ดี มีโอกาสรอด”

ระยะที่ 2

กิจกรรม “ถ่ายทอดประสบการณ์”

ระยะที่ 3

กิจกรรมที่ 1 “รู้เท่าทันสื่อออนไลน์”

กิจกรรมที่ 2 “บอกต่อได้ในไลน์กลุ่ม”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน แบบเลือกตอบ 2 คำตอบ ถูกได้ 1 คะแนน ผิดได้ 0 คะแนน

3) แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน

4) แบบประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองต่อของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อยและพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยแต่ละข้อที่คำนวณได้ใช้เกณฑ์ในการจำแนก[16] ดังนี้ 4.50 - 5.00 พึงพอใจในระดับมากที่สุด 3.50 - 4.49 พึงพอใจในระดับมาก 2.50 - 3.49 พึงพอใจในระดับปานกลาง 1.50 - 2.49 พึงพอใจในระดับน้อย 1.00 - 1.49 พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและแบบประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยมีค่าดัชนีเท่ากับ 1.0

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียม

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยกับทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูและขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ภายหลังจากการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินงานวิจัย โดยการประสานงานผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ผู้วิจัยวางแผนเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานปกติให้ครบตามจำนวนก่อนจากนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียด พร้อมกับแจ้งกำหนดการอบรมตามวันเวลา สถานที่ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการจะให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ขั้นดำเนินการ

กลุ่มควบคุม ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานปกติโดยการบรรยายและฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการอบรมและผู้วิจัยประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการอบรม

กลุ่มทดลอง มีกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแบบทดสอบความรู้ (pre–test) และจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สร้างความรู้ สู่การปั๊ม”

1) ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบสไลด์ให้ความรู้ ใช้เวลา 30 นาที

2) แจกเอกสารขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัย ประยุกต์จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[17] เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปศึกษาทบทวนด้วยตนเองที่บ้านและสื่อสารต่อให้กับบุคคลในครอบครัวและชุมชน 3) การชมวีดิทัศน์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นโดยมูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย[18] เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 “ทำให้ดี มีโอกาสรอด”

1) ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานรายบุคคล โดยใช้หุ่นจำลองและเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทำจริง เป็นการสร้างความมั่นใจ เพิ่มทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเองเมื่อเจอสถานการณ์จริง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์และการประเมินผู้ป่วยพร้อมขอความช่วยเหลือ

กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานประกอบหุ่นจำลอง

กลุ่มที่ 3 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ

2) ทีมวิจัยประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยใช้แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ระยะที่ 2

กิจกรรม “ถ่ายทอดประสบการณ์”

1) กิจกรรมเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2) ถ่ายทอดชีวิตหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือ ผ่านวีดิทัศน์ประสบการณ์หัวใจหยุดเต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานนอกโรงพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที

3) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะและพูดคุยให้กำลังใจ ใช้เวลา 30 นาที

ระยะที่ 3

กิจกรรมที่ 1 “รู้เท่าทันสื่อออนไลน์”

1) ทักษะการเข้าถึงแหล่งข้อมูล เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยการสาธิตการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตจากคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ ใช้เวลา 30 นาที

2) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ สาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อที่ปรากฏในโลกออนไลน์พร้อมยกตัวอย่างประกอบการสาธิต ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 “บอกต่อได้ในไลน์กลุ่ม”

1) ทีมวิจัยแนะนำสื่อเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างสื่อสารกับเครือข่ายในโลกออนไลน์ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ ในตอนเช้าของทุกวันเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารกับเครือข่ายในชุมชน ใช้เวลา 30 นาที

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบบทดสอบความรู้ (post–test)

3) ทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้เวลา 10 นาที

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 19/2567

ผลการศึกษา

อสม. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุระหว่าง 39-66 ปี อายุเฉลี่ย 52.95 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.73) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 87.5 ระยะเวลาของการขึ้นทะเบียนเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 62.5

อสม. กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุระหว่าง 37-66 ปี อายุเฉลี่ย 49.58 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 79.2 ระยะเวลาของการขึ้นทะเบียนเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 45.8

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะภายในกลุ่มก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	6.91	0.77	8.54	0.93	12.30	0.00
ทักษะ	1.58	1.13	13.12	1.56	29.59	0.00

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะภายในกลุ่มก่อน-หลังเข้าอบรมของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	7.29	0.62	7.95	0.8	4.00	0.001
ทักษะ	1.95	1.33	6.16	1.16	12.17	0.00

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการอบรมของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรมและการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		t	p-value	หลังทดลอง		t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ความรู้	6.91(0.77)	7.29(0.62)	43.98	0.72	8.54(0.93)	7.95(0.8)	2.31	0.025
ทักษะ	1.58(1.13)	1.95(1.33)	44.89	0.30	13.12(1.56)	6.16(1.16)	41.09	0.00

จากตารางที่ 3 พบว่า

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองต่อโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ท่านกล้าตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้นเมื่อพบเหตุและท่านคิดว่าท่านสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปสื่อสารต่อในครอบครัวและชุมชนได้ ค่าเฉลี่ย 4.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างความรู้สู่การปั๊ม ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบสไลด์ให้ความรู้ แจกเอกสารขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปศึกษาทบทวนด้วยตนเองที่บ้านและสื่อสารต่อให้กับบุคคลในครอบครัวและชุมชน การชมวีดิทัศน์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) กิจกรรมทำให้ดีมีโอกาสรอด ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานรายบุคคล โดยใช้หุ่นจำลองและเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทำจริง เป็นการสร้างความมั่นใจ เพิ่มทักษะการตัดสินใจและการ

จัดการตนเองเมื่อเจอสถานการณ์จริง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์และการประเมินผู้ป่วยพร้อมขอความช่วยเหลือ กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานประกอบหุ่นจำลอง กลุ่มที่ 3 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ 3) กิจกรรมถ่ายทอดประสบการณ์ ได้แก่ เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ถ่ายทอดชีวิตหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือ ผ่านวีดิทัศน์ประสบการณ์หัวใจหยุดเต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานนอกโรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะและพูดคุยให้กำลังใจ 4) กิจกรรมรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ พัฒนาทักษะการเข้าถึงแหล่งข้อมูล เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยการสาธิตการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตจากคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ สาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อที่ปรากฏในโลกออนไลน์พร้อมยกตัวอย่างประกอบการสาธิต และ 5) กิจกรรมบอกต่อได้ในไลน์กลุ่ม ทีมวิจัยแนะนำสื่อเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างสื่อสารกับเครือข่ายในโลกออนไลน์ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ในตอนเช้าของทุกวันเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารกับเครือข่ายในชุมชน ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎากร เจริญสุข[12] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าภายหลังการเข้ารับโปรแกรมพัฒนาความรอบด้านรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีขึ้นและเป็นแนวทางในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ พรสวรรค์ คิดค้าและคณะ[14]ได้ศึกษาผลของการใช้วีดิทัศน์เกมปฏิสัมพันธ์ซีพีอาร์ต่อการคงความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าวีดิทัศน์ปฏิสัมพันธ์เกมซีพีอาร์มีประสิทธิภาพสูง ร้อยละ 60 ของ อสม. ที่ใช้วีดิทัศน์มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด หลังอบรม 1 เดือน ค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของ อสม. ที่ใช้วีดิทัศน์สูงกว่า อสม. ที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าวีดิทัศน์ปฏิสัมพันธ์เกมซีพีอาร์นี้มีประสิทธิภาพ อสม. มีความพึงพอใจในการใช้และส่งผลต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของ อสม. นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา สาสังข์และคณะ[19]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าหลังได้รับ โปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนาตยา ดวงประทุมและคณะ[20]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วย

ฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี พบว่าอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เจตคติต่อการ ช่วยฟื้นคืนชีพ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมอบรมส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดีและมีทักษะใน การปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองต่อโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่าผลรวมความพึงพอใจของอาสาสมัครอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครมีความพึงพอใจสูงต่อโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะด้านความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ ขันไสวและคณะ[21]ได้ศึกษาผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับมาก การพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวยังส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจและสร้างความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเมื่อพบเห็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการวิจัยในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโรชินี อุปราและคณะ[22]ได้ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจใน การที่จะให้การช่วยเหลือในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่คาดหวังว่าจะได้ช่วยผู้อื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$, $p< .01$ ตามลำดับ) จึงควรติดตามการใช้โปรแกรมให้มีความต่อเนื่อง

1.2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) จึงควรนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มประชากรให้มีความครอบคลุม

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินหรือประชาชนทั่วไปเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

2.2. ควรมีการศึกษาอัตราการได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบุญเรือง ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan LR, Hirsch KG, et al. Part 3: adult basic and advanced life support: 2020 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2020; 142(16): 366-468.doi: 10.1161/CIR.0000000000000916.
2. ธีราภรณ์ ฉายาวุฒิพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุด เต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 30(1): 58-67.
3. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย. การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2020/EBook/410985_20200824143640.pdf
4. Važanić D, Prkačin I, Nesek-Adam V, Kurtović B and Rotim C. OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST OUTCOMES – BYSTANDER CARDIOPULMONARY RESUSCITATION RATE IMPROVEMENT [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9934036/pdf/acc-61-265.pdf
5. Steven C. Brooks, MD, MHSc, Co-Chair; Gareth R. Clegg, et al. Optimizing Outcomes After Out-of-Hospital Cardiac Arrest with Innovative Approaches to Public-Access Defibrillation: A Scientific Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]; Available from: https://www.Ahajourorg/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001013
6. Garcia RA, Girotra S, Jones PG, McNally B, Spertus JA, Chan PS, et al. Variation in out-of-hospital cardiac arrest survival across emergency medical service agencies. [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]; Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9233095/pdf/nihms-1800375.pdf
7. ปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2564; 13(1): 43-57.
8. ชมพูนุท แสงพานิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ โดยศูนย์กู้ชีพโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2561; ฉบับพิเศษ: 85-96.
9. World Health Organization [WHO]. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies [Internet]. 2012 [cited 2024 May 20]; Available fromfromhttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf10. วัชราพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสาร แพทย์นาวี 2560; 44(3): 183-197.
11. พัดชา คุณวุฒิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม มสธ. (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2566; 3(2): 94-106.
12. กฤษฎากร เจริญสุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2564; 30(1): 72-90.
13. จารุวรรณ วิโรจน์. การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20170609132735.pdf
14. พรสวรรค์ คิดค้า, ธรรมวิทย์ ราญรอน, ประกายดาว สุทธิ. ผลของการใช้วีดิทัศน์เกมปฏิสัมพันธ์ซีพีอาร์ต่อการคงความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารเกื้อการุณย์ 2566; 30(2): 269-282
15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion 200; 15(3): 259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
16. ชูศรี วงษ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ไทยเนรมิตกิจ; 2550.
17. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องAED. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/9340?group=115

18. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. โครงการฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/142857
19. เนตรนภา สาสังข์, ทัศพร ชูศักดิ์, อารีย์ เสนีย์. ผลของโปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; (20)3: 283-293
20. นาตยา ดวงประทุม, ทัศพร ชูศักดิ์, ทิวากร พระไชยบุญ. ผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วย ฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565; 5(3): 51-67
21. เบญจวรรณ ขันไสว, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, นันทวรรณ ทิพยเนตร. ผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2563; 9(2): 69-79
22. โรชินี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์, ทิพย์ ลือชัย, วราภรณ์ บุญยงค์, ปวีณา ยศสุรินทร์, ชลกนก ธนาภควัตกุล. ผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2564; 13(2): 73-86

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

Development of a behavior modification model for diabetic patients based on the 3 Self method: Samsung Primary Care Unit, Samsung District, Khon Kaen Province.

(Received: December 30,2024 ; Revised: January 8,2025 ; Accepted: January 11,2025)

อาทิตยา บุตรแสง[1],อรธิชา อันทราศรี[2]
Arthittaya Butrsang[1] Oonthicha Oantharasri[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ คู่มือการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลัก 3 Self และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้จักโรค รู้จักตัวเอง 2) 3 อ. ขอให้ทำ 3) ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน และ 4) ทำดี มีรางวัล ขั้นตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตามผล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001 และ <.001 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและค่าน้ำตาลสะสมในเลือด เปรียบเทียบระหว่างระยะก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001 และ <.001 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: เบาหวาน, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self, พัฒนารูปแบบ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a behavior modification model for diabetic patients based on the 3 Self method at Sam Sung Community Health Center, Sam Sung District, Khon Kaen Province. The study was divided into 2 steps: Step 1: Develop a behavior modification model. The sample group consisted of diabetic patients and those involved in their care. Step 2: Evaluate the effectiveness of the developed model. The sample group consisted of 52 diabetic patients, divided into an experimental group and a comparison group, 26 people per group. The research instruments included group discussion to develop the model, a manual for organizing behavior modification activities for diabetic patients based on the 3 Self method, a knowledge, attitude, and behavior assessment form based on the 3 Self method, and a clinical outcome record form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The results of step 1 showed that the behavior modification model for diabetic patients based on the 3 Self method consists of 4 activities: 1) Know the disease, know yourself, 2) encourage the diabetic patient to consistently manage their diet, engage in regular exercise, and effectively handle stress, 3) do it by yourself, and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น

4) doing well should be rewarded. Step 2: Comparing the differences in the mean scores of knowledge, attitude, and behavior modification based on the 3 Self method between the experimental group and the comparison group after participating in the activity and the follow-up period found that the differences were statistically significant (p-value <.001 and <.001, respectively). The experimental group's mean Fasting Plasma Glucose level and Hemoglobin A1C level were compared before and after participating in the activity. It was found that the two clinical results were significantly different (p-value <.001 and <.001, respectively).
Keywords: diabetes mellitus, behavior modification based on the 3 Self method, model development

บทนำ

โรคเบาหวานคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกรายงานการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจาก 200 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 830 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2022 [1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [2] พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี 2562 – 2566 เท่ากับร้อยละ 6.36, 6.67, 7.01, 7.34 และ 7.70 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 31.93 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ร้อยละ 49.98 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี นั่นหมายถึง มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ ภาวะจอประสาทตาผิดปกติ ไตวายเรื้อรัง ระบบประสาทรับความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ แผลเบาหวานที่เท้า โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น [3]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม [4, 5] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย [6] จึงแนะนำผู้ป่วยเบาหวานให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Lifestyle behavior change) ให้เกิดสุขภาพกายที่ดี ด้านการควบคุมน้ำหนัก รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงยาเสพติด สุขภาพจิตที่ดี สามารถจัดการอารมณ์ได้ดี ยอมรับตนเองและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และสุขภาพสังคมที่ดี โดยใช้หลัก 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นควรอยู่ในขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) ของโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Trans theoretical Model: TTM) คือ เริ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำพฤติกรรมเดิมอยู่ ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงต่อชีวิต แล้วค่อย ๆ พัฒนาความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทีละขั้น จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง [7] จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับรู้ความสามารถของตนร่วมกับการกำกับพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเองตามต้องการการดูแลตนเองที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถูกพัฒนาโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ จากความสนใจใคร่รู้ การสอนจากผู้อื่น การเรียนรู้ทำให้เกิดพลังความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายและลงมือกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ [8–11]

ศูนย์สุขภาพชุมชนชำสูง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชำสูง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 350 คน 328 คน และ 327 คน จากผลการดำเนินการพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้เท่ากับร้อยละ 18.50, 21.67 และ 12.79 ตามลำดับ

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้าเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น นักวิจัยจึงศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย ผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปปรับปรุงและขยายผลสู่ชุมชนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [12] เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2567 วิธีการศึกษาตามกระบวนการ PAOR โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด อสม.เชี่ยวชาญ และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self

รูปแบบการศึกษา การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ two groups pretest-posttest design ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self วัดผล 3 ครั้งได้แก่ ระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 0) ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 4) และ ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8) และผลลัพธ์ทางคลินิก วัดผล 2 ครั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 327 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 26 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วย t-test กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = 0.80 ประมาณค่าอิทธิพล (Effect size) จากการทบทวนงานวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา [13] ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.95 นำไปเปิดตาราง Power Tables for Effect Size d [14] โดยกำหนดค่า α 0.05 d 0.9 และ Power analysis 0.80 ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 52 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ 30 – 59 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) มากกว่า 250 mg/dL ต่อเนื่อง 2 ครั้งขึ้นไป หรือ HbA1C มากกว่า 8 mg% ผู้ป่วยอยู่ในขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) ของโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือเริ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำพฤติกรรมเดิมอยู่ ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงต่อชีวิต สามารถรับ-ส่งข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินชนิดฉีด มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง ตามัวมากจนมองไม่เห็น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มอย่างง่าย ครั้งที่ 1 ได้คลินิกศูนย์บริการตำบลกระนวน เป็นกลุ่มทดลอง คลินิกศูนย์บริการบ้านแห้ว-แห้วคำเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกศูนย์บริการ แห่งละ 26 คน

เครื่องมือวิจัย

1. คู่มือจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self

2. แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self แบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Check list และเติมคำ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว จำนวน 12 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 12 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ใช้มาตรวัดแบบ Rating scale จำนวน 12 ข้อ ให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (เห็นด้วยระดับมากที่สุด = 5 คะแนน เห็นด้วยระดับมาก = 4 คะแนน เห็นด้วยระดับปานกลาง = 3 คะแนน เห็นด้วยระดับน้อย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน) คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 Self ใช้มาตรวัดแบบ Rating scale จำนวน 12 ข้อ เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ปฏิบัติทุกวัน = 5 คะแนน ปฏิบัติ 5 – 6 วันต่อสัปดาห์ = 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน ปฏิบัติ 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน) คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. คู่มือจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self และแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อระหว่าง 0.67 – 1.00

2. แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self นักวิจัยได้นำไปทดลองใช้ (tryout) กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลซำสูง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ ด้วยสูตร KR-20 เท่ากับ 0.58 นำข้อคำถามไปปรับปรุงและทดสอบอีกครั้งได้เท่ากับ 0.75 สำหรับแบบประเมินทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ประเมินค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.735 และ 0.786 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยและขออนุญาตคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลซำสูง เมื่อได้รับอนุญาตแล้วได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังนี้

1. การวางแผน (Plan) นักวิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูล ร่วมกันพัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมผู้ป่วยตามหลัก 3 Self นำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำเป็นคู่มือการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยตามหลัก 3 Self จากนั้น นำ (ร่าง) คู่มือฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประเมินให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงก่อนนำไปปฏิบัติจริง

2. การปฏิบัติ (Action) นักวิจัยจัดประชุมเพื่อนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ชี้แจงให้บุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนชำสูงเข้าใจนำสู่การปฏิบัติ และ การจัดเตรียมสื่อการสอน หลังจากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่รับทราบสิทธิตามจริยธรรมการวิจัยและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ทำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. การสังเกต (Observation)

3.1 กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 – 2 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักโรค รู้จักตัวเอง ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กระตุ้นให้รู้สึกกลัว โดยเชิญผู้ป่วยเบาหวานที่ล้างไตทางช่องท้องและผู้ที่จอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวานมาเล่าประสบการณ์ให้ฟัง ชี้ให้เห็นแนวโน้มของโรคจากผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าความรู้สึกของตนเมื่อรับทราบข้อมูลดังกล่าว ข้อมูลที่ส่งในกลุ่มไลน์ได้แก่ วิธีการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้าด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 2 3 อ. ขอให้ทำ แนะนำวิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลัก 3 อ. ได้แก่ การจัดการด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ ข้อมูลที่ส่งในกลุ่มไลน์ได้แก่ ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยนที่พบบ่อยในร้านจำหน่ายอาหาร ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างกำกับพฤติกรรมของตนเอง โดยจดบันทึกอาหารที่รับประทาน ระยะเวลาออกกำลังกายและวิธีจัดการกับความเครียดตามความเป็นจริงทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยนำสิ่งที่จดบันทึกมาประเมินผลทำกิจกรรม ชื่นชม ให้กำลังใจ หรือให้คำปรึกษาในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือ ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา และกำหนดเป้าหมายสำหรับสัปดาห์ต่อไป ข้อมูลที่ส่งในกลุ่มไลน์ได้แก่ การโต้ตอบข้อซักถามที่พบระหว่างการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 ทำดี มีรางวัล ใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวก เมื่อสามารถจัดการตนเองตามหลัก 3 อ.บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยการยกย่องชมเชยให้เป็นบุคคลต้นแบบ สำหรับผู้ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย นักวิจัยจะออกเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพเพื่อให้กำลังใจ และปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างต่อไป ข้อมูลที่ส่งในกลุ่มไลน์ได้แก่ การยกย่องชมเชยบุคคลต้นแบบและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 4 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self หลังการเข้าร่วมโครงการ

3.2 กลุ่มเปรียบเทียบรับบริการตามปกติที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนัดหมาย เมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ ให้ทำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self หลังการเข้าร่วมโครงการ

3.3 นักวิจัยคัดลอกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากเวชระเบียน นำไปวิเคราะห์และสรุปผล

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) นักวิจัยจัดประชุมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อสะท้อนผลการจัดกิจกรรมที่กำหนดให้ และให้ทำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ในระยะติดตามผล นักวิจัยสรุปข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ในวงรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test, Paired t-test, Independent t-test และRepeated Measure ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 041/2567

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 (6 คน) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.20 ปี (SD 5.51) ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนากร 1 คน อสม.เชี่ยวชาญ 2 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 คน

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง ระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2566 ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้คิดเป็น ร้อยละ 18.50 21.67 และ 12.79 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาจำนวน 37 คน 10 คน และ 4 คน ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 175 คน และ 44 คน ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จำนวน 3 คน 0 คน และ 5 คน ตามลำดับ

ศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเชิงรุกแบบ One stop service โดยทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็นศูนย์บริการ 2 แห่ง ได้แก่ คลินิกศูนย์บริการบ้านแห้ว-แห้วคำ ให้บริการทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน และคลินิกศูนย์บริการตำบลกระนวน ให้บริการทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน การให้บริการประกอบด้วย อสม. วัดสัญญานชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ตรวจ DTX ซักประวัติ พยาบาลวิชาชีพ ให้สุขศึกษารายกลุ่ม หรือรายเดี่ยวตามความเหมาะสมกับปัญหาที่พบ รวมทั้งนำผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและอาการที่ตรวจพบปรึกษาแพทย์ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูงผ่านระบบไลน์ หรือ โทรศัพท์ ตามความเหมาะสม จากนั้น ตรวจรักษา ประเมินอาการ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ เภสัชกร จัดยา จ่ายยา ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การนัดตรวจจะนัดตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ได้แก่ FBS≤159mg% BP < 130/80 mmHg นัดรับยาเดิมทุก 3 เดือน FBS 160-199 mg% BP ≥ 130/80 -159/99 mmHg นัดรับยาเดิมทุก 2 เดือน FBS 200-249 mg% BP ≥ 130/80 -159/99 mmHg ต่อเนื่อง 2 ครั้ง ส่งพบแพทย์เพื่อปรับยา หรือ FBS ≥250 mg% BP ≥ 160/100 mmHg ส่งพบแพทย์เพื่อปรับยาทันที

จากการประเมินผลการดำเนินงานรูปแบบการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเชิงรุกแบบ One stop service พบว่ายังขาดการกำกับติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลากร รวมทั้งผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงควรเพิ่มกิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะของตนเอง กำกับตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดการสุขภาพของตนตามหลัก 3 อ. ดังนั้น รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักโรค รู้จักตัวเอง” กิจกรรมที่ 2 “3 อ. ขอให้ทำ” กิจกรรมที่ 3 “ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน” และกิจกรรมที่ 4 “ทำดี มีรางวัล”

ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.30 และ ร้อยละ 61.50 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 53.77 ปี (SD 4.59) และ 52.15 ปี (SD 5.53) อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 61.50 และร้อยละ

50.00 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ร้อยละ 50.00 และ ร้อยละ 53.80 สถานภาพสมรส ร้อยละ 92.30 และ ร้อยละ 88.50 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 4.81 ปี (SD 2.35) และ 5.23 ปี (SD 2.18) มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.50 และ ร้อยละ 42.30 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 9.40 mg/dL (SD 1.21) และ 9.19 mg/dL (SD 1.18) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ไม่แตกต่างกัน (p-value .257, .606, .066, .838, .504 .554 และ .541 ตามลำดับ)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value .781, .670, และ .680 ตามลำดับ)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตามผล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001 และ <.001 ตามลำดับ)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self กลุ่มทดลอง ระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) พบว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งสามระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F test = 67.71, df 1.35, p-value <.001) เช่นเดียวกันกับค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทัศนคติทั้ง 3 ระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F test = 132.09, df 2, p-value <.001) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างระยะก่อน ระยะหลัง และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F test = 40.39, df 2, p-value <.001) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรมกับระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน (p-value .148) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self กลุ่มทดลอง ระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผล

ระยะเวลา	ความรู้			ทัศนคติ			พฤติกรรม		
	$\bar{x}$	SD	MS (p-value)	$\bar{x}$	SD	MS (p-value)	$\bar{x}$	SD	MS (p-value)
ก่อน	8.00	1.88	3.23	3.88	0.28	-0.74	3.02	0.26	-0.74
หลัง	11.23	0.82	(<.001*)	4.62	0.24	(<.001*)	3.76	0.29	(<.001*)
ก่อน	8.00	1.88	3.73	3.88	0.28	-0.63	3.02	0.26	-0.55
ติดตาม	11.73	0.45	(<.001*)	4.51	0.17	(<.001*)	3.57	0.35	(<.001*)
หลัง	11.23	0.82	0.50	4.62	0.24	0.11	3.76	0.29	-0.18
ติดตาม	11.73	0.45	(.049*)	4.51	0.17	(.031*)	3.57	0.35	(.148)
	F= 67.71 df 1.35p-value<.001*			F=132.09 df 2p-value <.001*			F=40.39 df 2p-value <.001*		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 MS = Mean Difference

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร เท่ากับ 239.65 mg/dL (SD 72.78) กลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 175.92 mg/dL (SD 44.84) และ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน (p-value .083) โดยที่กลุ่มทดลอง เท่ากับ 153 mg/dL (SD 29.59) กลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 168.57 mg/dL (SD 33.81)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001 และ <.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และน้ำตาลสะสมในเลือด ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ระยะเวลา	$\bar{x}$	SD	Mean Difference	95% CI	t	df	p-value
FPG	ก่อน	239.65	72.78	86.65	58.51 ถึง 114.80	6.34	25	<.001*
	หลัง	153.00	29.59					
HbA1C	ก่อน	9.40	1.21	0.80	0.4 ถึง 1.19	4.13	25	<.001*
	หลัง	8.60	0.78					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนซำสูง ปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.50 21.67 และ 12.79 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในขณะที่ค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ควรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 [15] แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ควรได้รับการปรับปรุงโดยเพิ่มกิจกรรมตามหลัก 3 self ได้แก่ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ร่วมกับเทคนิคการปรับพฤติกรรมตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอธิบายได้ดังนี้

กิจกรรมรู้จักโรค รู้จักตนเอง ใช้เทคนิคด้านการเพิ่มความตระหนักรู้ การกระตุ้นให้รู้สึกกลัวหรือสะเทือนใจ และการประเมินตนเอง [16] เป็นการให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค เริ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำพฤติกรรมเดิมอยู่ ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง จึงเข้าสู่ขั้นคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ของโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส บารมี และจักรพันธ์ บุญอ่อง [17] พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการประเมินปัญหาและปรับการรับรู้ เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าความดันโลหิต ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

กิจกรรม 3 อ. ขอให้ทำ เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านอาหารที่เหมาะ

กับโรค การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้เทคนิคการให้คำมั่นสัญญากับตนเอง (Self -liberation) และการควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) ที่มาขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ.[16] จะช่วยส่งเสริมการกำกับตนเองให้วางเป้าหมายและกำกับติดตามด้วยการจดบันทึกทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติกาล พรหมพาหกุล และคณะ[18] ได้ศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (p-value < .001) และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) การศึกษาของฐญา ธนบฎีวิวัฒและรุจิรา ไชยรงศรี [19] พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการฎัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนทดลอง (p-value <.05) และมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง (p-value <.05)

กิจกรรมตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ใช้เทคนิคประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-reevaluation) ในสัปดาห์ที่ผ่านมา และ ประกาศเจตนารมณ์ให้สังคมรับรู้ (Social liberation) [16] โดยกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ในอีก 1 สัปดาห์ต่อไป เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้และคาดหวังสิ่งที่จะเกิดจากการกระทำนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kalonga N. และคณะ [11] พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) จากการศึกษาของปาริฉัตร องอาจบริรักษ์ และคณะ [20] พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.84)

กิจกรรม ทำดีมีรางวัล ใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวก เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย โดยยกย่องชมเชยให้เป็นบุคคลต้นแบบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับ Daley LK และคณะ [21] กล่าวว่าการให้กำลังใจเสริมแรงทางบวกเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปสู่สภาพเดิมคือถอยกลับไปขั้นก่อนปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย

ประสิทธิผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ประเมินจากค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001 และ <.001 ตามลำดับ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 Self ของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบระหว่างระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรมกับระยะติดตามผล พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธีรภาพ เสาทอง และคณะ [22] พบว่าพฤติกรรมในการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) อาจเนื่องมาจากในระยะติดตามผลเปลี่ยนมาใช้วิธีเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์กำกับติดตามการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างแทนการจัดประชุมทุกสัปดาห์ดังที่ผ่านมา

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระยะก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001 และ <.001) สอดคล้องกับการศึกษาของนวลพรรณ เอี่ยมตระกูล [8] พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 self ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่อายุรแพทย์รับได้ ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self ไปใช้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกิจกรรมการให้สุขศึกษารายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยเน้นการเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนของยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปปรับปรุงรูปแบบ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนกระทั่งโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes remission)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ ปีงบประมาณ 2566 [Internet]. 2566 [cited 2567 Sep 18]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th
3. Farmaki P, Damaskos C, Garmpis N, Garmpi A, Savvanis S, Diamantis E. Complications of the Type 2 Diabetes Mellitus. Curr Cardiol Rev. 2020;16(4):249–51.
4. Ismail L, Materwala H, Kaabi J Al. Association of risk factors with type 2 diabetes: A systematic review. Comput Struct Biotecnol J. 2021;19:1759–85.
5. รณิดา เตชะสุวรรณา, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, บัณฑิต ศรไพศาล, และ ประวิช ตัญญสิทธิสุนทร. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่สองในคนไทย. วารสารกรมควบคุมโรค. 2563;46(3):268–79.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
7. Prochaska JO DC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–5.
8. นวลพรรณ เอี่ยมตระกูล. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ที่มีต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ การกำกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2556;5(1):129–38.
9. อณัญญา ลาลุน, และ บษพร วิรุณพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแกงครอ จังหวัดชัยภูมิ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2564;11(1):66–80.
10. Paulsamy P, Ashraf R, Alshahrani SH, Periannan K, Qureshi AA, Venkatesan K, et al. Social Support, Self-Care Behaviour and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. Healthcare. 2019;9(1607):1–10.
11. Kalonga N, Mukwato PK, Wahila R. Self- Efficacy and Self- Care Practices, In Glycemic Control among Adults with Diabetes Mellitus Receiving Care at Kitwe Teaching Hospital, Ktiwe, Zambia. Nur Prim Care. 2023;7(1):1–8.
12. Kemmis S, Mc.Taggart R. The Action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
13. รุสนี วาอายีตา, กรรณิกา เรืองเดช, ชาวสวนศรีเจริญ, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ, และ ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;24(2):90–104.
14. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum; 1988.
15. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2563 - 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
16. กุลธิดา พานิชกุล, และ อติพร สำราญบัว. การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Transtheoretical Model) เพื่อ

ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2556;19(1):66–76.
17. ประภาส บารมี, และ จักรพันธ์ บุญอ่อง. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย 4 ป. กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลบ้านกลาง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2566;5(1):25–37.
18. รัตติกาล พรหมพาหกุล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และ กีรดา ไกรนุวัตร. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทาน อาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. Nurs Sci J Thail. 2563;38(2):32–45.
19. ฐญา ธนบดีวิวัฒ, และ รุจิรา ไชยรงศรี. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):498–512.
20. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathee S, Auttama N, Winaiprasert P. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. BMC Geriatr. 2023;23(297):1–10.
21. Daley LK, Fish AF, Frid DJ MG. Stage-specific education/counseling intervention in women with elevated blood pressure. Prog Cardiovasc Nurs. 2009;24(2):45–52.
22. ธีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิชยภิญโญ, และ สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(3):19–32.

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังต่อความรู้ ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลลำพูน

The Effects of Pre-spinal Anesthesia Preparation Program on Knowledge, Anxiety and Complications of Elderly Patients undergoing Knee Replacement Surgery, Lamphun Hospital.

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

รัชฎาภรณ์ สุขจิตต์[1] เจษฎาภรณ์ อิกำเหนิด[2]
Ratchadaporn Sukjid[1] Jetsadaporn I-gumnerd[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบไม่เร่งด่วนและได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง งานห้องผ่าตัดและงานวิสัญญี โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและการปฏิบัติตัวเพิ่มสูงขึ้น และมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมความพร้อม, ผู้ป่วยสูงอายุ, การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the knowledge and anxiety scores of elderly patients undergoing knee replacement surgery before and after receiving the pre-spinal anesthesia preparation program and to study the complications of elderly patients who underwent knee replacement surgery after receiving the program. Thirty elderly patients who underwent non-urgent knee replacement surgery and received spinal anesthesia at Operating room and anesthesia departments, Lamphun Hospital between June 1, 2024 and July 30, 2024. Experimental tools include a pre-spinal anesthesia preparation program. Data collection tools include personal data recording forms, knowledge assessments, and anxiety assessments. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics with Paired t-test.

The results of the study showed that after using the program, elderly patients who underwent knee replacement surgery Knowledge scores about spinal anesthesia administration and behavior have increased and the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author Email: jetsadaporn@bcnph.ac.th

anxiety score decreased statistically significantly at the level of .05. There were no complications after receiving spinal anesthesia.

Keywords: Preparedness program, Geriatric patients, Spinal anesthesia

บทนำ

อุบัติการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the knee, OA knee) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอัตราประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากการสึกกร่อนของผิวกระดูกอ่อนของข้อเข่าอันเนื่องมาจากความเสื่อมตามอายุขัย ในประเทศไทยมีรายงานว่า ภาวะข้อเสื่อมเป็นสาเหตุของภาวะด้อยสมรรถภาพอันดับต้นๆ และในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (total knee arthroplasty) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด โดยวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดเข่าเรื้อรังที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเข่ากลับมาเป็นปกติและช่วยส่งเสริมการกลับมาทำหน้าที่ของข้อเข่าภายหลังการผ่าตัด ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก[1] ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จะต้องได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (Elective case) และเป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพที่บริเวณข้อเข่า รวมทั้งเพื่อดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของข้อเข่า ในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวดสามารถกลับมาใช้งานในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย[2] การให้การระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) เป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมในการระงับความรู้สึก สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในบริเวณส่วนล่างของร่างกาย ตั้งแต่ระดับใต้สะดือลงไป เนื่องจากมีข้อดีเหนือกว่าการดมยาสลบหลายประการ เช่น ลดความเครียดของร่างกายที่ตอบสนองระหว่างการผ่าตัด ลดการสูญเสียเลือด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อปอด และลดอัตราการเกิดเส้นเลือดดำอุดตัน อย่างไรก็ตามการให้การระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังนั้น ก็มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ คือภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะหนาวสั่น อาการคลื่นไส้และอาเจียน อาการปวดศีรษะ ปวดหลังและภาวะปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ภาวะความดันโลหิตต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อย อาจเกิดได้ทันทีภายหลังการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง[3] เนื่องจากยาชาเฉพาะที่ที่ให้ไปทางช่องไขสันหลังจะไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเธติค (Sympathetic Block) ทำให้หลอดเลือดดำส่วนปลายขยายตัว เกิดการคั่งของเลือดในบริเวณขาและช่องท้อง ทำให้ปริมาณการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง[4]

นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการเข้ารับบริการหัตถการทางวิสัญญี เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีอัตราเสี่ยงในการผ่าตัดเนื่องจากเลือดที่ไหลเวียนน้อยลง ทำให้ทนการสูญเสียเลือดหรือขาดออกซิเจนได้ไม่ดี อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติการณ์ที่นำสู่การเสียชีวิต คือ ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดเนื่องจากความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ และกลไกการปรับตัวเมื่อเผชิญภาวะวิกฤต[5,6] อีกทั้งการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง เป็นการให้ยาระงับความรู้สึกในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว ผู้ป่วยจึงมีความกลัว วิตกกังวล มีความตื่นเต้น มีอาการเกร็ง ทำให้ปฏิบัติตัวในการจัดท่าเพื่อรับยาระงับความรู้สึกไม่ถูกต้องและไม่ให้ความร่วมมือขณะที่แพทย์ให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้แพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังยาก ไม่

ราบรื่น ใช้เวลานาน ต้องทำหลายครั้งหรือทำไม่สำเร็จ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากขึ้น เช่น ความดันโลหิตลดลง ปวดศีรษะ หนาวสั่น เป็นต้น[7,8]

โรงพยาบาลลำพูน มีสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในปี 2564 – 2566 จำนวน 2,635 ราย, 3,570 ราย และ 4,635 ราย ตามลำดับ[9] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 283 ราย, 367 ราย และ 420 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ โดยในปี 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวนทั้งสิ้น 420 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 416 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.04 และในจำนวนนี้ให้การระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง จำนวน 398 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.76 พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนสำคัญทางวิสัญญี คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 6.78 รองลงมาคือ อาการปวดแผลผ่าตัดหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ร้อยละ 5.52 ภาวะหนาวสั่น ร้อยละ 4.52 อาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 3.01 และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 1.25 ตามลำดับ[10] นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความกลัว ความวิตกกังวล เนื่องจากความไม่คุ้นเคยและมีเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดน้อย และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันเพื่อทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาก่อน จึงทำให้ผู้ป่วยคิด จินตนาการ คาดการณ์ กังวลและเกิดความกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น แม้ว่าพยาบาลจะปฏิบัติตามมาตรฐานบริการการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกที่กำหนดแต่ก็ยังพบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พยาบาลที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละคน ทำให้การได้รับข้อมูลของผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับไม่ชัดเจน มองไม่เห็นภาพการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกเนื่องจากเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังเป็นครั้งแรก ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง อีกทั้งขาดความรู้และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ตลอดจนแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึกของกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาลไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องมีลักษณะเฉพาะในการดูแล เช่น การสื่อสาร ความจำ เป็นต้น ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมภายในระยะเวลาสั้นๆ การดูแลแก้ไข จึงไม่สอดคล้องกับสภาพบริบทของผู้ป่วยและไม่ต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยพัฒนาจากแนวทางเวชปฏิบัติการทำ Spinal Anesthesia ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับการใช้แนวคิดการปรับตัวของ Leventhalh & Johnson[11] ซึ่งครอบคลุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ (Behavioral and coping instruction) การใช้สื่อที่เป็นรูปภาพประกอบการให้ข้อมูลแสดงให้เห็นขั้นตอนของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การสอนการจัดท่าที่ถูกต้องขณะฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวได้มากยิ่งขึ้น ช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย อันถือเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลวิสัญญีและให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง เพื่อทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้มีความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและ

หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

3. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม งานห้องผ่าตัดและงานวิสัญญี โรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม งานห้องผ่าตัดและงานวิสัญญี โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่าการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง [12] ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

<u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แบบไม่เร่งด่วน

2. เข้ารับการผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

3. ไม่มีข้อห้ามในการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ได้แก่ แพ้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่/ติดเชื้อบริเวณที่จะฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ระบบการนำกระแสประสาทผิดปกติ (Progressive Neuropathy) ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy) ภาวะพร่องน้ำหรือเลือดที่รุนแรง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง

4. มีระดับความดันโลหิตของวัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับปกติระหว่าง 120/80 -160/90 mmHg.

5. มีระดับการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปเพื่อประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด (ASA Classification) ในระดับ 1 - 3

6. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

7. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย

<u>เกณฑ์การคัดออก</u> ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังไม่สำเร็จหรือไม่เพียงพอต่อการผ่าตัดจนต้องเปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึก

2. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากสาเหตุร่วมอื่น ๆ เช่น การแพ้ยา การเสียเลือด ภาวะความเจ็บป่วยอื่น

3. ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจาก

แนวทางเวชปฏิบัติการทำ Spinal Anesthesia ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย[7] ร่วมกับการใช้แนวคิดการปรับตัวของ Leventhalh & Johnson[11] ซึ่งครอบคลุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ (Behavioral and coping instruction) เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ก่อน ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อในการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัว ได้แก่ คลิปวีดีโอสอนผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง คู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และแผ่นพับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนและการสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ดัชนีมวลกาย (กก/ม^2) โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้ (ไม่ใช่ทางช่องไขสันหลัง) ระดับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและปฏิบัติตัว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พัฒนาจากแนวทางเวชปฏิบัติการทำ Spinal Anesthesia ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย[7] จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่, ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยตอบคำถามถูก ให้ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) และตอบผิด ให้ 0 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน) สามารถแบ่งช่วงระดับความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและปฏิบัติตัว ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 – 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย, 7 – 12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และ 13 – 18 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง/มาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของกรมสุขภาพจิต[13] (General Anxiety Disorder-7; GAD-7) ที่มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เลย (0 คะแนน) บางวัน (1 คะแนน) เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน) เกือบทุกวัน (3 คะแนน) โดยข้อคำถามประเมินความคิดและความรู้สึกในช่วง/สัปดาห์ที่ผ่านมา กำหนดเกณฑ์การแปลผล ได้แก่ 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย, 8 - 14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และ 15 - 21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ดำเนินการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิสัญญี 1 ท่าน และพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน ผลการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยรวมเท่ากับ 0.92

2. การทดความสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินความวิตกกังวล โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย และนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แบบไม่เร่งด่วน โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง คลิปวีดีโอสอน และแผ่น

พับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย

3. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี หัวหน้างานวิสัญญีและพักฟื้น หัวหน้ากลุ่มงานห้องผ่าตัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของงานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการตามโปรแกรม

5. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยนักวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย ลักษณะของโปรแกรม และกระบวนการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง

ระยะทดลอง

เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาให้ลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินกิจกรรมการทดลอง แบ่งเป็น 4 กิจกรรม ดังนี้

<u>กิจกรรมที่ 1</u> การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในวันที่ผู้ป่วยสูงอายุ มาตามนัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัด หอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 20 – 30 นาที

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สนทนาสร้างสัมพันธภาพ

2. ตรวจสอบใบยินยอมรับการผ่าตัดและทำหัตถการ (Inform Consent)

3. บันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลจากแฟ้มประวัติบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลและจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล chest X-ray เมื่อพบปัญหารายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อแก้ไขให้พร้อมก่อนการผ่าตัด

4. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย

5. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

6. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ใช้เวลาในการสอน 15 - 20 นาที ประกอบด้วย การให้คำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังแก่ผู้ป่วยโดยใช้คลิปวีดีโอ คู่มือความรู้และแผ่นพับ ประกอบการให้ข้อมูล สอนและสาธิตขั้นตอนการจัดท่าเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติท่าที่ต้องปฏิบัติในขณะได้รับยาระงับความรู้สึก จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถาม

กิจกรรมที่ 2 การดูแลขณะให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ณ ห้องผ่าตัด ในวันผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ระยะเวลา 20 – 30 นาที

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ

2. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย

3. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ประเมินความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย ซักถามในหัวข้อที่ไม่เข้าใจชัดเจน ผู้วิจัยให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

5. ตรวจสอบใบยินยอมรับการผ่าตัดและทำหัตถการ (Inform Consent)

6. ตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งการผ่าตัด (Surgical Safety Check List)

7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง

8. บันทึกสัญญาณชีพ ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

9. ดูแลให้สารน้ำ 10-20 มล./กก. ก่อนเริ่มทำหัตถการ 15-20 นาที (pre-loading) หรือให้ระหว่างการทำหัตถการ (co-loading) โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

10. ช่วยจัดท่าผู้ป่วยเพื่อให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

11. ช่วยวิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

12. จัดท่าผู้ป่วยให้กลับมานอนราบ หนุนหมอน 1 ใบ และปรับระดับเตียงให้เหมาะสม ประเมินผลของการให้ยาตามชนิดของยาชาเฉพาะที่เพื่อให้ได้ระดับการชาที่ต้องการตรวจสอบระดับการชา โดยตรวจสอบระดับการชาทุก 1-2 นาที จนได้ระดับการชาที่ต้องการและผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงจะพิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อไป

13. สังเกตการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทำและหลังจากให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและช่วยวิสัญญีแพทย์แก้ไขปัญหาที่มักเกิดได้ทันที เช่น ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (Bradycardia) และภาวะคลื่นไส้อาเจียน (Nausea/Vomiting) โดยการติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ระหว่างการทำและหลังจากให้ยาระดับระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยวัดความดันเลือดและชีพจร ทุก 2-3 นาทีจนสัญญาณชีพคงที่ จากนั้นให้ตรวจวัดทุก 5 นาทีจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด

กิจกรรมที่ 3 การดูแลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด ในวันผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ระยะเวลา 30 - 40 นาที

1. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ หลังจากให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังทุก 5 นาที ตลอดจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด

2. ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง หากพบให้ดำเนินการแก้ไขตามความเหมาะสม

3. พูดคุยให้คำปรึกษา ในหัวข้อที่ผู้ป่วยสงสัยหรือไม่เข้าใจ และดูแลให้ได้รับความสุขสบายระหว่างการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังรู้สึกตัว จึงอาจมีความกลัว วิตกกังวล มีความตื่นเต้น มีอาการเกร็งเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ณ ห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วย

1. ติดตามเฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพหลังจากให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังทุก 15 นาที ตลอดการดูแลหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น เป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาที

2. ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง หากพบให้ดำเนินการแก้ไขตามความเหมาะสม หากมีภาวะแทรกซ้อนจะติดตามเยี่ยมประเมินซ้ำ ณ หอผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัด 24 - 48 ชั่วโมง

3. ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้นจนปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ ระดับการชาลดลง เริ่มขยับขาได้ จึงพิจารณาส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลการดูแลหลังผ่าตัดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป

4. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดในเช้าวันถัดไป เพื่อติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

5. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและให้ข้อมูลตามความเหมาะสมเมื่อสิ้นสุด การวิจัยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

ระยะหลังทดลอง

ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลและสรุปผลการทดลองดังนี้

1. คะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

2. คะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

3. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ คะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรม

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน เลขที่ LPN 018/2567 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66.70 ปี สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 76.7 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.7 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 86.7 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,983.33 บาท มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.60 (กก/ม^2) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ไม่เคยมีประวัติผ่าตัด ไม่เคยมีประสบการณ์การณ์การได้รับยาระงับความรู้ ร้อยละ 66.7 และมีระดับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระดับ ASA class 3 ร้อยละ 76.6

2. ความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -10.476, p-value = 0.000) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรม (M = 13.06, S.D. = 3.09) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 4.83, S.D. = 2.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและปฏิบัติตัว	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	4.83	2.05	-10.476	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	30	13.06	3.09		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 16.333, p-value = 0.000) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรม (M = 1.76, S.D. = 2.51) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 10.30, S.D. = 3.70) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	N	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	10.30	3.70	16.333	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	30	1.76	2.51		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 80.0 และพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.0 โดยมีภาวะหนาวสั่น คลื่นไส้และอาเจียน ร้อยละ 13.3 และ 6.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรม (n=30)

ภาวะแทรกซ้อนเทียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่พบ	**24**	**80.0**
พบ	**6**	**20.0**
- หนาวสั่น	4	13.3
- คลื่นไส้และอาเจียน	2	6.7

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อในการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัว ได้แก่ คลิปวีดีโอสอนผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง คู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และแผ่นพับการปฏิบัติตัว จากการนำมาใช้ค้นพบว่า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก/สูงขึ้น เนื่องจากโปรแกรมที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการทำ Spinal Anesthesia ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย[7] ร่วมกับการใช้แนวคิดการปรับตัวของ Leventhalh & Johnson[11] ซึ่งครอบคลุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติที่ให้ความสำคัญกับช่วงวัยผู้ป่วยสูงอายุที่มีเสื่อมสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการรับรู้และจดจำข้อมูล ความรู้ต่างๆ ได้ล่าช้า หรือลดลง ดังนั้นในกระบวนการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจึงดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยเป็น ให้ความรู้และกระตุ้นการรับฟัง

ของผู้ป่วยซ้ำ ๆ และต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและปฏิบัติตัว รวมถึงในกระบวนการจัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย ซักถามในหัวข้อที่ไม่เข้าใจชัดเจน ผู้วิจัยให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี บัวกลม[14] ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ ศุภางค์ ดำเกิงธรรม และคณะ[15] ศึกษาเรื่อง ผลการใช้สื่อวิดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสื่อวิดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมมีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์ด้านความวิตกกังวล พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) เนื่องด้วยกระบวนการให้โปรแกรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ได้มีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึงกระบวนการเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จึงช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ รวมถึงกระบวนการให้กิจกรรม ผู้วิจัยค่อนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งระยะก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังตลอดจนพูดคุยให้คำปรึกษา ในหัวข้อที่ผู้ป่วยสงสัยหรือไม่เข้าใจ และดูแลให้ได้รับความสุขสบายระหว่างการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังรู้สึกตัว จึงอาจมีความกลัว วิตกกังวล มีความตื่นเต้น มีอาการเกร็งเกิดขึ้นได้ เป็นต้น ด้วยกระบวนการดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมคลายความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์[6] ศึกษาผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงทุกด้าน

ตลอดจนผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เนื่องด้วยกระบวนการดำเนินโปรแกรม ภายหลังจากการให้โปรแกรมแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้สังเกตการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ระหว่างการทำและหลังจากให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยการติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ระหว่างการทำและหลังจากให้ยาระดับระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง วัดความดันเลือดและชีพจร ทุก 2-3 นาทีจนสัญญาณชีพคงที่ จากนั้นให้ตรวจวัดทุก 5 นาทีจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด อีกทั้งในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและการผ่าตัด มีการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง หากพบให้ดำเนินการแก้ไขตามความเหมาะสม และหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง มีติดตามเฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ หลังจากให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังทุก 15 นาที ตลอดการดูแลหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น เป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาที หากมีภาวะแทรกซ้อนจะติดตามเยี่ยมประเมินซ้ำ ณ หอผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง - 48 ชั่วโมง ด้วยกระบวนการดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย และคณะ[16] ได้พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล พบว่า รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด

สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจากผลจากการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและการปฏิบัติตัว ลดความวิตกกังวล และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไปใช้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการทบทวนกระบวนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นระยะ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น โรคประจำตัว เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในระยะยาวต่อความรู้ ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตลอดจนมีการปรับปรุงและเพิ่มสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การใช้สื่อวิดีโอออนไลน์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ เช่น แอพพลิเคชั่นไลน์ (LINE) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1.วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. (2564). ออร์โธปิดิกส์ ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด.

2.อำไพ สารขันธ์, ธิตินัฐ อนุกูลประเสริฐ, นิชาภา ตั้งหมั่น และไพรินทร์ แข็งขัน. (2563). การพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา, 3(1), 10-17.

3.Tsui, B. C., Wagner, A, Finucane, B. (2021). Regional anesthesia in the elderly: a clinical guide. J Anaesthesiol Clin Pharmacol, 21(4), 895–910.

4.มานี รักษาเกียรติศักดิ์, จริยา เลิศอรรฆยมณี, เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรณี สวัสดิ์-ชูโต และปาริชาต อภิเดชากุล. (2561). ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลราธิบดี.

5.Eldawlatly, A. A., Delvi, M. B., Ahmad, A. (2023). Procedural sedation analgesia in the elderly patient. Saudi J Anaesth, 18(4), 533–539.

6.พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์. (2564). ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 127-142.

7.ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). มาตรฐานการระงับความรู้สึก. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.

8.Vadhanan P. (2021). Recent Updates in Spinal Anesthesia-A Narrative Review. Asian Journal of Anesthesiology, 59(2), 41–50.

9.โรงพยาบาลลำพูน. (2567). สถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ปี 2564 – 2566. (เอกสารอัดสำเนา).

10.กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลลำพูน. (2567). สถิติผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมปี 2564 – 2566. (เอกสารอัดสำเนา).

11.Leventhal, H. & Johnson, J. E. (1993). Laboratory and field experiment of a theory of self -regulation. In Behavioral Science and Nursing Theory. St. Louis: The C.V. Mosby Co.

12.Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(2), 1149-1160.

13.กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวปฏิบัติการดูแลรักษากลุ่มอาการวิตกกังวล. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

14.จารุณี บัวกลม. (2562). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.

15.ศุภางค์ ดำเกิงธรรม, ยุพาพร หงส์สามสิบเจ็ด และเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2564). ผลการใช้สื่อวิดิทัศน์เพื่อเตรียมความพ้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 29(1), 50-64.

16. ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย, จันศรี อุจันทึก, วราภรณ์ จีนเจนกิจ, นุชนาฎ บุโฮม, ปานทิพย์ ปูรณานนท์ และอัจฉรา มีนาสันติรักษ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(3), 76-89.

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

Developing Model of Nursing among Cataract Surgery Patients with Phacoemulsification in Pra Achan Fan Arjaro Hospital, Phanna Nikom district, Sakon Nakhon Province.

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

ธันยพร อินทรภูมิ[1]
Tanyaporn Intarapoom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร 2) เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และ 3) เพื่อประเมินผลระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงอายุ60 ปีขึ้นไปเลือกแบบเจาะจง จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามผู้ป่วยต้อกระจกเกี่ยวกับความรู้โรคต้อกระจก แบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการวิจัย และระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการศึกษา (1) ปัญหาของระบบบริการ คือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับการบริการผู้ป่วย รูปแบบการบริการไม่ชัดเจน ไม่มีจักษุแพทย์ประจำ (2) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โดยกำหนดความรับผิดชอบในแต่ละหน้าที่ จัดทำแผ่นพับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต้อกระจก การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด สื่อวิดิทัศน์ (3) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกก่อนการใช้รูปแบบฯอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =10.74, S.D=.29) หลังการใช้รูปแบบฯมีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =16.98, S.D=.22) (3) ความ พึงพอใจของผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.38,S.D=.73) (4) พฤติกรรมการบริการของพยาบาลวิชาชีพก่อนการพัฒนาระบบบริการภาพรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ดี($\overline{X}$= 2.78, S.D=.31) หลังการพัฒนาระบบบริการภาพรวมรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมที่ดี($\overline{X}$= 3.00, S.D=.00) (5) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง อยู่ในระดับมากที่สุด($\overline{X}$= 4.72, S.D=.26) (6) คะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (8) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ ผ่าตัดต้อกระจก คลื่นเสียงความถี่สูง

ABSTRACT

This study was action research with the objectives: 1) to analyze the nursing service system for patients undergoing with Phacoemulsification cataract surgery at Phra Achan Fan Arjaro Hospital, Sakon Nakhon Province; 2) to develop the nursing service system for patients undergoing with Phacoemulsification cataract surgery in the operating room at Phra Achan Fan Arjaro Hospital, Hospital and 3) to evaluate the nursing service system for patients undergoing with

[1] งานผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาบล โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

Phacoemulsification cataract surgery. The sample consisted of patients aged 60 years and older who underwent with Phacoemulsification cataract surgery, purposive sampling, totaling 140 individuals. The research instruments included a questionnaire on cataract knowledge for patients, a nursing behavior recording form for professional nurses, a patient satisfaction questionnaire for cataract surgery, and a professional nurse satisfaction questionnaire, with a reliability coefficient of .85. The study was divided into three phases: preparation, research implementation, and evaluation. Data were collected by distributing questionnaires to cataract surgery patients and recording the nursing behavior of professional nurses. Data analysis was using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

Study results were: (1) The problems with the service system are the insufficient number of staff to serve patients, unclear service models, and the absence of an ophthalmologist on duty. (2) Develop a service model for nursing patients undergoing cataract surgery by defining responsibilities for each role, creating informational pamphlets on cataract knowledge and patient behavior, and preparing for pre- and post-surgery. (3) The level of knowledge about cataracts before using the model is at a moderate level. ($\overline{X}$ =10.74, S.D =.29) After using the model, the level of knowledge was at a high level ($\overline{X}$ =16.98, S.D = .22) (3) The satisfaction of cataract patients who underwent with Phacoemulsification surgery was a high level ($\overline{X}$ = 4.38, S.D.=.73). (4) The service behavior of professional nurses before the development of the service system was a level of good behavior($\overline{X}$ = 2.78, S.D =.31) After the development of the service system, the overall behavior level was at a good level ($\overline{X}$ = 3.00, S.D =.00) (5) The satisfaction of professional nurses performing nursing activities in providing services to patients undergoing cataract surgery with Phacoemulsification is the highest level. (($\overline{X}$ = 4.72, S.D =.26) (6) The knowledge scores after the development of the nursing service model was higher than before the development of the nursing service model, with a statistically significant difference ($p<.05$) (8) The average nursing practice behavior of professional nurses after the development of the nursing service model was higher than before the development, with a statistically significant difference ($p<.05$).

Keywords: Developing Model, Cataract Surgery, Phacoemulsification

บทนำ

ทั่วโลกมีประชากรอย่างน้อย 2.2 พันล้านคนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางการมองเห็นอันดับแรกเกิดจากโรคต้อกระจกจำนวน 94 ล้านคน อันดับที่2 สายตาผิดปกติจากการหักเหของแสงที่ไม่ได้รับการแก้ไข จำนวน 88.4 ล้านคน อันดับที่ 3 โรคจอประสาทตาเสื่อมจำนวน 8 ล้านคน ส่วนใหญ่ประชากรตาบอดอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมีลักษณะภูมิประเทศที่มีอากาศร้อนและแสงแดดจ้า (ร้อยละ 90) โดยสาเหตุส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ (ร้อยละ 80) และหากไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขคาดว่าแนวโน้มของคนตาบอดเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO)[1] ได้กำหนด Vision 2020 The Right to Sight ว่าทุกคนควรมีสิทธิ์เข้าถึงบริการทางจักษุวิทยา เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ และไม่ควรตาบอดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิสัยทัศน์: vision 2020: the Right to Sigh by the Year 2020 ซึ่งหมายความว่า ปี ค.ศ. 2020 ทุกคนควรมีสิทธิเข้าถึงบริการทางจักษุวิทยา เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ และไม่ควรตาบอดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ วัยผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบมากกว่า ร้อยละ 50.00 ที่เป็นโรคต้อกระจก ในขณะที่อัตราความชุกต้อกระจกทุกกลุ่มอายุจะอยู่ที่ ร้อยละ 9.22[2,3] สำหรับประเทศไทยมีการจัดทำแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา โดยมุ่งเน้นโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรไทย 5 โรคหลักสำคัญ คือ โรคต้อกระจก โรคจอตา โรคต้อหิน ปัญหาตาบอดในเด็กและโรคกระจกตา คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา ได้

จัดทำแผน 5 ปี (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2560) เพื่อแก้ไขปัญหาตาบอดจากต้อกระจกซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรก[4]

โรคต้อกระจก (cataract) เป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้สายตาฝ้าฟางหรือมัวคล้ายหมอกบัง ไม่เจ็บปวด(4) เมื่อมีอาการมากขึ้นเลนส์แก้วตาจะแข็งขึ้นและเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล(5) การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาได้ การรักษาที่เหมาะสมและได้ผลดีคือ การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม[5,6] โรคต้อกระจกเป็นโรคที่มีความสำคัญที่คุกคามต่อคุณภาพคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากและเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะตาบอดในอัตราสูงที่สุด ในแต่ละปีมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคต้อกระจกรายใหม่ 60,000 คน(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2557) ซึ่งนักวิชาการคาดการณ์ว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน ในราว ปี พ.ศ. 2568 และมีจำนวนมากถึงร้อยละ 27 ของประชากร ทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2593 โดยผู้หญิงจะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ชายประมาณ 4-5 ปี

การผ่าตัดต้อกระจกถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางตา ส่งผลกระทบต่อความสามารถพื้นฐานส่วนบุคคลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเป็นอย่างมาก การดูแลตนเองจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และต้องมีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ผ่าตัด รู้หลักของการทำให้ปลอดเชื้อ (Sterilization) การทำลายเชื้อ (Disinfection) เทคนิคการปลอดเชื้อ (Aseptic Technique) การผ่าตัดต้อกระจกนิยมใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โดยการฉีดยาชา ดังนั้นผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาในขณะผ่าตัด อาจเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสียงเครื่องมือผ่าตัดอาจทำให้เกิดอาการเกร็งขยับตัวบ่อยๆ ส่ายหน้าไปมา หรือไอจาม ขาดสมาธิในการร่วมมือขณะผ่าตัด ซึ่งอาจส่งให้ส่งผลให้เกิดภาวะความดันลูกตาสูง เลือดออกด้านหลังลูกตา ถุงหุ้มเลนส์แตก วุ้นตารั่วทะลัก จอประสาทตาหลุดลอก เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน ใส่แก้วตาเทียมไม่ได้ ส่งผลให้สายตาของผู้ป่วยเลวร้ายกว่าเดิม[7] และยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัด คือการติดเชื้อภายในลูกตา ดังนั้นการพยาบาลที่สำคัญคือ การป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งถือเป็นบทบาทหลักของพยาบาลจักษุตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจักษุจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ แทรกซ้อน ฟื้นหายจากการผ่าตัดได้เร็ว การผ่าตัดได้ผลดีและเกิดความพึงพอใจ[6]

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ห่างจากตัวเมืองจังหวัดสกลนคร 40 กิโลเมตร เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคตา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 จนถึงปัจจุบัน ไม่มีจักษุแพทย์ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลา ทางโรงพยาบาลได้รับความอนุเคราะห์จากจักษุแพทย์จังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ จังหวัดนครพนม อุดรธานี และหนองบัวลำภู มาตรวจรักษาและผ่าตัดสัปดาห์ละ 1-3 วัน มีประชาชนจำนวนมากมารอรับบริการตรวจรักษาทั้งในเขตและนอกเขตจังหวัดสกลนคร ให้บริการผ่าตัดจักษุทั่วไป ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคต้อเนื้อ และโรคท่อน้ำตาอุดตัน ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคต้อกระจกและเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม จากข้อมูลสถิติ 3 ปีย้อนหลังพบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดดังต่อไปนี้ งบประมาณปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,233 ราย งบประมาณปี พ.ศ. 2564 จำนวน 751 ราย และงบประมาณปี พ.ศ. 2565 จำนวน 463 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565 มี

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลดลงเนื่องจากสาเหตุจากการระบาด Covid-19 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร มีการผ่าตัดโรคต้อกระจกมากสุดเป็นอันดับหนึ่ง ทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก การเข้ารับการผ่าตัดโรคต้อกระจกของโรงพยาบาล มีขั้นตอนการปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้ 1) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นต้อกระจก ผู้ป่วยจะได้รับการวัดค่ากำลังเลนส์แก้วตาเทียมและให้ออกใบนัดวันผ่าตัด พร้อมกับได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนมาผ่าตัดจากพยาบาล 2) การนัดผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้องเข้ารับการพักฟื้นและประเมินอาการของผู้ป่วยผ่าตัดอย่างน้อย 1 คืน จากการวิเคราะห์ทบทวนปัญหา(RCA) พบว่า ในขั้นตอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น โรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 10 ความดันโลหิตสูงที่รักษาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยาทำให้ความดันอยู่ในระดับอันตรายร้อยละ 2 โรคหอบหืดกำเริบหรือคลุมผ้าไม่ได้ร้อยละ 3 เป็นต้น ทำให้ต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัด ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยโดยตรงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล การมองเห็นแย่ลงทำให้มีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน และยังส่งผลกระทบทางอ้อมกับญาติผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ เสียเวลาเดินทางและลางานมาเพื่อเฝ้าผู้ป่วย มีผลเสียด้านเศรษฐกิจ และยังส่งผลกระทบกับระบบบริการของโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการทำงานของทีมการพยาบาล และจากการสังเกตของผู้วิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของเพื่อนร่วมงาน พบว่า ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกของโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 85 โดยไม่มีการกำหนดแบบแผนการพยาบาลที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พยาบาลใช้ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะตามประสบการณ์ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสับสนในขั้นการเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกจากโรงพยาบาล ส่งผลกระทบมากมายตามที่กล่าวข้างต้น[3]

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในคลินิกจักษุของโรงพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกตามมาตรฐานเพื่อให้ครอบคลุมและชัดเจนของทุกระยะการผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory)[8] โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis, McTaggart & Nixon (2014)[9] 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยและความพึงพอใจสูงสุดกับผู้ป่วยและญาติ สามารถปฏิบัติการพยาบาลในแนวทางเดียวกันตามบริบทของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ในบริบทของกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

3. เพื่อประเมินผลระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัด ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

2. พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อกำหนดการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติงานการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory)[8] 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,839 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กตา จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2567 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี และยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 140 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กตา จำนวน 10 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยทั้งเพศชาย และเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) และต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง 2) ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น ระดับน้ำตาลไม่เกิน 200 mg/dl และความดันโลหิตไม่เกิน 160/90 mmHg 3) ไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย 4) สามารถฟังและพูดสื่อสารภาษาไทย 5) มีสติสัมปชัญญะดีและมีญาติดูแล 6) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีประจำตัวเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) มีภาวะเสื่อมของจอประสาทตา 3) เป็นโรคจิตเวชที่ควบคุมไม่ได้ 4) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล 5) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้ป่วย**ต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงฯเกี่ยวกับความรู้โรคต้อกระจก** แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษา และประสบการณ์ในการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผู้ป่วย**ต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงฯ**เกี่ยวกับความรู้โรคต้อกระจก มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ตอบ "ถูก" ให้ 1 คะแนน ตอบ "ผิด/ไม่แน่ใจ" ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับความรู้ กำหนดระดับความรู้โดยอ้างอิงหลักการของบลูม (Bloom, 1968 อ้างถึงในยุทธิดา กองเนียม, 2565)

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนน 17-20 คะแนน หรือร้อยละ 81 - 100

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 11-16 คะแนน หรือร้อยละ 51 -80

ระดับน้อยหมายถึง ได้คะแนน 0-10 คะแนน หรือร้อยละ 0-50

ชุดที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 4 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการทบทวนข้อมูลซ้ำ (แต่ละกิจกรรมมีกิจกรรมย่อย) จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) “ปฏิบัติถูกต้อง” ให้ 3 คะแนน “ปฏิบัติไม่ครบตามกำหนด” ให้ 2 คะแนน “ปฏิบัติไม่ถูกต้อง” ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการบริการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาระดับพฤติกรรมตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) **แปลผลคะแนนพฤติกรรมถือตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ย** ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมที่ดี/ปฏิบัติถูกต้อง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมพอใช้/ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงต่อการได้รับบริการพยาบาล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เป็นมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง พึงพอใจในการบริการพยาบาลมากที่สุด

4 หมายถึง พึงพอใจในการบริการพยาบาลมาก

3 หมายถึง พึงพอใจในการบริการพยาบาลปานกลาง

2 หมายถึง พึงพอใจในการบริการพยาบาลน้อย

1 หมายถึง พึงพอใจในการบริการพยาบาลน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลความพึงพอใจของผู้ป่วย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนวัดระดับความพึงพอใจการแปลผลของช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงบางส่วนมาจากแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลของทัศนีย์ ทองประทีป[10] โดยมีคำถามทั้งหมด **10** ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เป็นมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4 หมายถึง พึงพอใจมาก

3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

2 หมายถึง พึงพอใจน้อย

1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลความพึงพอใจของพยาบาล กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนวัดระดับความพึงพอใจการแปลผลของช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด
3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก
2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง
1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย
1.00 - 1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย และระยะที่ 3 ระยะการประเมินผล มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย ศึกษาบริบทของการให้บริการผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร

1. ศึกษาสภาพปัญหา และสภาพการณ์ปัจจุบันการบริการของงานห้องผ่าตัดและบริการวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร รูปแบบบริการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการบริการ โดยการประชุมกลุ่มบุคลากรในงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้คำถามปลายเปิด ประกอบด้วย ความคิดเห็นของสถานการณ์การให้บริการฯ ปัญหาอุปสรรคและความต้องการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ร่วมระดมความคิด นำปัญหาที่ได้มาร่วมกำหนดรูปแบบการบริการเพื่อให้ได้มาตรฐาน วางแผนปฏิบัติการ และตรวจสอบประเมินผล

2. สำรวจความต้องการของตัวแทนผู้รับบริการเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาการบริการงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร

3. วิเคราะห์ขั้นตอนของระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร

4. สอบถามความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย เป็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร เพื่อพัฒนาระบบบริการ และดำเนินงานตามระบบบริการที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยที่กำหนด แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ร่างแนวทางระบบบริการคลินิกโรคต้อกระจก ตามข้อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล เกี่ยวกับการดำเนินงานลดความแออัดลดระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ กำหนดนโยบายและแนวทางในการออกแบบระบบบริการ และกำหนดตัวชี้วัด การปฏิบัติและการประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติ ขั้นตอนปฏิบัติ เป็นการทดลองใช้รูปแบบระบบบริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่พัฒนาขึ้น ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามระบบบริการแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นแก่เจ้าหน้าที่งานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล เปิดโอกาสให้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะ และผู้วิจัยนำไปปรับปรุงเพื่อให้เข้าบริบทของโรงพยาบาลและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง แล้วเริ่มทดลองให้บริการตามระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ในเดือนตุลาคม 2567

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตการให้บริการตามรูปแบบระบบบริการ

ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่พัฒนาขึ้นในงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล และฟังเสียงสะท้อนของบุคลากรผู้ปฏิบัติในหน้างาน โดยมีการควบคุมกำกับและติดตามการดำเนินงานทุกสัปดาห์ โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับและปรับปรุงการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลผลการให้บริการในแต่ละสัปดาห์แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และร่วมกันปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ร้อยละ (Percentage) และ ค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผล เป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงฯที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2567 จำนวน 140 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ประเมินผลจากความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จำนวน 6 คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเด็กตา จำนวน 10 คน

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2024-117 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างแบบเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ผลจากการวิเคราะห์การวิจัย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมากที่สุด สถานภาพสมรส ช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน/ว่างงาน มากที่สุด มีการศึกษาระดับประถม มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท มากที่สุด ใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษา เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดและเข้ารับบริการมากกว่า 1 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ผู้ป่วยต้อกระจกมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกก่อนการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =10.47) หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงฯ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =16.98)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.38) คิดเป็นร้อยละ 87.56

ส่วนที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดฯ

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นเพศหญิงทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 อายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.8 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5 ระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการบริการผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงก่อนการพัฒนาระบบบริการภาพรวมอยู่ในระดับดี/ปฏิบัติถูกต้อง ($\overline{X}$ =2.78) เมื่อพิจารณารายด้านที่ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น คือ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการทบทวนข้อมูลซ้ำ($\overline{X}$ =2.53) และหลังการพัฒนาระบบบริการฯภาพรวมอยู่ในระดับระดับดี/ปฏิบัติถูกต้อง($\overline{X}$ =3.00) เมื่อพิจารณารายด้านที่ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น คือ ด้านการทบทวนข้อมูลซ้ำ($\overline{X}$ =2.94)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนครอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.72) คิดเป็นร้อยละ 96.38

ส่วนที่ 7 อุบัติการณ์การเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ไม่พบอุบัติการณ์หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 8 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ($p<.05$)

2. พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ($p<.05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถสูง โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ความรู้ของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง มีการมอบหมายพยาบาลวิชาชีพงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีรับผิดชอบ การให้ความรู้โดยการเปิดวิดิทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกขั้นตอนการผ่าตัดต้อกระจกการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต้อกระจกการลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งเป็นการให้ความรู้ตามหลักการให้ข้อมูลที่มีความจำเพาะเจาะจงในผู้ป่วยต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูลในบรรยากาศที่สบาย ๆ ไม่เร่งรีบ อธิบายวิธีการต่าง ๆ การชี้แจงวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ของการให้ข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและ

ผู้ดูแล ผู้ป่วยจึงให้ความสนใจต่อสื่อวิดีทัศน์ที่มีความน่าสนใจสอดคล้องกับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถจากการปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจ สิ่งที่ได้รับจากการได้ยิน ได้ฟัง ซึ่งผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ต้องผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่า เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ขณะเข้ารับบริการมีการพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นและได้ยินได้ฟังจากการให้ความรู้เรื่องโรคต้อกระจกจากพยาบาลที่ให้คำแนะนำ รวมทั้งการดูจากสื่อวิดิทัศน์ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคต้อกระจกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับละมิตร์ ปึกขาว , เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัถรังษี[11] ทำการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างเอื้ออาทร โดยจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก วิดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัว และแผ่นพับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้านโดยละเอียด มีการสอนและสาธิต รวมทั้งมีการสาธิตย้อนกลับ และประเมินผลโดยการวัดความรู้ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการศึกษาของกชพรรณ อัญฤาชัย, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ และภาศินี สุขสถาพรเลิศ[12] พบว่า การให้ผู้ป่วยและญาติดูวิดีโอก่อนและหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น[13,14] ที่พบว่า สื่อวิดิทัศน์เป็นสื่อการสอนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยต้อกระจก เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีทั้งภาพและเสียง การได้ดูภาพเคลื่อนไหว ทำให้จดจำได้มากขึ้น ทบทวนเนื้อหาได้หลายครั้ง โดยมีความคงที่ของเนื้อหา ถ่ายทอดเรื่องราวไปยังผู้เรียนจำนวนมากในเวลาเดียวกันได้เป็นอย่างดี สามารถติดตามเนื้อหาได้ต่อเนื่อง ใช้ได้กับทุกเพศทุกวัยและทุกระดับการศึกษา สะดวกในการใช้งาน สามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียดมากกว่าการบรรยาย และสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้ดีเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น รวมถึงการศึกษาของอังคนา อัศวบุญญาเดช, ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุรณะวิทย์[15] ศึกษา ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวิดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจกให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่า สื่อวิดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจก สามารถสื่อความรู้ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้น ผลความพึงพอใจต่อสื่อวิดิทัศน์ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกภายหลังชมสื่อวิดิทัศน์อยู่ในระดับมาก และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต้อกระจก และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจกหลังชมสื่อวิดิทัศน์มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังสอดคล้องกับอมราภรณ์ ลาภชูรัต[3] ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า คะแนนความรู้และคะแนนปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต้อกระจก มีคะแนนความรู้และคะแนนปฏิบัติตัวสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นอย่างดี ตรงตามเป้าประสงค์ของวิชาชีพพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ อธิบายได้ว่าวิชาชีพพยาบาลมีการอบรม สั่งสมให้มุ่งเน้นในเรื่องการให้การดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดทั้งด้านร่างกายและด้าน

จิตใจ แม้ว่าระดับพฤติกรรมการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจะอยู่ในระดับดี/มีการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งก่อนพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง($\overline{X}$ =2.78)และหลังพัฒนารูปแบบบริการฯ($\overline{X}$ =3.00) จะมีค่าเฉลี่ยห่างกันถึง .22 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการให้การพยาบาลและการประเมินผลทางด้านร่างกายนั้น สามารถเห็นได้ชัดเจน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นเพศหญิงทั้งหมด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5 และปฏิบัติงานมามากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 สอดคล้องกับSchermerhorn, et.al[16] ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ร่วมกับความพยายามในการทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลที่น่าจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ เพศ, ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพทุกคนยึดมั่นในหลักจรรยาบรรณที่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุด เมื่อมีความตระหนักในด้านพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ก็มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในระดับมากเช่นกัน ซึ่งหากมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนทาให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบ สำนึกได้และเห็นความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของตน และส่งผลให้แสดงพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความสามารถ สอดคล้องกับวรัฐกานต์ อัศวพรวิพุธ[17] กล่าวว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพให้บริการทางด้านสาธารณสุข ที่มีความจำเป็นต่อสังคมอย่างมาก เนื่องจากเป็นการให้บริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การให้ความรู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บไข้ การฟื้นฟูสภาพ และการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในความปลอดภัยของชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยตลอดจนต้องติดต่อใกล้ชิดกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป ดังนั้นในการปฏิบัติงาน นอกจากใช้องค์ความรู้ด้านวิชาการ และทักษะการพยาบาลแล้วยังต้องมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้การพยาบาลนั้นมีคุณภาพมีมาตรฐานมีความปลอดภัย และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของละมิตร์ ปึกขาว , เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัถรังษี[11] พบว่า การพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะทางจักษุและหอผู้ป่วยทั่วไปไม่เหมือนกัน รวมทั้งพยาบาลแต่ละคนปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน เช่น

การปิดที่ครอบตา eye pad การครอบ eye shield การปิดพลาสเตอร์ การให้คำแนะนำต่างๆ ค่อนข้างน้อย ควรมีมาตรฐานให้ปฏิบัติเหมือนๆ กัน จึงต้องมีการจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกคลิปวิดิทัศน์ ประกอบด้วยคลิปการเช็ดตา คลิปหยอดตา คลิปการป้ายตา และคลิปการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก การจัดทำแผ่นพับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จากการประเมินผล พบว่า พฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 4.36 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 13.10 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรมีการกำหนดนโยบายให้บุคลากรที่ให้การบริการผู้ป่วยได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งอบรมเวชปฏิบัติทางจักษุ

2. ด้านการพัฒนา ควรนำระบบสารสนเทศ เพื่อใช้ในการวางแผนการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลารอคอยและลดความแออัดในพื้นที่บริการ พร้อมเพิ่ม

ช่องทางการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดใน เว็บไซด์ของทางโรงพยาบาล

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคต้อกระจกหลังได้รับการผ่า

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Blindness and vision impairment. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment
2. รังสรรค์ คีละลาย, ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2560). ผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในชุมชนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนากอก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 5(2): 241-58.
3. อมราภรณ์ ลาภชูรัต. (2561). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัว ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 32(3): 1099-112.
4. คู่มือ อสม. กับการคัดกรองภาวะตาบอด. (2564). เข้าถึงได้จากhttps://www.vision2020 thailand .org/manual/manual_who.pdf
5. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม, ทานตะวัน สลีวงศ์. (2562). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2(3):17–30.
6. ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). CPG ต้อกระจก. [สืบค้นเมื่อ 31 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก http://www.geocities.ws/childreneyescenter2000/cataract.htm
7. ยุพดี รัตดะรังสี. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม จำกัด.
8. American Academy of Ophthalmology. (2016). Cataract in the Adult Eye Preferred Practice Pattern. San Francisco: Elsevier Inc.
9. Kemmis, S., McTaggart, R. & Nixon, R. (2014). The Action Research Planner Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer.
10. ทัศนีย์ ทองประทีป. (2544). ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์. วารสารสภาการพยาบาล. 16(4): 12-27.
11. ละมิตร์ ปึกขาว , เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัถรังษี. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(5): 864-75.
12. กชพรรณ อัญฤาชัย, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ และภาศินี สุขสถาพรเลิศ. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคต้อกระจก และบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนครบวงจร. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 33(1): 21-30.
13. อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลราชวิถี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 28(2): 25-37.
14. ยุวดี ชาติไทย, นภาพร วาณิชย์กุล, สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2559). ผลของการให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์ และหุ่น สาธิตต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์. 36(2): 159-70
15. อังคนา อัศวบุญญาเดช, ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุรณะวิทย์. (2565). ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวิดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกระจกให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. บูรพาเวชสาร. 9(1): 13-27.
16. ณัฐชยา วุฒิมาปกรณ์. (2557). พฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในเครือโรงพยาบาลเกษมราษฎร์. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal ฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ. 7(1): 698-711.
17. วรัฐกานต์ อัศวพรวิพุธ. (2559). มาตรฐานการพยาบาล: กระบวนการพยาบาล และจริยธรรมวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสขภาพและสาธารณสุข. 2(3): 393-400.

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัวนาเรียง

Effects of a brief advice behavioral intervention program for medical adherence in diabetes mellitus type II patients at Nearing Primary Care Custer.

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

สุปราณี บุตรสมบัติ [1]
Supranee Butsombat [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) แบบวัดก่อนหลังกลุ่มเดียวในกลุ่มทดลองจำนวน 53 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติใช้ในการเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired simple t-test, , Repeated measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c), ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) หลังดำเนินการ พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, คำแนะนำแบบสั้น, ระดับน้ำตาลในเลือด

ABSTACT

This study employed a quasi-experimental research design with a single-group pretest-posttest approach involving 53 participants. Data were collected through questionnaires, and statistical analyses were performed using descriptive statistics to calculate frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Paired sample t-tests and repeated measures ANOVA were employed for comparative analysis. A significance level of 0.05 was set for statistical analysis.

Results: After completing the intervention program, participants were found to have a statistically significant increase in medication adherence at the 0.05 significance level. Furthermore, post-intervention assessments showed that mean glycated hemoglobin (HbA1c) and fasting blood sugar (FBS) levels had been reduced compared to pre-intervention measurements. These reductions were determined to be statistically significant at the 0.05 level.

Keyword : Diabetic patients, Brief advice behavioral, Blood sugar levels

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่าสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วย 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณสามแสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3.2 ล้านคน ผู้ป่วยร้อยละ 95 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 40,918 คนต่อปี สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพของประเทศ อีกทั้งโรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่ออีกมากมาย[1]

การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา[2] International Diabetes Federation[3] และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

[1] โรงพยาบาลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

[4] นั้น ระบุให้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นวิธีการทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ซึ่งการตรวจวัดระดับน้ำตาลใน HbA1c เป็นอีกหนึ่งรูปแบบของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่บอกถึงค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา เกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ของวัยผู้ใหญ่ มีเป้าหมายควบคุมแบ่งเป็น 3 ระดับ [2-4] ดังนี้ 1) น้อยกว่า 6.5% หมายถึง ควบคุมแบบเข้มงวดมาก (คือการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา) 2) น้อยกว่า 7% หมายถึง ควบคุมแบบเข้มงวด 3) ระหว่าง 7-8% หมายถึง ควบคุมแบบไม่เข้มงวด โดยทั่วไปเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลส่วนใหญ่ที่ยอมรับได้คือควบคุมให้อยู่ในระดับน้อยกว่า 7% ถ้ามากกว่า 8% ถือว่ายอมรับไม่ได้ [4]

ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอร่องคำ ข้อมูลจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง (2565 – 2567) สำหรับสถิติของโรงพยาบาลร่องคำพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น 1,701, 1,780 และ 1,848 ราย ตามลำดับ ควบคุมระดับน้ำตาลได้จำนวนลดลง จากร้อยละ 19.93, 18.96 และ 13.95 จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ตามลำดับ มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.52, 13.56 และ 14.67 ราย ตามลำดับ[5]

การดำเนินงานของเภสัชกรในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่คลินิคหมอครอบครัวนั้น ที่ผ่านมามีเภสัชกรดูแลสถานบริการปฐมภูมิโดยการออกให้บริการ จ่ายยาแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำในการใช้ยาและซักถามปัญหาในการใช้ยา ทำให้พบอุบัติการณ์ต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ลืมรับประทานยา ผู้ป่วยที่สูงอายุสายตาไม่ดีทำให้เห็นฉลากยาไม่ชัดเจน และยังพบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา การบริหารยาของผู้ป่วย ขาดการตรวจสอบและการติดตาม การใช้ยา ระบบการดูแลยาอย่างต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน สำหรับการรักษาโรคเบาหวานด้วยการใช้ยามีความจำเป็นกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการ ควบคุมระดับ HbA1c โดยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพในการลดระดับ HbA1c ได้ร้อยละ 0.5 – 2 ร่วมกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยความร่วมมือในการใช้ยา คือ ระดับพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการใช้ยาได้สอดคล้องตาม คำแนะนำของบุคลากรการแพทย์ ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วย เบาหวานมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบหลายปัญหา เช่น หยุดใช้ยาเอง ลืม ใช้ยา เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ผลของการที่ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยานอกจากจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้แล้ว ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามมาด้วย ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การควบคุมโรคเบาหวานทำได้โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับการรักษาด้วยยา ดังนั้นการผลักดันให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ จึงมีความพยายามที่จะใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ ผู้บำบัดนำไปใช้เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจสร้างความร่วมมือ ในการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick คือการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจมาประยุกต์เป็นโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด โดยมุ่งหวังให้ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตและนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน[6] ให้ได้ตามเป้าหมาย นำไปสู่สุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวนาเรียง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนและกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เก็บรวมรวมและวิเคราะห์ปัญหา

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.3 ออกแบบแนวทางปฏิบัติร่วมกับวิชาชีพอื่นที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

1.4 ขออนุญาตทำวิจัยในหน่วยงาน

1.5ขอจริยธรรมและพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

1.6 เตรียมบุคลากร ผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรการสร้างแรงจูงใจ จากกรมสุขภาพจิต ทั้งหลักสูตร การให้คำแนะนำแบบสั้น การให้คำปรึกษาแบบสั้น หลักสูตรสติบำบัด

2. ขั้นทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในเดือน ตุลาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานให้ทราบ ผู้ป่วยเข้ารับการบริการตามปกติคือ เจาะเลือดหาค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) พยาบาลให้คำแนะนำการดูแลตัวเอง พบแพทย์และรับยา เภสัชกรมีหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องยา ให้คำปรึกษา เรื่องยาในเรื่องวิธีการใช้ยา การเก็บรักษายา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อให้ผลของยามีประสิทธิภาพสูงสุด ประเมินปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาและแบบสัมภาษณ์โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

ครั้งที่ 1 ระหว่างรอพบแพทย์เก็บข้อมูลผลน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ครั้งหลังสุด, เก็บค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) ครั้งที่ 1 ทำแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8) สรุปข้อมูลแล้วเก็บไว้ในแฟ้มครอบครัว (Family Folder) เพื่อเป็นข้อมูลว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยาเรื่องอะไร หลังพบแพทย์ให้โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น แล้วเก็บข้อมูลการสนทนาโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นไว้ในแฟ้มครอบครัว (Family Folder)

ครั้งที่ 2 เก็บค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) ครั้งที่ 2 หลังพบแพทย์ให้โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น แล้วเก็บข้อมูลการสนทนา

ครั้งที่ 3 เก็บค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) ครั้งที่ 3 หลังพบแพทย์ให้โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น แล้วเก็บข้อมูลการสนทนา

ครั้งที่ 4 เจาะน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) เก็บค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) ครั้งที่ 4 ระหว่างรอพบแพทย์ทำแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8) หลังพบแพทย์ให้โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น แล้วเก็บข้อมูลการสนทนา

3. ขั้นสรุปผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ได้ 53 คน

ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) 1) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สามารถมาตามนัดได้ครบ 4 ครั้ง 2) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c≥7) 4) ได้รับยาเบาหวานอย่างน้อย 1 ชนิด 5) รับประทานยาเองได้หรือมีผู้ช่วยเหลือ อยู่ในเขตความรับผิดชอบของคลีนิคหมอครอบครัวนาเรียง

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) 1) ผู้ที่รู้สึกไม่สบายใจหรือโดนบังคับที่เข้าร่วมงานวิจัย 2) ขอยุติการเข้าร่วมในการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามหากเกิดความไม่สบายใจหรือลำบากใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วม 3) อาสาสมัครเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมพฤติกรรม ตรวจสอบความ เหมาะสมเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ[6] ซึ่งเป็นผู้ผ่าน การอบรมและได้รับการรับรอง ดังนี้ 1) motivational interviewing introduction & update วันที่ 11-12 มิถุนายน พ.ศ.2555 ณ Swalec stadium, Cardiff รับรองโดย William R. Miller และ Stephen Rollnick 2) Preconference workshop “developing & implementing MI-consistent practices in research & clinical setting” วันที่ 19-21 มิถุนายน พ.ศ.2560 ณ Philadelphia, PA., United States รับรองโดย William R. Miller และ Theream Mcyers

องค์ประกอบของโครงสร้างหลักของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice intervention) โดยใช้ทักษะ 3As โดยผู้วิจัย ใช้โครงสร้างโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมพฤติกรรม ตัวเนื้อหาหลักการให้คำแนะนำเน้นไปที่เรื่องการใช้ยา คือ

-Affirmation (ชม) การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี โดยชมไปที่ความตั้งใจในการปฏิบัติ เช่น “ค่าน้ำตาลในเลือดวันนี้ดีจังเลยค่ะ คุณต้องพยายามมากๆ แน่เลย”

-Ask (ถาม) การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ เช่น “ผลตรวจวันนี้ ถ้าน้ำตาลในเลือดดีอย่างนี้จะไม่ค่อยมีภาวะแทรกซ้อน กินยาถูกต้องครบถ้วนทุกครั้งไหมคะ สุขภาพจะดีจะได้อยู่เพื่ออยู่ดูความสำเร็จของลูกหลานได้นะคะ”

-Advice (แนะ) การให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก เช่น “ให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก เช่น แนะนำวิธีปฏิบัติตัว บอกวิธีรับประทานยาได้ไหมค่ะ ดิฉันจะได้ตรวจสอบให้ว่าถูกต้องหรือไม่ / ดิฉันอยากให้กินยาอย่างต่อเนื่องต่อไปนะคะ เราอาจจะได้ลดขนาดยาเบาหวานลงขอให้ตั้งใจในการปฏิบัติตัวนะคะ”

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษา ข้อมูลการมารักษา

แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8) ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม โดยข้อ 1-7 ให้เลือกตอบว่า “ใช่ ” หรือ “ไม่ใช่” และคำถามสุดท้ายเป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ตัวเลือกคือ “ไม่เคย” “นาน ๆ ครั้ง ” “บางครั้ง” “เกือบ ทุกครั้ง” “ประจำทุกครั้ง” การให้คะแนนในส่วนที่ 1 ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 (ยกเว้นข้อ 5) หากผู้ป่วยเลือก คำตอบว่า “ใช่” ให้คะแนนเท่ากับ 0 และหากตอบว่า “ไม่ใช่” ให้คะแนนเท่ากับ 1 กรณีการให้คะแนนในข้อ 5 ให้กลับคะแนนตรงข้าม โดยหากตอบว่า “ใช่” ให้คะแนน เท่ากับ 1 และหากตอบว่า “ไม่ใช่” ให้คะแนน เท่ากับ 0 สำหรับ ส่วนที่ 2 ให้คะแนนดังนี้ หากผู้ป่วยเลือกคำตอบว่า “ไม่เคย” ให้คะแนนเท่ากับ 1 “นาน ๆ ครั้ง” ให้คะแนน เท่ากับ 0.75 “บางครั้ง” ให้คะแนนเท่ากับ 0.50 “เกือบ ทุกครั้ง” ให้คะแนนเท่ากับ 0.25 “ประจำทุกครั้ง” ให้คะแนน เท่ากับ 0 โดยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา คือ 0-8 คะแนน และแบ่งระดับความร่วมมือในการใช้

ยาได้ ดังนี้ คะแนนรวมน้อยกว่า 6 หมายถึงมีความร่วมมือในการ ใช้ยาระดับต่ำคะแนนรวมตั้งแต่ 6 ถึงน้อยกว่า 8 หมายถึงมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง คะแนนรวม เต็ม 8 หมายถึงมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

บันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และบันทึกการสนทนา ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c≥7) และค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งแบ่งเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ paired t-test, Repeated measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 223/2567 ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการดำเนินการแก่กลุ่มตัวอย่างและสามารถปฏิเสธและถอนตัวจากการเข้าร่วมระหว่างวิจัยได้หากมีความต้องการ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

เพศของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.38 และเพศชาย ร้อยละ 39.62 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุค่าเฉลี่ย = 56.34 ปี, S.D. = 12.06 ปี, Min = 27.00 ปี, Max = 75.00 ปี ตามลำดับ

สถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 86.79 ใช้สิทธิหลักประกัน 30 บาทจากรัฐบาล ร้อยละ 98.13 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.72 ส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท โดยได้มาจากเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยมีปัญหาการแพ้ยา 1 ราย การศึกษาประถมศึกษา - มัธยมศึกษา ร้อยละ 94.34 ผู้ป่วยไม่เคยผิดนัด ร้อยละ 90.57 ผู้ป่วยส่วนมากพยายามควบคุมอาหาร ร้อยละ 62.26

ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8) พบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.41 คะแนน (S.D. เท่ากับ 1.21) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 คะแนน (S.D. = 1.34) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.202 ถึง 1.613)) ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง ร้อยละ 30.19 ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.77 และระดับต่ำ ร้อยละ 66.03 สาเหตุที่พบในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำถึงปานกลาง คือ ลืมใช้ยา ร้อยละ 87.84 ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ร้อยละ 83.87 ลืมนำยาไปด้วยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 89.19 หยุดยาเมื่อรู้สึกว่าควบคุมอาการได้ ร้อยละ 2.70 รู้สึกยุ่งยากและไม่สะดวกในการการทำตามแผนการรักษา ร้อยละ 81.08. และพบว่าเมื่อต้องมาพบแพทย์ผู้ป่วยจะใช้ยาเมื่อวานก่อนมา ร้อยละ 100

หลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8) ค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง ร้อยละ 33.96 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.17 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.87 สาเหตุที่พบในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำถึงปานกลาง คือ ลืมใช้ยาลดลงเหลือ ร้อยละ 78.57 ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองลดลงเหลือ ร้อยละ71.43 ลืมนำยาไปด้วยเมื่อออกนอกบ้าน

ลดลงเหลือ ร้อยละ 65.71 ไม่พบผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่อรู้สึกว่าควบคุมอาการได้ รู้สึกยุ่งยากและไม่สะดวกในการการทำตามแผนการรักษาลดลงเหลือ ร้อยละ 42.86 และพบว่าเมื่อต้องมาพบแพทย์ผู้ป่วยจะใช้ยาเมื่อวานก่อนมา ร้อยละ 100

ผลการเปรียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (MMAS-8) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน								
หลังดำเนินการ	53	5.41	1.21	5.97	1.20	52	0.202 ถึง 1.613	<0.001*
ก่อนดำเนินการ	53	4.20	1.34					
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)								
หลังดำเนินการ	53	7.77	1.74	6.19	1.20	52	0.081 ถึง 1.592	<0.001*
ก่อนดำเนินการ	53	8.97	2.05					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มทดลอง ผลของ ความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.41 คะแนน (S.D. เท่ากับ 1.21) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 คะแนน (S.D. = 1.34) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.202 ถึง 1.613), ผลของ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.77 (S.D. =1.74) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.97 (S.D. = 2.05) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 0.081 ถึง 1.592)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ของกลุ่มทดลอง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ครั้งที่ 1 (ก่อนดำเนินการ)และรับโปรแกรมครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ติดตามผลและรับโปรแกรมครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ติดตามผลและรับโปรแกรมครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 ติดตามผลและรับโปรแกรมครั้งที่ 4 ภายในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงทำทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวนร่วมโดยใช้ Mauchly'sTest of Sphericity ก่อนจะการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ LSD

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) (ภาพรวม) โดยใช้ Mauchly'sTest of Sphericity พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's W = .023 และค่า sig = .00 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า α = .05 จึงสรุปได้ว่า ความแปรปรวนร่วม ไม่เป็น compound symmetry (violate assumption ความเท่ากันของ variance แต่ละกลุ่ม x ค่าคะแนน) ดังนั้นในการอ่านผลจึงเลือกอ่านด้วยวิธี Greenhouse-Geisser ซึ่งจากตารางวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) (ภาพรวม) ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 9.362, p = .002) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) เป็นรายคู่ของระยะทางภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี LSD

การตรวจ FBS	ค่าเฉลี่ย FBS	FBS ที่จับคู่	Mean Difference	S.D. Error	p-value	95%CI	
						Lower	Upper
ครั้งที่ 1 (ก่อนดำเนินการ) รับโปรแกรมครั้งที่ 1	212.21	ครั้งที่ 2	38.679	19.040	.047	.472	76.887
		ครั้งที่ 3	62.132	18.649	.002	24.710	99.554
		ครั้งที่ 4	65.113	19.513	.002	25.957	104.270
ครั้งที่ 2 ติดตามผล รับโปรแกรมครั้งที่ 2	185.43	ครั้งที่ 1	-38.679	19.040	.047	-76.887	-.472
		ครั้งที่ 3	23.453	3.509	.000	16.412	30.494
		ครั้งที่ 4	26.434	5.997	.000	14.400	38.468
ครั้งที่ 3 ติดตามผล รับโปรแกรมครั้งที่ 3	164.26	ครั้งที่ 1	-62.132	18.649	.002	-99.554	-24.710
		ครั้งที่ 2	-23.453	3.509	.000	-30.494	-16.412
		ครั้งที่ 4	2.981	4.465	.507	-5.978	11.941
ครั้งที่ 4 ติดตามผล รับโปรแกรมครั้งที่ 4	160.38	ครั้งที่ 1	-65.113	19.513	.002	-104.270	-25.957
		ครั้งที่ 2	-26.434	5.997	.000	-38.468	-14.400
		ครั้งที่ 3	-2.981	4.465	.507	-11.941	5.978

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) เป็นรายคู่ของระยะทางภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลาเพิ่มขึ้นแบบ Linear และ Monotonic Decreasing แสดงว่าผลของผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ลดลงตามลำดับ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธี LSD โดยการจับคู่ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, 3 และครั้งที่ 4 พบว่า หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยครั้งที่ 2, ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงตามลำดับเมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) แบบวัดก่อนหลังกลุ่มเดียวในกลุ่มทดลองจำนวน 53 คน ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการเปรียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังดำเนินการ ผลการเปรียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (MMAS-8) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังดำเนินการ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง ผลของ ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (MMAS-8) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.41 คะแนน (S.D. เท่ากับ 5.41) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 คะแนน (S.D. = 1.34) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95CI = 0.202 ถึง 1.613) สอดคล้องกับ สุนันทา ภักดีอำนาจ และคณะ[8] ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง พบว่า 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต

เมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 และสอดคล้องกับ และสอดคล้องกับ นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล[9]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม แนวทาง 3 อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ การวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุม โรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์[10]ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ไม่แตกต่างกันความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

ผลของ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.77 (S.D. =71.74) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.97 (S.D. = 2.05) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 0.081 ถึง 1.592) สอดคล้องกับ สุนันทา ภักดีอำนาจ และคณะ[8]ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง พบว่า 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 และสอดคล้องกับ Xu et al.[11] ศึกษาผลของแพลตฟอร์มโทรเวชกรรม EpxDiabetes ในการลดระดับ HbA1c สำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แพลตฟอร์มดังกล่าวมีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี HbA1c สูงกว่า 8% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารและติดตามผลกับผู้ป่วยมีผลต่อการควบคุม และสอดคล้องกับ Kebede et al.[12] การวิเคราะห์เมตาและการศึกษาทบทวนผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลพบว่า การโปรแกรมผ่านระบบดิจิทัล เช่น โปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองมีผลช่วยลดค่า HbA1c ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการจัดการภาวะเบาหวาน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ของกลุ่มทดลอง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ครั้งที่ 1 (ก่อนดำเนินการ)และรับโปรแกรมครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ติดตามผลและรับโปรแกรมครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ติดตามผลและรับโปรแกรมครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 ติดตามผลและรับโปรแกรมครั้งที่ 4 ภายในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบรายคู่ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) เป็นรายคู่ของระยะทางภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลาเพิ่มขึ้นแบบ Linear และ Monotonic Decreasing แสดงว่า

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ค่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงตามลำดับ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) ภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธี LSD โดยการจับคู่ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, 3 และครั้งที่ 4 พบว่า หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยครั้งที่ 2, ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยลดลงตามลำดับเมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 ตามลำดับ สอดคล้องกับ เกสราวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์[13]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับ สุนันทา ภักดีอำนาจ และคณะ[8]ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง พบว่า 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 และสอดคล้องกับ นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล[9]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม แนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดี ขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธีพร มูลศาสตร์[14] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊ออำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ใช้เวลาการทดลอง 9 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Rusdiana, Savira, & Amelia[15] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวานต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิในเมืองบินใจ สุมาตราเหนือ ประเทศอินโดนีเซียเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 80 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dong และคณะ[16] พบว่าหลังผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องทำให้มีการจัดการตัวเองที่ดีขึ้นและส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Madmol[17] พบว่าการเสริมแรงให้ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้มีการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนาที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดยมีหลักการสำคัญคือ การสร้างความร่วมมือ(Collaboration) เน้นไปที่การค้นหาและมีเป้าหมายเดียวกัน การดึงความต้องการออกมา (Evocation) เน้นที่เหตุผลการเปลี่ยนแปลงที่มาจากกลุ่มเป้าหมาย และการเริ่มดำเนินการด้วยตนเอง (Autonomy) เน้นการวางแผนและสามารถทำได้ด้วยตนเอง พบว่า แรงจูงใจ

เรียงลำดับได้ดังนี้ รักลูกหลานอยากรอดูความสำเร็จ ร้อยละ 58 สร้างฐานะครอบครัวให้มั่นคง ร้อยละ 25 รักตัวเอง ร้อยละ 10 ไม่อยากเป็นภาระให้คนในครอบครัว ร้อยละ 7

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบดั้งเดิมกับโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ควรดำเนินการวิจัยที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบดั้งเดิม (เช่น การให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบตัวต่อตัว) กับโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การใช้แอปพลิเคชันสำหรับติดตามสุขภาพ แพลตฟอร์มโทรเวชกรรม หรือระบบแจ้งเตือนผ่าน SMS) โดยเน้นศึกษาผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) พร้อมทั้งประเมินความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์ เช่น ค่าใช้จ่ายต่อผลลัพธ์ที่ได้ (cost-effectiveness) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางประชากรต่างกัน เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้ได้ในวงกว้างทั้งในเมืองและชนบท รวมถึงสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2. การปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ควรมีการออกแบบและทดลองโปรแกรมที่เน้นความเหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม และรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยสามารถปรับเนื้อหา วิธีการเรียนรู้ และช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่สูงอายุอาจต้องการการสอนแบบตัวต่อตัวหรือผ่านเอกสารที่มีภาพประกอบ ในขณะที่ผู้ป่วยวัยทำงานอาจเหมาะกับโปรแกรมที่สามารถใช้งานผ่านสมาร์ทโฟน นอกจากนี้ควรเน้นการพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เช่น การมีเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ชัดเจน การเสริมแรงเชิงบวก (positive reinforcement) และการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมตามสถานการณ์ของผู้ป่วย

3. การศึกษาผลกระทบของโปรแกรมสุขภาพในระยะยาว ควรออกแบบการวิจัยเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว เช่น การติดตามผลลัพธ์หลังการสิ้นสุดโปรแกรมเป็นระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยยังคงปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ รวมถึงตรวจสอบว่าระดับน้ำตาลในเลือดยังคงลดลงหรือกลับมาเพิ่มขึ้นหรือไม่ การศึกษานี้ควรรวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของพฤติกรรม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ และความตระหนักในตนเองของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาแนวทางเสริมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทุกท่าน และผู้ที่ให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

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

2.American diabetes association.(2018) Standards of medical care in diabetes-2018 abridged for primary care providers. Diabetes care [Internet]. 2018 Jan [cited 2018 May 15]. 41(Suppl.1); S1-S159. Available from: http://clinical.diabetesjournals. org/content/36/1/14

3.International diabetes federation.(2017). IDF clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care. Brussels, Belgium: International diabetes federation.

4.สมคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: ร่วมเย็นมีเดีย.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2567). อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ 2565 - 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 4 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

6.เทอดศักดิ์ เดชคง.(2566). ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซีสโตลิคและไดแอสโตลิคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 3(2):59-68. เข้าถึงจาก: https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/9503

7.พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ.(2560). การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา.10(1).

8.สุนันทา ภักดีอำนาจ เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และสุรีรัตน์ ณ วิเชียร. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี; 6(2). 53-66

9.นงลักษณ์ เทศนา จมาภรณ์ ใจภักดี บุญทนากร พรหมภักดี กนกพร พินิจลึก. (2558). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, น.49-55

10.ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา;7(4). 199-209 สืบค้นจาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/260585/176253

11.Xu, R., Xing, M., Javaherian, K., Peters, R. M., Ross, W., & Bernal-Mizrachi, C. (2020). Improving HbA1c with glucose self-monitoring in diabetic patients with EpxDiabetes, a phone call and text message-based telemedicine platform: A randomized controlled trial. Telemedicine and E-Health, 26(1), 42–48. https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0035

12.Kebede, M. M., Zeeb, H., Peters, M., Heise, T. L., & Pischke, C. (2018). Effectiveness of digital interventions for improving glycemic control in persons with poorly controlled type 2 diabetes: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. Diabetes Technology & Therapeutics, 20(11), 767–782. https://doi.org/10.1089/dia.2018.0216

13.เกสราวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์; 8(5):148-161.

14.ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสุทธีพร มูลศาสตร์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(1). 105-116.

15.Rusdiana, Savira, M., & Amielia, R. (2018). The Effect of Diabetes Self-Management Education on Hba1c Level and Fasting Blood Sugar in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Primary Health Care in Binjai City of North Sumatera, Indonesia. Open Access Maced J Med Sci., 6(4), 715-718.

16.Dong Y., Wang P., Dai Z., Liu K., Jin Y., Li A., et al. (2018). Increased self-care activities and glycemic controlrate in relation to health education via Wechat among diabetes patients: A randomized clinicaltrial. Medicine (Baltimore) 97(50): e13632

17.Madmoli M., Madmoli M., Aliabad M.A., Khodadadi M., Ahmadi F.P. (2019). A systematic review on theimpact of empowerment in improving self-care behaviors and some other factors in diabeticpatients. International Journal of Health and Biological Sciences; 2(1): 11-16.

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Nursing practice guidelines for the care of abandoned infants at Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

อัจฉรา ไชยโสดา[1]
Atchara Chaisoda[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของทารกถูกทอดทิ้ง และศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 5 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ทารกถูกทอดทิ้ง ทั้ง 5 ราย พบว่า มารดามีปัญหาทางสังคม มีการใช้สารเสพติด ประเภท Amphetamine มีภาวะเจ็บป่วย พบประวัติตั้งครรภ์ 4 ราย และทารกทั้ง 5 รายได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีอาการปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ร้อยละ 100 และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การดูแลทารกถูกทอดทิ้ง

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the characteristics and problems of abandoned infants and to study nursing practices in caring for abandoned infants at Somdech Phra Yupparaj Kuchinarai Hospital. The study period is between November 2024 and February 2025, a total of 4 months. The sample group includes 5 abandoned infants at Somdech Phra Yupparaj Kuchinarai Hospital. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that all 5 abandoned infants had social problems, used amphetamine, were sick, and had a history of pregnancy in 4 cases. All 5 infants received care according to the nursing practice guidelines for the care of abandoned infants at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital. They were safe and received care according to the standards at 100 percent. The satisfaction of stakeholders with the nursing practice guidelines for the care of abandoned infants at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital was found to be at the highest level overall and in each aspect.

Keywords: Nursing practice guidelines, Care of abandoned infants

บทนำ

ทารกหลังคลอดคือทารกที่มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 28 วัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการปรับตัวจากสภาพแวดล้อมในครรภ์มาสู่โลกภายนอก การดูแลทารกในช่วงนี้จำเป็นต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ โดยควรให้นมแม่เป็นหลักเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและสร้างภูมิต้านทานโรค นอกจากนี้ ทารกต้องการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรจัดให้ทารกนอนในที่สะอาดและปลอดภัย การดูแลสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำและทำความสะอาดสะดือก็มีความสำคัญเช่นกัน นอกจากนี้ยังต้องสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ตัวเหลือง หายใจเร็ว หรือหอบ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

เหนื่อย การให้ความรักและความอบอุ่นจากพ่อแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางจิตใจของทารก โดยการสัมผัสและพูดคุยจะช่วยสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัย ดังนั้น การดูแลทารกหลังคลอดจึงเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจจากผู้ปกครองเพื่อให้เด็กเติบโตขึ้นอย่างแข็งแรงและมีสุขภาพดี[1,2]

ปัญหาทารกถูกทอดทิ้งเป็นปัญหาสังคมที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อเด็กในหลายด้าน การทอดทิ้งเด็กไม่เพียงแต่หมายถึงการละเลยทางกายภาพ เช่น การไม่ให้ความดูแลพื้นฐานหรือการทิ้งเด็กไว้ตามสถานที่สาธารณะ แต่ยังรวมถึงการละเลยทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งอาจทำให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้าและขาดความรู้สึกปลอดภัย สาเหตุของการทอดทิ้งเด็กมักเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือการถูกข่มขืน รวมถึงปัญหาทางครอบครัว เช่น ความยากจน การหย่าร้าง และความไม่สามารถดูแลเด็กได้ นอกจากนี้ เด็กที่มีความพิการก็มีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งมากขึ้น เนื่องจากพ่อแม่รู้สึกว่าการดูแลจะเป็นภาระหนัก ผลกระทบจากการถูกทอดทิ้งนั้นรุนแรงและหลากหลาย อาทิเช่น เด็กอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น PTSD หรือภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมเสี่ยง และมีปัญหาในการเรียนรู้ สำหรับประเทศไทย ในประเทศไทย ปัญหาเด็กที่ถูกทิ้งหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากกรมกิจการเด็กและเยาวชนระบุว่ามีเด็กทารกวัยแรกเกิดถึง 6 ขวบถูกทอดทิ้งเฉลี่ยกว่า 100 คนต่อปี สถานที่ที่เด็กมักถูกทิ้งได้แก่ โรงพยาบาล สถานที่สาธารณะ เช่น ป้ายรถเมล์ และถังขยะ ซึ่งสาเหตุหลักของการทอดทิ้งมักเกี่ยวข้องกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ความยากจน ปัญหาครอบครัว เช่น การหย่าร้างและความขัดแย้งภายในครอบครัว นอกจากนี้ สังคมไทยยังเผชิญกับการลดลงของอัตราการเกิดเด็กใหม่ ขณะที่มีแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เช่น ในปี 2560 มีแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีตั้งครรภ์มากกว่า 104,300 คน โดยปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและสังคมโดยรวม[3]

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยมีพื้นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัยที่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัติเหล่านี้มุ่งเน้นไปที่การให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ โดยระบุแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับสถานการณ์เฉพาะ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจในผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การฟื้นฟูสุขภาพและการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีส่วนช่วยในการดูแลทารกหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่ทารกถูกทอดทิ้งหรืออยู่ในสถานการณ์ที่เปราะบาง มาตรการเหล่านี้รวมถึงการตรวจสุขภาพเบื้องต้นทันทีหลังคลอดเพื่อประเมินน้ำหนัก อุณหภูมิ และอาการผิดปกติ ซึ่งช่วยให้มั่นใจว่าทารกมีสุขภาพดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การดูแลสุขอนามัย เช่น การทำความสะอาดร่างกายและสะดืออย่างถูกวิธีจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ การให้นมแม่หรือสูตรนมที่เหมาะสมกับอายุของทารกยังเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ อีกทั้งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและทารกจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางจิตใจของเด็ก โดยเฉพาะในช่วงแรกเกิดที่ต้องการความรักและความอบอุ่น การประสานงานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์เพื่อจัดหาครอบครัวอุปถัมภ์หรือสถานสงเคราะห์ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และการติดตามสุขภาพของทารกอย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล จะช่วยให้แน่ใจว่าทารกได้รับการดูแลที่ดีที่สุดในอนาคต การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกที่ถูกทอดทิ้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4,5]

ปัญหาทารกถูกทอดทิ้งในเขตอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นสถานการณ์ที่น่า

เป็นห่วง โดยมีกรณีศึกษาที่สะท้อนถึงคุณลักษณะและปัญหาของเด็กเหล่านี้ มารดาที่ทอดทิ้งลูกมักมีประวัติการใช้สารเสพติด เช่น Amphetamine และมีสภาพครอบครัวที่ไม่มั่นคง เช่น การขาดรายได้จากการทำงานและความยากจน นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะ Psychosis ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็ก ในหลายกรณี ทารกที่ถูกทอดทิ้งมักจะมีภาวะเจ็บป่วย เช่น Neonatal Jaundice หรือ Early neonatal sepsis ซึ่งต้องการการดูแลทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน การทอดทิ้งเด็กมักเกิดจากความไม่พร้อมในการเลี้ยงดู เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ความยากจน และความขัดแย้งในครอบครัว ส่งผลให้เด็กเหล่านี้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อสุขภาพและการพัฒนาที่ไม่เหมาะสม

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ซึ่งจะช่วยพัฒนามาตรฐานการดูแลทารกที่ถูกทอดทิ้ง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการ ซึ่งจะลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูสุขภาพของทารก ช่วยความตระหนักรู้ในชุมชนเกี่ยวกับปัญหา และช่วยสร้างเครือข่ายสนับสนุนระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อร่วมกันดูแลทารกที่ถูกทอดทิ้ง ข้อมูลที่ได้ยังสามารถนำไปปรับปรุงบริการสุขภาพให้ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น และเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อพัฒนาแนวทางใหม่ ๆ ในการดูแลเด็กที่มีความเสี่ยง ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของทารกถูกทอดทิ้ง

2. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 รวม 4 เดือน จำนวน 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของทารกถูกทอดทิ้ง การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 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

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 ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (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 .859

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความเข้าใจคุณลักษณะและปัญหาของทารกถูกทอดทิ้ง

2. การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของทารกถูกทอดทิ้ง การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ผลการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. การศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของทารกถูกทอดทิ้ง ทั้ง 5 ราย พบว่า มารดามีปัญหาทางสังคม มีการใช้สารเสพติด ประเภท Amphetamine มีภาวะเจ็บป่วย พบประวัติตั้งครรภ์ 4 ราย

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย

2.1 มาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ แบบองค์รวมมี 7 ประการ

2.2 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เมื่อพบทารกแรกเกิดถูกทอดทิ้งในชุมชนหรือพื้นที่สาธารณะ

2.3 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ บิดา มารดา ครอบครัวแจ้งความจำนงไม่ประสงค์รับทารกกลับบ้าน

2.4 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ที่ประเมินแล้วมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง Child Abuse หรือ ผู้ปกครองมีปัญหาการเลี้ยงดู เช่น ผู้ปกครองใช้สารเสพติด

3. ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้แก่

3.1 ผลการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ตารางที่ 1 ผลการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กรณีศึกษา	การดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
กรณีศึกษาที่ 1	เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับฝ่ายปกครองอำเภอกุฉินารายณ์ ทีมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เข้าพื้นที่ตาม พรบ.คุ้มครองเด็ก ประเมินเป็น Case High Risk ครอบครัวไม่สามารถดูแลเด็กได้ จำเป็นต้องแยกเด็กออกไปอยู่ในที่ปลอดภัย บิดาไม่ยินยอมตามมาอาละวาดที่โรงพยาบาลจะเอาเด็กกลับบ้านจึง Refer โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
กรณีศึกษาที่ 2	Refer บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์
กรณีศึกษาที่ 3	บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพนำส่งเด็กไปสถานสงเคราะห์เด็กบ้านแคนทองจังหวัดขอนแก่น
กรณีศึกษาที่ 4	บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้พาครอบครัวอุปถัมภ์มารับเด็กออกจากโรงพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 5	Refer บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดกาฬสินธุ์

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า ทารกทั้ง 5 ราย มีอาการปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ร้อยละ 100

3.2 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ (n = 170)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 1 เมื่อพบทารกแรกเกิดถูกทอดทิ้งในชุมชน หรือพื้นที่สาธารณะ	4.56	0.17	มากที่สุด
ด้านที่ 2 กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ บิดา มารดา ครอบครัวแจ้งความจำนงไม่ประสงค์รับทารกกลับบ้าน	4.59	0.34	มากที่สุด
ด้านที่ 3 กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ที่ประเมินแล้วมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง Child Abuse หรือ ผู้ปกครองมีปัญหาการเลี้ยงดู เช่น ผู้ปกครองใช้สารเสพติด	4.53	0.23	มากที่สุด
รวม	4.56	0.21	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า คุณลักษณะและปัญหาของทารกถูกทอดทิ้ง ทั้ง 5 ราย พบว่า มารดามีปัญหาทางสังคม มีการใช้สารเสพติด ประเภท Amphetamine มีภาวะเจ็บป่วย พบประวัติตั้งครรภ์ 4 ราย สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ กองคำ และฐิศิรักน์ จันทรักษ์[6] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่าจากสถิติการคลอดในปี พ.ศ. 2564 -2566 มีทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาใช้สารเทมแอมเฟตามีน จำนวน 7, 20 และ 9 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.89, 9.05 และ 5 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์อุษา จันทร์ทองศรี[7] ได้ศึกษาผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิด โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่าทารกที่มีผลตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลบวกจำนวนทั้งสิ้น 21 ราย ที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 21 ราย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วยมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ แบบองค์รวมมี 7 ประการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เมื่อพบทารกแรกเกิดถูกทอดทิ้งในชุมชน หรือพื้นที่สาธารณะ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ บิดา มารดา ครอบครัวแจ้งความจำนงไม่ประสงค์รับทารกกลับบ้าน แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ที่ประเมินแล้วมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง Child Abuse หรือผู้ปกครองมีปัญหาการเลี้ยงดู เช่น ผู้ปกครองใช้สารเสพติด ซึ่งประยุกต์มาจาก UNICEF : แนวทางการปฏิบัติการจัดการดูแลเด็กที่พลัดพรากและถูกทอดทิ้งขององค์กรเครือข่ายระหว่างประเทศ มูลนิธิสงเคราะห์เด็กของสภากาชาดไทยและการดูแลทารกแรกเกิดแบบองค์รวมของเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์[1,5] ส่งผลให้ การดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า ทารกทั้ง 5 ราย มีอาการปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐานร้อยละ 100 และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

กุฉินารายณ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ กองคำ, ฐิศิรักน์ จันทรักษ์[6] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนพบว่า ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ (95.0%) มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ประเมินภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เหมาะสำหรับนำรูปแบบไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีบริบท/สถานการณ์ปัญหาที่คล้ายกัน ผลการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน เพื่อประเมิน เฝ้าระวังและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด ทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉฏาธร ปรานมนตรี และคณะ[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตร ก่อนกำหนดหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการดูแลทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับมารดา การให้ข้อมูลสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย การให้ข้อมูลพฤติกรรมทารก การสอนสาธิตกิจกรรมดูแลบุตร การเสริมพลังมารดา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหสาขา 2) ความรู้ของมารดาก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p< 0.001$) 3) ความรู้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p< 0.001$) 4) ความพึงพอใจการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean =4.25, SD =0.53)และ 5) ทารกได้รับนมแม่ร้อยละ 96.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายชล ขุนหล้า[9] ได้ศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามนจังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล มารดาและครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลทารกต่อเนื่อง และมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และพยาบาลที่ให้การพยาบาลมีความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน : กรณีศึกษา ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง ควรนำเอาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย มาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ แบบองค์รวมมี 7 ประการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เมื่อพบทารกแรกเกิดถูกทอดทิ้งในชุมชน หรือพื้นที่สาธารณะ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ บิดา มารดา ครอบครัวแจ้งความจำนงไม่ประสงค์รับทารกกลับบ้าน แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์กรณีทารกคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ที่ประเมินแล้วมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง Child Abuse หรือ ผู้ปกครองมีปัญหาการเลี้ยงดู เช่น ผู้ปกครองใช้สารเสพติด มาใช้ร่วมกับการ

ประยุกต์มาตรฐานและแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความก้าวหน้าและพัฒนาของทารกที่ถูกทอดทิ้งในระยะยาวเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมกับทารกกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลทารกแรกเกิดตามเกณฑ์การประเมินลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย. ใน. วีณา จีระแพทย์, เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. บรรณาธิการ. หลักการการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2545:19-25.
2. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 7th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
3. ผู้จัดการออนไลน์. (2563) “เด็กถูกทิ้ง” นับวันยิ่งทวีความรุนแรง. [ออนไลน์]. https://mgronline.com/daily/detail/9630000005392
4. ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63-74.
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). HA Update 2008 (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
5. เกรียงศักดิ! จีระแพทย์. การดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิด. ใน. เพิ่มศักดิ! สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์, บรรณาธิการ. การดูแลปริกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด, 2557:45-56.
6. วิไลลักษณ์ กองคำ, ฐิศิรักน์ จันทรักษ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 5(2) 63-73
7. ทิพย์อุษา จันทร์ทองศรี.(2565). ผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิด โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ.
8. ฉฏาธร ปรานมนตรี, สิริกานต์ แรงกสิกร, วรรณภา ตั้งแต่ง, วรรณนี รังผึ้ง.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตร ก่อนกำหนด หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 4(1):161-74.
9. สายชล ขุนหล้า.(2566). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชนปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความรู้ ทัศนคติและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน

Effects of a Program for Preparing Pregnant Women before Spinal Anesthesia on Knowledge, Attitude, and Anxiety among First-Time Mothers Who Gave Birth by C-Section at Lamphun Hospital

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

ปุณณัตถ์ บุญมา[1] ทิพนันท์ บูรณะกิติ[2]
Poonnat Boonma[1] Tipanan Buranakiti[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความรู้ ทัศนคติและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรกที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 45 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 6.98 หลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 9.87 และค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 7.56 หลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 14.09 ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 21.80 หลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 12.11

คำสำคัญ: โปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ ความรู้ ทัศนคติ ความวิตกกังวล

Abstract

This study was a quasi-experimental research study with a one-group pretest-posttest design aimed at studying the effects of a program for preparing pregnant women before spinal anesthesia on knowledge, attitude, and anxiety among first-time mothers who gave birth by C-Section at Lamphun Hospital. The sample was 45 first-time mothers who gave birth by c-section. Data were collected from questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

According to the findings, after the program, the sample had significantly higher mean scores for knowledge and attitude ($p < .001$). The mean knowledge score of the sample before the program was 6.98 and 9.87 after the program and the mean attitude score of the sample before the program was 7.56 and 14.09 after the program. The sample had a significantly lower mean anxiety score ($p < .001$) with the sample's mean anxiety score from before the program being 21.80 and 12.11 after the program.

Keywords: program for preparing pregnant women, knowledge, attitude, anxiety

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน

[2] อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author Email: Tipanan@bcnph.ac.th

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร ในกรณีที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น การผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกรานของมารดา ส่วนนำของทารกอยู่ในท่าก้นหรือท่าขวาง มารดามีภาวะรกเกาะต่ำ ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการช่วยเหลือทันที หรือมารดาตั้งครรภ์แฝด เป็นต้น อีกทั้งในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์มากขึ้น แพทย์สามารถวินิจฉัยภาวะที่มารดาและทารกจะได้รับอันตรายจากการคลอดทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น จึงทำให้การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าในต่างประเทศมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี[1] เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งการผ่าตัดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดแบบที่นัดหมายล่วงหน้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นพบว่ามีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศรายได้สูงอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ในขณะที่อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับสูงกว่าหลายประเทศ เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านอย่าง พม่า ลาว กัมพูชา ฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย[2] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2564 โดยรวมพบประมาณร้อยละ 35 ของจำนวนแม่ที่คลอด ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควรเป็นร้อยละ 10 – 15[3] ในส่วนของโรงพยาบาลลำพูน จากข้อมูลของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี[4] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในปี พ.ศ. 2562 – 2566 มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 30 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นการผ่าตัดที่มารับบริการทางวิสัญญีสูงเป็นอันดับที่สาม

ถึงแม้ว่าวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะช่วยให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย แต่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงและความซับซ้อนมากกว่าการผ่าตัดในผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค สรีรวิทยา เภสัชวิทยาของมารดาตั้งครรภ์และผลของการให้ยาระงับความรู้สึกต่อทารกในครรภ์[5] อีกทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องบางรายมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาผ่าตัดนานและมีโอกาสเสียเลือดมาก ทำให้มีผลกระทบต่อความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้เกิดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดอย่างมาก ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดสภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าขณะที่หญิงตั้งครรภ์แรกรอเข้ารับการผ่าตัดมักเกิดความวิตกกังวลและความกลัวการผ่าตัด สาเหตุมาจากการไม่ทราบขั้นตอนการผ่าตัด การรับรู้ข้อมูลที่ผิดซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดทัศนคติและจินตนาการที่สับสนว่าควรจะผ่าตัดดีหรือไม่ เกิดความกลัวว่าจะได้รับอันตรายจากการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้นจากสลบ กลัวเป็นอัมพาตหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก กลัวความไม่ปลอดภัย กลัวลูกได้รับอันตรายจากยาระงับความรู้สึก เป็นต้น[1] ซึ่งความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดที่เกิดขึ้นส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กระสับกระส่าย หงุดหงิด มือสั่นชีพจรเต้นเร็ว ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดยังมีผลกระตุ้นการหลั่งของ Glucocorticoid Hormone ออกมาส่งผลให้ยับยั้งการสังเคราะห์ Collagen จึงทำให้แผลผ่าตัดหายนานกว่าปกติ นอกจากนี้ยังทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องการยาแก้ปวดภายหลังการผ่าตัดบ่อยขึ้นและใน

ปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการยาสลบเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดจึงมีความสำคัญมาก เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดและนำไปสู่การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนการผ่าตัด เพื่อประเมินและเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก ที่ผ่านมากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลลำพูน มีการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกหลายช่องทาง ดังนี้ วิสัญญีพยาบาลออกบริการให้คำปรึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาก่อนการระงับความรู้สึก มีการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ก่อนวันผ่าตัดเพื่อประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก มีการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ก่อนการระงับความรู้สึกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลของหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลลำพูน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ ร่วมตัดสินใจเลือกเทคนิคในการให้ยาระงับความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่างๆ ซึ่งวิธีการที่ผ่านมาพบว่าวิธีการและเนื้อหาการสอนผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลมีความแตกต่างกันจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกไม่ครบถ้วน จึงทำให้การเตรียมความพร้อมแบบเดิมได้ผลดีกับหญิงตั้งครรภ์บางราย แต่บางรายปฏิเสธการผ่าตัด เนื่องจากปัญหาความวิตกกังวลและความกลัวการผ่าตัด อีกทั้งยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่ให้ความร่วมมือและไม่เข้าใจลักษณะการนอนจัดท่าเพื่อฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ทำให้การให้ยาระงับความรู้สึกวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเป็นไปอย่างยากลำบาก บางครั้งต้องมีการจัดท่าใหม่ ส่งผลทำให้การจัดท่าผ่าตัดใช้เวลานานขึ้น ทำให้การผ่าตัดหญิงตั้งครรภ์รายต่อไปต้องล่าช้าไปด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสอนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายก่อนการผ่าตัดมีวิธีที่หลากหลาย ทั้งการสอนด้วยสื่อแผ่นพับ การสอนโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ และแอปพลิเคชันต่างๆ ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าการสอนโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ แอปพลิเคชันรวมทั้งคู่มือแผ่นพับทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการสอนผ่านสื่อวิดีทัศน์และแอปพลิเคชันที่สามารถถ่ายภาพจากเหตุการณ์จริงประกอบคำบรรยายและแสดงภาพให้เห็นในทุกขั้นตอนของการเตรียมตัวสามารถสร้างการเรียนรู้ การรับรู้และทำความเข้าใจให้เกิดแก่ผู้ป่วยได้ดีและชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าการให้ข้อมูลด้วยการสอนด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว[6] ดังนั้นหากมีการนำสื่อวิดีทัศน์ แอปพลิเคชันติ๊กต็อกที่มีทั้งภาพ เสียง และข้อความบรรยายเข้ามาช่วยเสริมความรู้ พร้อมทั้งให้คู่มือแผ่นพับในการเตรียมความพร้อมแก่หญิงตั้งครรภ์ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกที่มีอยู่เดิม จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกได้ครบถ้วน อีกทั้งแอปพลิเคชันติ๊กต็อกในปัจจุบันเป็นที่นิยมสูง หญิงตั้งครรภ์สามารถที่จะเข้าถึงสื่อวิดิทัศน์ในรูปแบบแอปพลิเคชันติ๊กต็อกได้อย่างทั่วถึง ซึ่งมีจุดเด่นในการสรุปเนื้อหาที่ใช้ระยะเวลาที่สั้น กระชับและได้ใจความ โดยสามารถสร้างสื่อให้สร้างสรรผ่านการตัดต่ออย่างง่ายภายในแอปพลิเคชัน สามารถเลือกเนื้อหาบางประเด็นหรือบางเรื่องที่สำคัญในการถ่ายทอดความรู้ เพื่อกระชับเวลาในการเรียนรู้ อีกทั้งยังให้คู่มือแผ่นพับให้ความรู้เสริมจากแอปพลิเคชันติ๊กต็อก ซึ่งตอบโจทย์พฤติกรรมการเรียนรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในยุคปัจจุบันที่ส่วนใหญ่เสพและส่งข้อมูลผ่านทางอุปกรณ์สื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกซึ่งเป็นวัยเจริญพันธ์ที่มีความสามารถ

ในการเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วแต่เบื่อเร็ว ดังนั้น เนื้อหาการสอนที่ใช้ระยะเวลาที่สั้นและตรงประเด็น จะทำให้ดึงความสนใจของหญิงตั้งครรภ์ที่จะเข้ารับการผ่าตัดได้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลที่จำเป็นในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังได้มากขึ้น เพราะสื่อแอปพลิเคชันติ๊กต็อกจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้เห็นภาพการปฏิบัติก่อนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ชัดเจน รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์สามารถดูหรือฟังการสอนซ้ำหลายครั้งได้ตามที่ต้องการ และยังสามารถอ่านเนื้อหาประกอบในคู่มือแผ่นพับที่ได้รับ ด้วยเหตุนี้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่อแอปพลิเคชันติ๊กต็อกและคู่มือแผ่นพับการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ มีทัศนคติที่ดีในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และช่วยลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความรู้ ทัศนคติ และความวิตกกังวล ในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre–Post test Quasi– Experimental Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความรู้ ทัศนคติ และความวิตกกังวล ในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรกที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรกที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลลำพูน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power Analysis[7] โดยใช้ Test family เลือก T test, statistical test เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) 0.25 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง[8] ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า Power 0.95 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ขึ้นไป เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรก แบบ Elective case โดยมีสาเหตุการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ทารกในครรภ์ท่าก้น หญิงตั้งครรภ์แฝด ทารกในครรภ์ตัวโต และสตรีตั้งครรภ์ขอผ่าตัดคลอด เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วม เช่น โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาด้านสายตาไม่

สามารถ มองเห็นได้และมีการรับฟังผิดปกติ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ร่วมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[9] ผู้วิจัยนำมาสอนให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันติ๊กต็อกและแผ่นพับ ผ่านการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรกที่เข้ารับการผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูกผิด เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 – 3.33 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับต่ำ 3.34 – 6.67 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับปานกลาง 6.68 – 10.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับสูง แบบวัดผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 และทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ได้เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เพื่อประเมินทัศนคติหรือข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้ 4.00 – 9.33 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับต่ำ 9.34 – 14.67 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับปานกลาง 14.68 – 20.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับสูง แบบวัดผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เพื่อประเมินความวิตกกังวลหรือความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้ 6 – 14 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับต่ำ 15 – 22 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับปานกลาง 23 – 30 หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในระดับสูง แบบวัดผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.86

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2567 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ LPN 037/2567 เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผลกระทบที่ได้รับพร้อมทั้งตอบข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัว หรือไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมตามการศึกษานี้เท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายและแนะนำตัว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินความรู้ ทัศนคติและความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรม (Pretest) ใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

<u>กิจกรรมที่ 1</u> ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมการสอนโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลผ่านสื่อแอปพลิเคชันติ๊กต็อกเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังจำนวน 2 คลิป ภายหลังจากการให้ข้อมูลความรู้ ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับ

<u>กิจกรรมที่ 2</u> ผู้วิจัยแจกแผ่นพับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ชี้แนะแนวทางเลือกในการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง

<u>กิจกรรมที่ 3</u> ผู้วิจัยสนับสนุนการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างผ่านสื่อแอปพลิเคชันติ๊กต็อก และแผ่นพับ ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัว

<u>กิจกรรมที่ 4</u> ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตรยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจและเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและติดตามการปฏิบัติโดยผู้วิจัย

ขั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติและความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรม (Posttest) ใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้ทัศนคติและความวิตกกังวลโดยใช้สถิติ Shapiro Wilk test พบว่ามีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและความวิตกกังวลก่อนและหลัง

การทดลองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี มีอายุเฉลี่ย 28.60 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.56 รองลงมา คือ ระดับชั้นอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 17.78 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 48.89 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.78 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลการได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังก่อนการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 62.23 ไม่เคยได้รับข้อมูลการได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังก่อนการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 37.78 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกวิธีการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังจากความรู้สึกของตนเอง ร้อยละ 53.34

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (n=45) โดยใช้สถิติ Paired-Sample t - test

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	6.98 (สูง)	1.66	9.87 (สูง)	0.46	-11.81	.000*
ทัศนคติ	7.56 (ต่ำ)	2.23	14.09 (ปานกลาง)	2.71	-11.35	.000*
ความวิตกกังวล	21.80 (ปานกลาง)	4.13	12.11 (ต่ำ)	3.18	12.71	.000*

$P < .05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทัศนคติดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนความวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อม หญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรกมีความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อม หญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์แรกมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ รูปแบบของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[9] ซึ่งประกอบได้ด้วย 1) การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง 2) การชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ 3) การสนับสนุนการเรียนรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันติ๊กต็อก แผ่นพับ พร้อมทั้งให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัว 4) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และการติดตามการปฏิบัติโดยพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเมื่อมีความรู้จะนำไปสู่ความเข้าใจและทัศคติที่ดีในการเผชิญสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ นอกจากนี้การเลือกใช้สื่อแอปพลิเคชันติ๊กต็อกที่มีความทันสมัย

เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางนั้นเป็นสื่อการสอนที่สามารถนำความรู้ไปสู่กลุ่มตัวอย่างได้ดี เนื่องจากแอปพลิเคชันติ๊กต็อกมีความสะดวกในการใช้ง่าย สามารถเปิดดูซ้ำได้หลายรอบ สามารถกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสได้ทั้งทางตาและหู ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ได้ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิตารีย์ อิงไธสง[1] ที่ใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกนัดผ่าคลอด โดยมีรูปแบบการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดีทัศน์ที่มีภาพเคลื่อนไหวและคำบรรยายประกอบ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกคน ร้อยละ 100 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และสามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวถูกต้องทั้งหมด ร้อยละ 96.30 และการศึกษาของศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ่นรัตนะ[10] ที่ใช้สื่อวีดีทัศน์ผสมภาพกราฟิกแอนนิเมชั่นในการให้ความรู้เกี่ยวกับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องภายหลังชมสื่อวีดีทัศน์

สรุปว่าผลการศึกษาโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในครั้งนี้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการจัดท่าและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดลดลง มีความพร้อมในการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญดังนั้นโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยสาขาอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะหลังผ่าตัด เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องภายหลังการระงับความรู้สึก และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบของโปรแกรมเตรียมความพร้อมให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นและตรงตามความต้องการที่แท้จริงของหญิงตั้งครรภ์

3. ควรมีการเผยแพร่และนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ และห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน เพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิตารีย์ อิงไธสง.(2564). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกนัดผ่าคลอดที่โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา. 4(2): 15-24.
2. วรรณฤดี อิสรานุวัฒน์ชัย และคณะ.(2564). แนวโน้มการผ่าตัดคลอดในไทยเพิ่มสูง: ถึงเวลาต้องพูดคุยกันแล้วหรือไม่?. Policy Brief. 10(139): 1-3.
3. ปัญญา สนั่นพานิชกุล.(2561). แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 35(3): 312-320.
4. โรงพยาบาลลำพูน.(2566). สถิติข้อมูลกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ 2562-2566. โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน, 2566.
5. กรวีร์ พสุธารชาติ.(2555). การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดคลอด. ในเทวารักษ์ วีระวัฒนากานท์และคณะ, บรรณาธิการ. ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. หน้า 95-104.
6. ขษีร์สิริ หงส์วิไล.(2556). ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. นครปฐม: มหาวิทยาลัย คริสเตียน.
7. Faul F., Erdfelder E., Buchner A., and Lang AG.(2009). Statistic power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 41: 1149-1160.
8. Cohen J.(2017). Quantitative methods in psychology: A power primer.
9. Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M.(2001). Nursing: Concepts of practice. 6th ed. Saint Louis: Mosby.
10. ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ่นรัตนะ.(2562). ประสิทธิผลของสื่อวีดีทัศน์ผสมภาพแอนนิเมชั่นให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(3): 488-498.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

The Development of a blood sugar control model for patients with type diabetes, Ban Kham Toei Subdistrict Health Promoting Hospital, Kham Toei Subdistrict, Thai Charoen District, Yasothon Province.

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

รักษ์ชัย ไชยรักษ์[1], ชลธิชา นาคโนนหัน[1], รัตนา ไชยรักษ์[2]
Rakchai Chaiyarak[1] Chonticha Naknonhan[1] Rattana Chaiyarak[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มีค่า HbA1c ≥7 mg% คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน 2) แบบสัมภาษณ์ด้านข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ เปรียบเทียบสถิติความรู้ พฤติกรรม และค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและหลังวิจัยด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร พบว่าหลังจากผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ โดยมีการทดสอบความรอบรู้ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังจากผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ตามโปรแกรม ได้สื่อสารและซักถามประเด็นปัญหาต่าง ๆ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนทนากลุ่ม (Focus Group) เกี่ยวกับโรคเบาหวานนัดร่วมกันทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และ อสม. รวมทั้งได้รับการสร้างแรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

Abstract

This action research aimed to 1) develop a self-care model for type 2 diabetes patients and 2) study the effect of the self-care model for type 2 diabetes patients by studying the change in self-care behavior of type 2 diabetes patients, knowledge about diabetes, and control of blood sugar level in type 2 diabetes patients. The sample group consisted of 50 diabetic patients with uncontrolled blood sugar level with HbA1c ≥7 mg%, purposively selected. The research instruments consisted of 1) a health literacy promotion program for diabetic patients, 2) an interview form for

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร
[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

general information, knowledge about diabetes, and health behavior and 3) a blood sugar level record form before and after participating in the project. Descriptive data analysis included mean, standard deviation, and percentage. The statistics of knowledge, behavior, and blood sugar level were compared before and after the research using paired t-test.

The results of the study on the development of a blood sugar control model for type 2 diabetes patients at Ban Kham Toei Subdistrict Health Promotion Hospital, Kham Toei Subdistrict, Thai Charoen District, Yasothon Province found that after participating in the program activities for 13 weeks, a knowledge test was performed. The health behavior and blood sugar level (HbA1c) were assessed before and after the research. It was found that the sample group had significantly increased health knowledge (p-value<0.05). They were provided with knowledge by the program staff, communicated and asked about various issues, and exchanged knowledge in focus groups about diabetes in the sample group. They made an appointment to do activities together every week. In addition, they were followed up with home visits by staff and village health volunteers to create motivation to change their health behavior. From the assessment of the health behavior of the sample group, it was found that the sample group had a high average health behavior in all 3 areas (diet control, exercise, medication) and blood sugar level (HbA1C) of the sample group decreased significantly (p-value<0.05).

Keywords: Health literacy promotion program, Health behavior, Blood sugar level in patients with type 2 diabetes mellitus.

บทนำ

โรคเบาหวาน(Diabetes) เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย เนื่องจากการทำงานที่บกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่ออินซูลินทำงานได้ไม่เต็มที่หรือไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนนำไปสู่การเกิดโรคเบาหวาน ในอดีตมักพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีน้ำหนักเกินเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันพบว่าสามารถเกิดได้ในทุกเพศทุกวัย รวมถึงวัยเด็ก ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พันธุกรรม วิถีชีวิตที่ไม่สมดุล การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย รวมถึงภาวะความเครียดและมลภาวะที่เกิดจากสภาพแวดล้อม โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย ภาวะตาบอด รวมถึงโรคระบบประสาท และนอกจากผลกระทบทางสุขภาพแล้ว โรคเบาหวานยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศ อีกทั้งยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนในวงกว้าง ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสนใจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าใน พ.ศ. 2564 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 643 ล้านคน หรือมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 33.9[1,2] และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ[2] ได้กำหนดประเด็นสื่อสารหลัก คือ Diabetes : Know your risk, Know your response (เบาหวานรู้ว่าเสี่ยง รู้แล้วต้องเปลี่ยน)[3] ที่มุ่งเน้นการรู้ถึงความเสี่ยงของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล องค์ความรู้ และการดูแลที่ถูกต้องของประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 5.3 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยเด็กและวัยรุ่นป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น จากสถิติของกรมควบคุมโรค[4] กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระหว่าง พ.ศ. 2559 - 2561 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของคนไทย คือ 1,292.79, 1,344.95 และ 1,439.04 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน และในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 3 แสนคน และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2557) และครั้งที่ 6 (พ.ศ.2563) พบความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าความชุกของโรคเบาหวาน คือ ร้อยละ 8.9 และ 9.5 ตามลำดับ

ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวาน ของประชากรเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี[5] พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 เท่ากับ 540.37, 636.42 และ 669.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรของประชากรจังหวัดยโสธรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 เท่ากับ 487.54, 573.06 และ 985.00[6] ตามลำดับ สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรของประชากรอำเภอไทยเจริญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 เท่ากับ 679.20, 689.09 และ 693.07 ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรของประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 เท่ากับ 571.22, 572.22 และ 625.54 ตามลำดับ จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี จะเห็นว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานทั้งระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ด้านการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดยโสธร ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 มีผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)[7] ร้อยละ 76.70, 83.86 และ 83.35 ตามลำดับ และผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 24.28, 33.74 และ 36.26 ตามลำดับ และอำเภอไทยเจริญ มีผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ร้อยละ 75.68, 85.23 และ 81.07 ตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 20.51, 19.10 และ 31.69 ตามลำดับ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย มีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ร้อยละ 24.71, 16.96 และ 32.53 ตามลำดับ ถือได้ว่ามีผู้ป่วยส่วนน้อยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นระยะเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมา ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาต การมีภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันทำให้ชาปลายมือและเท้า แผลหายยาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย และอาจทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและเกิดปัญหาภาวะเศรษฐกิจตามมา เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยต่อรายคิดเป็นมูลค่า 6,442.26 บาทต่อคนต่อปี[8] และในปี พ.ศ.2567 มีแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 458 คน ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจำนวน 371 คน คิดเป็นร้อยละ 81.00 และสามารถควบคุม

ระดับน้ำตาลได้ดีจำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 32.53 และจากการสำรวจความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี พบว่ามีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานร้อยละ 53.90 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 80.91 จากข้อมูลนี้ทำให้เห็นได้ว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ในระดับพอใช้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วย และการจะส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานได้นั้น ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งรับประทานอาหารที่หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่าง ๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[3] นอกจากนี้มีการนำแนวความคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) มาอธิบายความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำขาดความรอบรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเองที่นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมทั้งการไม่พัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการไม่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง อาจจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีได้

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงได้ทำโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อันจะส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมุติฐานการวิจัย

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีระดับต่ำกว่าก่อนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม 2567 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน เพื่อสำรวจสภาพปัญหา และบริบทการดำเนินงาน ด้วยการทบทวนเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเก็บข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการพัฒนารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นตอนนี้ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2567

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและดำเนินการตามแผนการวิจัย โดยโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพปรับปรุงมาจากโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่[9] ส่วนกระบวนการวิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart[10] และกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการในเดือน มิถุนายน – ตุลาคม 2567 มีอยู่ 4 ขั้นตอน(PAOR) ได้แก่

1) ขั้นวางแผน (Planning) แต่งตั้งคณะทำงานที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับตำบล และนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและบริบทของพื้นที่ สู่การวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหา

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินงานตามแผนที่จัดทำขึ้น

3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) เป็นการกำกับติดตามการดำเนินงาน ด้วยการออกเยี่ยมติดตามในชุมชน การสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Posttest) รวบรวมและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผน

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) เป็นการสรุปผล คืนข้อมูล และถอดบทเรียน จากการดำเนินงานตามแผนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับฟังข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสังเคราะห์รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประชากรกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 13 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง ตามแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลองในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 สัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และทดสอบความรู้เจาะเลือดเพื่อทำการตรวจหาค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และวัดระดับระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) จัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 1 รู้ตนเอง สร้างสรรค์อย่างเข้าใจ 4 ทักษะ ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง จัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ปรับมุมเปลี่ยนมอง ป้องกันตนเอง 4 ทักษะ ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง และจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู้ภัยโรค 3 ทักษะ ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง ติดตามเยี่ยมและสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[11] โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 13 ตรวจเลือด เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ทดสอบความรอบรู้ และสรุปผลดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธรมีจำนวนประชากร 458 ราย

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชน สำหรับเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนดำเนินงาน ประกอบด้วย อสม., อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ตัวแทนผู้นำชุมชน, ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 คน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นไปตามหลักเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) โดย

สำรวจตามเวชระเบียนผู้ป่วยนอก กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ≥7 mg% มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยโดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 คน (n=50)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสนทนากลุ่ม/ประชุมกลุ่ม: โดยเชิญผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัย จำนวน 12 คน ร่วมวงสนทนาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ถอดบทเรียน ปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนคืนข้อมูลหลังดำเนินการวิจัย ขั้นตอนนี้ดำเนินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ตามประเด็นในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ พร้อมกับบันทึกเสียงอย่างละเอียด บันทึกภาพบรรยากาศการสนทนากลุ่ม โดยทีมวิจัยขออนุญาตกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้ง

2) การสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) ระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ซึ่งต้องเน้นความสมัครใจ ความพร้อม และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพผ่านเกณฑ์ความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทยเจริญจำนวน 1 ท่าน จากโรงพยาบาลไทยเจริญ จำนวน 1 ท่าน และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย จำนวน 1 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.78 - 0.81 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขไปหาค่าความเที่ยงโดยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

1. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลองในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 1 รู้ตนเอง สร้างสรรค์อย่างเข้าใจ 4 ทักษะ (ความรู้ความเข้าใจโรคที่เป็น, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทักษะการจัดการตนเอง) ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง จัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ปรับมุมเปลี่ยนมอง ป้องกันตนเอง 4 ทักษะ (การเข้าถึงและรู้เท่าทันสื่อข้อมูลและบริการสุขภาพ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทักษะการจัดการตนเอง) ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง และจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู้ภัยโรค 3 ทักษะ (ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น, ทักษะการสื่อสารการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ) ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง ติดตามเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสัปดาห์ที่ 13 ตรวจเลือด เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ทดสอบความรอบรู้และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ สรุปผลดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ข้อคำถามมีจำนวน 8 ข้อ คำถามเป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน โดยข้อคำถามที่ตอบ “ใช่” และข้อคำถามที่ตอบ “ไม่ใช่” เกณฑ์การให้คะแนน โดยถ้าตอบตรงคำตอบที่กำหนดไว้ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ ให้ 0 คะแนน และนำคะแนนรวม มาคำนวนหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีทั้งหมด 3 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 14 ข้อ การออกกำลังกาย 7 ข้อ และการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ มีคำถามเชิงบวกและเชิงลบในแต่ละข้อแบ่งเป็น 3 ระดับพฤติกรรม คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ้างบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 3 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 1 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติ = 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลการเจาะหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจง วัดผลก่อนและหลังการวิจัย โดยใช้เครื่องมือโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการวิจัยมีทีมผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมฝึกปฏิบัติการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 คน เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย และนักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทยเจริญ เป็นทีมร่วมวิจัยและเก็บข้อมูล

1) สัปดาห์ที่ 1 เริ่มต้นการทดลองโดยนำเสนอผลการประเมินสภาวะสุขภาพ ในภาพรวมของกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองเข้ารับการอบรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 รู้ตนเอง สร้างสรรค์อย่างเข้าใจ 4 ทักษะ เป็นเวลา5 ชั่วโมง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ รู้ตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พยาธิสภาพของโรค แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับประทานยา ภาวะแทรกซ้อนของโรคและปรับพื้นฐานทางการแพทย์/ตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซักซ้อมความเข้าใจและการตอบข้อซักถาม

2) สัปดาห์ที่ 2 ให้กลุ่มทดลองเข้ารับการอบรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 2 เป็นเวลา 5 ชั่วโมง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม ปรับมุม เปลี่ยนมอง ป้องกันตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกาย ของผู้ป่วยเบาหวานการรู้เท่าทันสื่อและแหล่งข้อมูลความรู้และการบริการที่เกี่ยวกับโรค รวมถึงการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ การควบคุมกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ แหล่งข้อมูลความรู้ และบริการที่เกี่ยวข้องกับโรค รวมถึงการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ การควบคุมกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง

3) สัปดาห์ที่ 3 ให้กลุ่มทดลองเข้ารับการอบรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู้ภัยโรค เป็นเวลา 5 ชั่วโมง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู้ภัยโรคฝึกทักษะการถ่ายทอดแบ่งปันความรู้ ฝึกทบทวนและกำกับตนเอง เล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยและแนวทาง/วิธีปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่สามารถ ลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโลกได้

4) ติดตามเยี่ยมและสร้างแรงจูงใจในกลุ่มทดลองโดย อสม.เดือนละ 1 ครั้ง

5) เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบ 12 สัปดาห์แล้ว ในสัปดาห์ที่ 13 ทำการตรวจเลือดเพื่อหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ในกลุ่มทดลอง

6) จัดประชุมประเมินและสรุปผลการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 13 หลังจากสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อบันทึกผลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลให้ครบ และแจ้งผลการตรวจเลือดให้ทราบพร้อมกับเปิดโอกาสในผู้เข้าร่วมการทดลองได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ระดับ จัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1997)

โดย 1.00–1.66 คะแนน หมายถึง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อย 1.67–2.33คะแนน หมายถึง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับปานกลาง 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับสูง เปรียบเทียบก่อน-หลังด้วยสถิติ pair simple t-test

ส่วนที่ 4 ผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6770 (3 พฤษภาคม 2567 – 3 พฤษภาคม 2568)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1.ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน ถอดบทเรียนจากการสนทนากลุ่มและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและดำเนินการตามแผนการวิจัย หลังจากจัดเวทีสนทนากลุ่มได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย 1.รู้ตนเอง สร้างสรรค์อย่างเข้าใจ 4 ทักษะ ความรู้ความเข้าใจโรคที่เป็น, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทักษะการจัดการตนเอง 2.ปรับมุมมองป้องกันตนเอง 4 ทักษะ การเข้าถึงและรู้เท่าทันสื่อข้อมูลและบริการสุขภาพ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ทักษะการจัดการตนเอง 3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู้ภัยโรคเบาหวาน 3 ทักษะ ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น, ทักษะการสื่อสารการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ และสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ≥ 7mg% ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ 60 – 69 ร้อยละ 32.00 (median 66.50, min 45, max

76) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 76.00 ครอบครัวมีรายได้พอเพียง ร้อยละ 76.00 ผู้ป่วยมีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 48.00

2. ผลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพค่าเฉลี่ย 5.52 (S.D.=0.64) หลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพค่าเฉลี่ย 8.46 (S.D.=0.50) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=50)

ตัวแปร	ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		Mean difference	95%CI	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.			
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	5.52	0.64	2.94	0.76, 0.88	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	8.46	0.50			

*P-value <0.05

3. ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}$ =2.15,S.D.=0.21) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}$ = 1.88, S.D. = 0.30) และด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก($\bar{x}$ =2.35, S.D.=0.28) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน

4. ผลของการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย HbA1c= 8.89 mg% และหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยชนิดที่ 2 ค่าเฉลี่ย HbA1c=7.14 mg% โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) หลังเข้าร่วมกิจกรรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด)ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่าง ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=50)

ตัวแปร	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		Mean difference	95%CI	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.			
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	8.89	1.22	1.75	0.91, 1.07	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	7.14	1.02			

*P-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลอง(HBA1c≥7 mg%) จำนวน 50 ราย หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ โดยมีการทดสอบความรู้ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นที่ระดับมาก โดยได้รับการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ตามโปรแกรม ได้สื่อสารและซักถามประเด็นปัญหาต่างๆ แลกเปลี่ยนเรียนรู้สนทนากลุ่ม (Focus Group) เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลอง โดยนัดร่วมกันทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ นอกจากนี้ยังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และ อสม. สร้างแรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการประเมินพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา บุตรศรีและคณะ[12] ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการให้ความรู้สร้างความตระหนักรู้ สร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมในการจัดการตนเองส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมระยะเวลาทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[13] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าจากนั้นจับคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐาน จึงสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองแล้ว ย่อมจะส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้อยู่ในระดับปกติ ดังที่สมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (Healthy behaviors) ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานยา และการงดการบริโภคแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ สำหรับในประเทศไทย กรมควบคุมโรค ได้กำหนดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้อยู่ในภาวะเหมือนหรือใกล้เคียงภาวะปกติของคนทั่วไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อันเป็นผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยที่ได้กำหนดแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเป็นการปรับวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ลดเวลาอยู่นิ่งกับที่นาน ๆ (Sedentary time) นอนให้เพียงพอ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา[14]

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น สามารถสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย อำเภอไทยเจริญควรสนับสนุนงบประมาณและกำหนดเป็นนโยบายขยายพื้นที่วิจัย โดยนำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ไปปรับใช้ดำเนินการแก้ไขปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ บุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเชิงคุณภาพ NCD Clinic Plus ของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขได้

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ที่ใช้และไม่ใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อวัดผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตย ตำบลคำเตย อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ต้องใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร ทำให้กลุ่มทดลองบางคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งซึ่งผู้วิจัยและ อสม.ได้แก้ปัญหาโดยการออกเยี่ยมบ้าน สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและให้คำแนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลคำเตย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(CG) ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำเตยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). World Health Organization annual report 2019 [Internet]. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/333249
2. World Health Organization (WHO).(2019). International Diabetes Federation. Vol. 266, The Lancet. 134–7.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). เบาหวานรู้ว่าเสี่ยง รู้แล้วต้องเปลี่ยน [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึง

จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2562). จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020
5. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). HDC [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (HDC). (2567). อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefebce0001
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.(2567). Health Data Center [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
8. กิตติยา ชูโชติ, นิลวรรณ อยู่ภักดี.(2561). ค่าใช้จ่ายในจ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลักการจัดกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกเพื่อการจ่ายเงินที่โรงพยาบาลบางบัวทอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12(4):645–56.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2563). โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด.
10. Kemmis S, McTaggart R.(1990). The action research planner. Victoria: Deakin University Press.
11. เทอดศักดิ์ เดชคง.(2560). สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.
12. วรางคณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา, ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ.(2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 18(1):13–25.
13. มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์. (2567). ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 34(2):46–53.
14. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for People Living with HIV/AIDS Infected with Metabolic Syndrome: Two Case Studies

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

กัลญา สุทธิธรรม[1]
Kanlaya Suttitum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฮี โดยใช้ทฤษฎี แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเพื่อเปรียบเทียบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 3 มิถุนายน 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 5 สิงหาคม 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ การสังเกต และเวชระเบียน ประเมินสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับใช้แนวคิดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในกระบวนพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: เปรียบเทียบผู้ป่วยสองราย พบว่า สิ่งที่เหมือนกันคือเริ่มเข้าสู่ระบบบริการ และมีกลุ่มอาการเมแทบอลิกมาด้วยอาการเหมือนๆกัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นอยู่ คือกลัวความลับถูกเปิดเผยและสังคมรังเกียจ และกังวลเกี่ยวกับกลุ่มอาการเมแทบอลิกที่เพิ่มขึ้น ส่วนที่แตกต่างกันคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ยังไม่เหมาะสม การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารรสหวาน การจัดการตนเองเมื่อเกิดความเครียด ทั้งสองรายมีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากการให้ความรู้การให้คำแนะนำ การเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาแล้ว ยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจและเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วย เพื่อการมีสุขภาพดี และรับการรักษาต่อเนื่อง ผลการศึกษาครั้งนี้ นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพทีม เป็นแนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก และภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆอีกด้วย

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, กลุ่มอาการเมแทบอลิก

Abstract

This study was case study aimed to study and compare the nursing process of 2 HIV/AIDS patients with metabolic syndrome who received services at the outpatient department of Nong Hi Hospital using Gordon's Health Model Theory. This is a case study of 2 patients to compare HIV/AIDS infected with metabolic syndrome who came to the outpatient department of Nong Hi Hospital, Roi Et Province. The study was conducted in case study 1 on 3 June 2024 and in case study 2 on 5 August 2024. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The patients' health was assessed holistically, both physically and mentally, using Gordon's nursing theory as a conceptual framework for the study. Nursing diagnoses were determined along with nursing concepts applied in the patient's nursing process.

Results: Comparing the two patients, it was found that they both had similar symptoms when they entered the service system. The patients were anxious about their illness, fearing that their secret would be revealed and that society would shun them, and they were worried about their metabolic syndrome increasing. The differences are improper eating behavior, drinking alcohol, smoking, eating sweet foods, and managing stress. Both patients have physical and mental illnesses and need help. Therefore, nurses play a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

role in promoting self-care ability. In addition to providing knowledge, advice, counseling, and encouragement when patients encounter problems, nurses are also coordinators of cooperation among health personnel by participating in decision-making and respecting patients' rights for good health and continuous treatment. The results of this study can be used to develop team potential and provide guidelines for the assessment and care of patients with metabolic syndrome and complications from other diseases.

Keyword: Nursing care for HIV/AIDS patients, metabolic syndrome.

บทนำ

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) คือเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของคน คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) หรือ ทีเซลล์ (T cells) ที่มีหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อ เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำลายเม็ดเลือดขาว CD4 จนมีปริมาณไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เอชไอวี คือเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) ซึ่งเอชไอวี และโรคเอดส์ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป แต่หากมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป องค์กรเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้รายงานสรุปสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีปี 2567 พบว่าทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อ 39.9 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.3 ล้านคน เสียชีวิตแล้วจากเอดส์ 630,000 คน ส่วนสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 คาดประมาณการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 560,000 คน และกำลังได้ยาต้านเอชไอวีอยู่ จำนวน 457,133 คน[1]

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่มียาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาเร็ว กินยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรง และช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อไวรัสได้ การดูแลรักษาเอชไอวีนั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และการดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งต้องทำควบคู่กัน เป้าหมายของการรักษาคือ เพื่อลดปริมาณเชื่อเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบ (undetectable) และนานที่สุด รวมทั้งให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ[2] อย่างไรก็ตาม การใช้ยาต้านเอชไอวีบางกลุ่ม มีผลข้างเคียงระยะยาว ทำให้เกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิกได้[3]

กลุ่มอาการเมแทบอลิก หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย จากเกณฑ์การวินิจฉัยของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, IDF) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะอ้วนลงพุง และภาวะไขมันในร่างกายการจายผิดปกติ เป็นต้น[4,5] นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยายังยั้งเอนไซม์โปรตีเอสระยะนานจะเกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิกเพิ่มมากขึ้น อายุและปริมาณซีดีสี่ (CD4) ที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิกได้ง่ายขึ้น[6,7,8] สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพย์ เขาแก้ว (2563) ที่ศึกษาความชุกของกลุ่มอาการเมแทบอลิกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสพบว่า ความชุกของกลุ่มอาการเมแทบอลิก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สูงกว่าความชุกในการศึกษาที่ผ่านมา[9]

ผลกระทบของการการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย และยังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องได้รับการรักษาระยะนาน อาจได้รับผลกระทบจากการ

ใช้ยา และผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้มีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังทั่วไปคือเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย มีความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีความกังวลไม่กล้าที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง กังวลต่อทัศนคติของคนในสังคม ความรู้สึกถูกกีดกันจากสังคม และความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง[10] ทำให้แยกตัวจากสังคม บางรายเลือกที่จะปกปิดสถานการณ์เจ็บป่วยของตัวเอง ส่งผลให้ไม่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ หรือขาดนัดและรักษาไม่ต่อเนื่องในที่สุด[11] และเชื้อเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4 อยู่ในระดับต่ำกว่า 200 cell/mm^3 ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต[12] ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฮี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้น เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากการรวบรวมข้อมูล 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการเพิ่มขึ้น คือปี พ.ศ. 2563 – 2567 จำนวน 86, 83, 82, 86 และ 93 คนตามลำดับ และยังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโรคความดันโลหิตสูง และความผิดปกติของการเผาผลาญร่วมเพิ่มขึ้นทุกปี[14] ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างคลอบคุลมทุกมิติ การวางแผนการพยาบาลอยางเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตัวเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีปกติสุข ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลหนองฮีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 2 ราย

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความแตกต่าง การรักษาและการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฮี ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2567 - กันยายน 2567

ขั้นตอนการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นกรณีที่น่าสนใจ มีภาวะเมแทบอลิกหลายอย่าง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะ และความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4. ผู้ติดเชื้อยินยอมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

5. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอบถามผู้ป่วย และญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

6. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ดำเนินการศึกษา โดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วาง

แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

8. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[14]

กรณีศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาล – แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพยาบาลที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ช่วยให้ผู้ศึกษาเห็นภาวะสุขภาพปกติและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม โดยการรวบรวมข้อมูลที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective Data, S) ร่วมกับข้อมูลปรนัย (Objective Data, O) เช่น สัญญาณชีพ ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การประเมินสุขภาพได้ครอบคลุมทุกมิติของข้อมูล และนำมากำหนดเป็นแนวทางในการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังตารางการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

ตารางที่ 1 แสดงการประเมินข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “รับยาต้านไวรัส รับยามานาน มา 8 ปี วันนี้มารับยาตามนัด ยังมีอาการปวดเวียนศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว” “บางวันกินยาไม่ตรงเวลา ช้าไปบ้าง แต่กินยาทุกวัน” “มีสูบบุหรี่วันละ 8-10 มวน และ ดื่มสุราวันละ 1 กั๊ก/วัน” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเดินมารับยาด้วยตนเอง สีหน้าไม่สุขสบายเล็กน้อย ขณะตอบคำถามสุขภาพสีหน้าเขินอาย	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “รับยาต้านไวรัส รับยามานาน มา 7 ปี วันนี้มารับยาตามนัด ปวดศีรษะ มีวิงเวียนเวลาเปลี่ยนท่า ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว ไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้านได้ยามาทานอาการทุเลาลง หมอบอกให้มาตรวจเลือดเพิ่ม” “บางวันกินยาไม่ตรงเวลา ช้าไปบ้าง แต่กินยาทุกวัน” “ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเดินมารับยาด้วยตนเอง สีหน้าไม่สุขสบาย ท่าทางกังวลเรื่องการเจ็บป่วยเล็กน้อย
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “ตอนเช้ากินกาแฟ วันละ 1 แก้วรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ชอบทานอาหารพื้นบ้าน ปิ้ง ย่าง แกง ไม่ชอบอาหารผัดทอด ชอบอาหารรสจัด ไม่ชอบของหวาน ดื่มสุราวันละ 1 กั๊ก/วัน” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รูปร่างค่อนข้างผอม น้ำหนัก 55.8 กิโลกรัม โภชนาการปกติ BMI 22.64 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักคงที่	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ชอบทานอาหารรสจัด อาหารพื้นบ้าน ชอบของหวาน ไม่ดื่มเครื่องดื่มอัลกอฮอล์ทุกอย่าง” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รูปร่างค่อนข้างท้วม น้ำหนัก 63.2 กิโลกรัม โภชนาการอ้วน BMI 25.31 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
3. การขับถ่าย	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า

ตารางที่ 1 แสดงการประเมินข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	“ขับถ่ายอุจจาระอาทิตย์ละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอืดแน่นท้อง ปัสสาวะสะดวกดี วันละ 4 – 6 ครั้ง” O: ผู้ติดเชื้อเชไอวี ไม่มีท่าทางอืดแน่นท้อง	“ขับถ่ายอุจจาระทุกวันปกติวันละ 1-2 ครั้ง ไม่มีอืดแน่นท้อง ปัสสาวะสะดวกดี วันละ 5 – 7 ครั้ง” O: ผู้ติดเชื้อเชไอวี ไม่มีท่าทางอืดแน่นท้อง
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และทำงานได้ เสียเหงื่อจากการทำงานรับจ้าง แต่ไม่ได้ออกกำลังกาย” O: ร่างกายท่าทางแข็งแรงมีกล้ามเนื้อ ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “ทำกิจวัตรประจำวัน ทำงานบ้านตามปกติ ปั่นจักรยานไปกลับทุ่งนาทุกวันๆ 3 กิโลเมตร เดินไปมาเลี้ยงวัวรอบทุ่งนาวันละประมาณ 2-3 กิโลเมตร” O: ร่างกายท่าทางแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “นอนหลับได้ตามปกติ วันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ” O: ท่าทางสดชื่น ไม่มีอาการง่วงนอน	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “นอนหลับได้ตามปกติ วันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ” O: ท่าทางสดชื่น ไม่มีอาการง่วงนอน
6. สติปัญญา และการรับรู้	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างก่อสร้างบ้าน ทำช่างปู ช่างไม้ สามารถเลี้ยงดูตนเองได้” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกตัวดี พูดคุยตอบคำถามชัดเจน มีความเข้าใจในการสื่อสาร รับรู้เกี่ยวกับโรค และปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้าน และทำเกษตรกร สามารถบริหารจัดการการเงินในครอบครัวที่สามีหามาได้ สามารถดูแลลูกได้” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกตัวดี พูดคุยตอบคำถามชัดเจน มีความเข้าใจในการสื่อสาร รับรู้เกี่ยวกับโรค และปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “ตัวเองมีคุณค่าต่อครอบครัว เป็นที่รักของแม่ พี่สาว และน้องชาย แต่บางครั้งก็มีดื้อไม่ฟังแม่และพี่สาวบ้าง เช่น เรื่องการดื่มสุรา” “มีกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองบ้างบางครั้ง ไม่ได้ปิดบังการเจ็บป่วยแต่ก็ไม่อยากเปิดเผย” O: “บอกเล่าเรื่องตัวเองด้วยสีหน้าสดชื่น ไม่ค่อยกังวล”	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัว มีวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และสามี อายไม่กล้าเปิดเผยการเจ็บป่วย กลัวคนอื่นรังเกียจ” “กังวลกลัวหากตัวเองและสามีเจ็บป่วย เป็นห่วงลูกห่วงหลาน” O: “บอกเล่าเรื่องตัวเองด้วยสีหน้าวิตกกังวล”
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี แม่และพี่สาวจะมีดุด่าบ้างเวลาดื่มสุรา” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ติดเชื้อคนอื่นและกับบุคลากร	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ไม่ค่อยมีทะเลาะกัน” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี และผู้ติดเชื้อคนอื่น
9. เพศและการเจริญพันธุ์	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี ไม่ได้แต่งงาน เมื่อก่อนทำงานขับสามล้อที่กรุงเทพฯ และมีเพศสัมพันธ์กับสาวบริการ ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันไม่มีความผิดปกติทางอวัยวะเพศ ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับใคร ไม่ค่อยมีความรู้สึกต้องการ เพราะทำงานเหนื่อยแล้วก็นอนหลับ” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ขอรับถุงยางอนามัยเวลามารับยา บอกว่าไม่ได้ใช้	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปี มีลูก 2 คน มีเพศสัมพันธ์กับสามีของตนเพียงคนเดียว ติดเชื้อเอชไอวีจากสามี ปัจจุบันมีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ไม่มีความผิดปกติทางอวัยวะเพศ” O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขอถุงยางอนามัยด้วยทุกครั้งที่มารับยา
10. การเผชิญและทนต่อความเครียด	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “หากมีความเครียดหรือเรื่องไม่สบายใจ บางครั้งก็ดื่มสุรา คุยกับเพื่อนร่วมงาน และคุยกับพี่สาว ชอบอยู่กับเพื่อนฝูง เมื่อตอนหนุ่มๆจะขี้โมโห เอาแต่ใจตัวเอง เคยทะเลาะชก	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “หากมีความเครียดหรือเรื่องไม่สบายใจจะคุยกับสามี ทำงานบ้าน เล่นกับลูก และหลาน ชอบเข้าวัด ทำบุญ”

ตารางที่ 1 แสดงการประเมินข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ต่อยกับเพื่อน ตอนนี้ดีขึ้น” “บ่นว่าต้องกินยาเพิ่มเหรอหมอ” O: เมื่อแจ้งผลการตรวจเลือด ค่า CD4 HIV VL และการรักษา ผู้ป่วยสีหน้าไม่ค่อยสบายใจ เมื่อบอกว่าความดันลดลง แต่ต้องรับยาความดันต่อ	O: เมื่อแจ้งผลการตรวจเลือด ค่า CD4 และ HIV VL สีหน้าท่าทางดีใจเมื่อรู้ว่าค่าปกติ แต่สีหน้ากังวลเมื่อบอกว่าต้องได้รับยาความดัน เพราะกลัวจะได้รับยาหลายอย่างกลัวเป็นหลายโรค
11. คุณค่าและความเชื่อ	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบาปบุญ เรื่องเวรกรรม เชื่อเรื่องทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” O: ท่าทางอ่อนน้อมถ่อมตนกับบุคลากร และผู้ติดเชื้อที่มีอายุมากกว่าตน ให้เกียรติคนอื่นๆ	S: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บอกว่า “นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบาปบุญ เรื่องเวรกรรม มีความเชื่อทางไสยศาสตร์ เชื่อเรื่องทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว นับถือผู้มีอายุมากกว่า” O: ท่าทางอ่อนน้อมถ่อมตนเอง ให้เกียรติคนอื่นๆ

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนได้นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพที่เหมือนกัน มีจำนวน 4 แบบแผน (แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง,แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์,แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด) พยาบาลต้องมีการประเมินแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยจึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเวียนศีรษะ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ปวดเวียนศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว O: สีหน้าไม่สุขสบาย Pain score 4-5 คะแนน BP = 168/98 mmHg, PR= 86/min <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้อาการปวดศีรษะของผู้ป่วยทุเลาลง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.สัญญาณชีพปกติ 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 3.Pain score ลดลงหรือเท่ากับ 0 <u>การประเมินผล</u> สีหน้าผู้ป่วยผ่อนคลาย pain score 3 คะแนน BP=149/82 mmHg	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเวียนศีรษะ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ปวดศีรษะ มีวิงเวียนเวลาเปลี่ยนท่า ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว O: สีหน้าไม่สุขสบาย Pain score 4-5 คะแนน BP=170/96 mmHg, PR= 84/min <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้อาการปวดศีรษะของผู้ป่วยทุเลาลง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.สัญญาณชีพปกติ 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 3.Pain score ลดลงหรือเท่ากับ 0 <u>การประเมินผล</u> สีหน้าผู้ป่วยผ่อนคลาย pain score 3 คะแนน BP=147/84 mmHg	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.จัดให้ผู้ป่วยนั่งพักในมุมที่เงียบ ในท่าที่สบาย ลดการรบกวน และงดการสื่อสาร 2.ประเมินอาการปวด pain score และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด 3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว 4.สังเกตอาการและติดตามประเมินอาการปวดเวียนศีรษะ 5.ประเมินสัญญาณชีพ หลังจากพัก 30 นาทีพร้อมทั้งลงบันทึก 6.รายงานแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น /ส่งพบแพทย์หากอาการและ BP ลดลง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเนื่องจาก ขาดความตระหนักใน การ	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2** เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเนื่องจาก ขาดความตระหนักใน การ	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.ประเมินทัศนคติต่อโรคความดัน โลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ความต้องการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน S: สูบบุหรี่วันละ 8-10 มวน และ ดื่มสุราวันละ 1 กั๊ก/วัน ดื่มกาแฟตอนเช้าวันละ 1 แก้ว - หลังทำงานกลางแจ้งมีอาการปวดเวียนศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว O: Vital sign; BP=168/98 mmHg, PR= 86 /min -Cholesterol 139 mg/dl, Triglyceride 254 mg/dl วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ใน ภาวะปกติไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ลดไขมันในเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เกณฑ์การประเมินผล 1. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.คะแนนประเมินภาวะหลอดเลือดหัวใจและสมอง อยู่ในกลุ่มหลอดเลือดแข็งแรง (27 คะแนนขึ้นไป) การประเมินผล ผู้ป่วยพูดคุยถึงปัญหาและสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เข้าถึงและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จะพยายามลด ละการดื่มสุรา และบุหรี่	ดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน S: ปวดศีรษะ มีวิงเวียนเวลาเปลี่ยนท่า ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว - ชอบทานของหวาน O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รูปร่างค่อนข้างท้วม โภชนาการอ้วน BMI 25.31 กิโลกรัมต่อตารางเมตร - Vital sign; BP=170/96 mmHg, PR= 84/min - Cholesterol 177 mg/dl, Triglyceride 174 mg/dl วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ใน ภาวะปกติไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ลดไขมันในเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เกณฑ์การประเมินผล 1. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.คะแนนประเมินภาวะหลอดเลือดหัวใจและสมอง อยู่ในกลุ่มหลอดเลือดแข็งแรง (27 คะแนนขึ้นไป) การประเมินผล ผู้ป่วยพูดคุยถึงปัญหาและสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เข้าถึงและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จะพยายามลด ละการรับประทานอาหารรสหวาน และพยายามลดน้ำหนัก	แก้ไข ปัญหาสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา 2.ร่วมกันค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพ และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของ ปัญหาเพื่อให้ ผู้ป่วยทราบสาเหตุปัญหาสุขภาพของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขที่เหมาะสม 3.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพของตนเองรวมถึงสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และชี้ให้เห็นโอกาสเสี่ยง 7 ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า และลด ละ เลิก เกี่ยวกับสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น 4. อธิบายและแนะนำผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่ เจ้าหน้าที่ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อน แรงซีกเดียว เดินเซ ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด เป็นต้น 5. แนะนำให้ทราบถึงแผนการรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อลดระดับความดัน โลหิต และลดไขมันในเลือด พร้อมอธิบายถึงความสำคัญของการทานยา ภาวะข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังรับประทานา และทวนสอบความเข้าใจ รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง 6.เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและสอบถามความเข้าใจในปัญหาสุขภาพข้อตกลงที่ต้องนำไปปฏิบัติ และนัดติดตามประเมินผลต่อเนื่อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้ในการป้องกันโรค ข้อมูลสนับสนุน S: ดื่มสุราวันละ 1 กั๊ก/วัน ดื่มกาแฟตอนเช้าวันละ 1 แก้ว O: FBS 131 mg/dl, Hb A1C 4.9 %, วัตถุประสงค์	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3** ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้ในการป้องกันโรค ข้อมูลสนับสนุน S: ชอบทานของหวาน O: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รูปร่างค่อนข้างท้วม โภชนาการอ้วน BMI 25.31 กิโลกรัมต่อตารางเมตร - FBS 106 mg/dl	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน แนวโน้มในอนาคตถ้ายังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3. ให้ความรู้เรื่องภาวะก่อนเกิดโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
-ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน เกณฑ์การประเมินผล -ตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน	วัตถุประสงค์ -ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน เกณฑ์การประเมินผลตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน	4. แนะนำการเลือกรับประทานอาหาร ลดปริมาณอาหารไขมันสูง เช่น ปาท่องโก๋ กาแฟ 3 in 1 แนะนำให้ดื่มกาแฟดำแทน ลดอาหารเค็ม ลดการเติมน้ำตาล เติมเครื่องปรุงรส แนะนำ รับประทานผักผลไม้ที่ไม่หวานจัด 5. แนะนำการออกกำลังกาย อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน S: หากมีความเครียดหรือเรื่องไม่สบายใจบางครั้งก็ดื่มสุรา - “มีกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองบ้างบางครั้ง ไม่ได้ปิดบังการเจ็บป่วยแต่ก็ไม่อยากเปิดเผย” บ่นว่า “ต้องกินยาเพิ่มเหรอหมอ” O: เมื่อแจ้งผลการตรวจเลือด ค่า CD4 HIV VL และการรักษา ผู้ป่วยสีหน้าไม่ค่อยสบายใจ เมื่อบอกว่าความดันลดลง แต่ต้องรับยาความดันต่อ O: บอกเล่าเรื่องตัวเองด้วยสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์ -เพื่อลดความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 2.พูดคุยซักถาม ระบายความรู้สึก การประเมินผล หลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวลลง	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4** มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน S: วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และสามี อายไม่กล้าเปิดเผยการเจ็บป่วย กลัวคนอื่นรังเกียจ” “กังวลกลัวหากตัวเองและสามีเจ็บป่วยเป็นห่วงลูกห่วงหลาน” O: “บอกเล่าเรื่องตัวเองด้วยสีหน้าวิตกกังวล - สีหน้ากังวลเมื่อบอกว่าต้องได้รับยาความดัน เพราะกลัวจะได้รับยาหลายอย่าง กลัวเป็นหลายโรค วัตถุประสงค์ -เพื่อลดความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 2.พูดคุยซักถาม ระบายความรู้สึก การประเมินผล หลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวลลง	กิจกรรมการพยาบาล 1. พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษา 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามปัญหาเกี่ยว กับการเจ็บป่วย ตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่นุ่มนวล สุภาพ เพื่อคลายความวิตกกังวล 3. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้น 4. ให้กำลังใจสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมี ปัญหา

จากตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 พบว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากการให้ความรู้การให้ค่าแนะน่า การเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเกิด ปัญหาแล้วยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการรักษาและคงสถานการณ์รักษาต่อเนื่องซึ่งต้องการความรู้ทัศนคติและทักษะในวิชาชีพพยาบาลทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึกเพื่อสามารถให้การดูแลทางการพยาบาลได้ อย่างครอบคลุม ถูกต้อง และได้รับความศรัทธา ไว้วางใจจากผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังกลุ่มนี้

ข้อมูลการเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	-เพศชาย ทำงานรับจ้าง และมีพฤติกรรมใช้บริการทางเพศกับหญิงบริการ โดยไม่ได้ป้องกัน -พฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ 3 in 1 วันละ 1 แก้ว - รับยาต้านเอชไอวีมา 7 ปี	-เพศหญิง เป็นแม่บ้าน และทำเกษตรกรรม สามีทำงานนอกบ้านที่ กทม. สามีมีพฤติกรรมใช้บริการทางเพศกับหญิงบริการ โดยไม่ได้ป้องกัน -ชอบอาหารรสหวาน มีภาวะอ้วน BMI 25 -รับยาต้านเอชไอวีมา 8 ปี	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย คือใช้บริการทางเพศกับหญิงบริการ โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี รับยามานาน 8 ปี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกวัน ดื่มกาแฟ 3 in 1 ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบด้วยน้ำตาล และครีมเทียม ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรคความดันผู้ป่วยรายที่ 2 มีสามีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอชไอวี และมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาโดยไม่ได้ป้องกันทำให้ติดเชื้อเอชไอวี รับยามานาน 7 ปี ผลข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัส อาจทำให้น้ำตาลในเลือดสูง การกระจายและการสะสมของไขมันผิดปกติ ร่วมกับมีพฤติกรรมทานอาหารรสหวาน มีภาวะอ้วน ซึ่งจากพฤติกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ราย จึงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในหลอดเลือดได้
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	อาการปวดเวียนศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว เป็นมา 1 วัน Vital sign; BP=168/98 mmHg, PR= 86 /min - Cholesterol 139 mg/dl, Triglyceride 254 mg/dl - FBS 131 mg/dl, Hb A1C 4.9 %,	อาการ ปวดศีรษะ มีวิงเวียนเวลาเปลี่ยนท่า ปวดตึงท้ายทอย ไม่มีตาพร่ามัว เป็นมา 3 วัน ภาวะโภชนาการอ้วน BMI 25.31 กิโลกรัมต่อตารางเมตร Vital sign; BP=170/96 mmHg, PR= 84/min - Cholesterol 177 mg/dl, Triglyceride 174 mg/dl - FBS 106 mg/dl	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายที่ 1 พบว่ามีอาการปวดเวียนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตและภาวะไขในเลือดสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเมแทบอลิกที่เกิดขึ้นได้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายที่ 2 พบว่า มีอาการปวดศีรษะ มีวิงเวียนเวลาเปลี่ยนท่า ปวดตึงท้ายทอย ซึ่งเป็นอาการแสดงของกลุ่มอาการเมแทบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิต และไขมันในเลือดสูง
3.การวินิจฉัยโรค	HIV with HT with DLP	HIV with HT with DLP	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายที่ 1 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายที่ 2 พบว่ามีภาวะความดันโลหิต และไขมันในเลือดสูง (Triglyceride)
4.การรักษา	-Dolutegravir/lamivudine/ tenofovir (Acriptega) 50/300/300 mg 1tab oral HS -Simvastatin 10 mg 2tab oral HS -Amlodipine 5 mg 1tab oral OD PC	-Dolutegravir/lamivudine/ tenofovir (Acriptega) 50/300/300 mg 1tab oral HS -Simvastatin 10 mg 2tab oral HS -Amlodipine 5 mg 1tab oral OD	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลเบื้องต้น การติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ ก่อนส่งเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาด้วย Amlodipine และ Simvastatin เพื่อลดความดันโลหิต และยาลดไขมันในเลือด ต่อเนื่อง
5.ปัญหาและการวินิจฉัย	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเวียนศีรษะ	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเวียนศีรษะ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ราย ได้รับการการดูแลเบื้องต้นเพื่อลดความดันโลหิต บรรเทาอาการไม่สุขสบาย จากภาวะความดันโลหิตสูง และเพื่อ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ทางการพยาบาล	2. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเนื่องจากขาดความตระหนักใน การดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง 3.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้ในการป้องกันโรค 4.มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	2. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเนื่องจาก ขาดความตระหนักใน การดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง 3.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้ในการป้องกันโรค 4.มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ หรือการเกิดโรคเบาหวาน จากการรวบรวมข้อมูลข้างต้น นำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตรงตามเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว และต่อเนื่อง
6.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ และพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง การปฏิบัติตัว และการมาตรวจตามนัดรับยาต่อเนื่อง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ และพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง การปฏิบัติตัว และการมาตรวจตามนัดรับยาต่อเนื่อง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ราย ได้รับการดูรักษาตามมาตรฐาน ได้รับคำแนะนำ ให้คำปรึกษา เข้าใจแผนการรักษา ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ติดตามการมารับยาต่อเนื่อง

จากตารางที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคความดันโลหิต และโรคไขมันในเลือดสูงร่วม มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคความดันโลหิต และโรคไขมันในเลือดสูงที่เหมือนกันในเรื่องของระยะเวลาในการรับประทานยาต้านเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่รับยาต้านเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลามากกว่า 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคทางเมแทบอลิกสูง อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายที่ 1 ยังมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และดื่มกาแฟสำเร็จรูป ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ชอบอาหารรสหวาน มีภาวะอ้วนลงพุง ภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ส่วนอาการและอาการแสดงผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ราย พบว่ามีอาการใกล้เคียงกัน คือมีอาการปวดเวียนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะความดันโลหิต และภาวะไขในเลือดสูง เป้าหมายของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม คือ การยอมรับการเจ็บป่วย การเข้าใจโรคและแผนการรักษา การมารับการรักษาต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

เอชไอวี/เอดส์ ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกมีความต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพที่ยืนยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เพราะเป็นโรคเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หายขาดมีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นคือ สังคมไม่ยอมรับ และ/ หรือมีความรังเกียจ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือรู้สึกว่าการมีกลุ่มอาการเมแทบอลิกร่วมด้วย ทำให้ต้องดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็นภาระจนทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นได้ อาจทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่มารับยาตามนัดทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้มีอาการแย่ลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากภาวะเมแทบอลิก เช่น หลอดเลือดสมองและหัวใจเป็นต้น และหากขาดยาต้านเชื้อไวรัสมีโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ เป็นผู้ประสานงานการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะต้องมีความรู้ ความสามารถ ในการประเมินอาการผู้ป่วยรอบด้านอย่าง ครอบคลุม มีทักษะในการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำและประสานงานการจัดระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างมี ประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง และคงอยู่ในระบบบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการของป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้น การยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อยากปกติสุข[11,14]

ข้อเสนอแนะ

1. การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ และจัดบริการเชิงรุกให้กลุ่มเสี่ยงตรวจเลือด เร็ว รู้ผลเร็วและรักษาเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2. ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อลดการตีตราผู้ป่วย ให้บริการด้วยความเป็นมิตร เน้นเรื่องการเคารพสิทธิผู้ป่วยและการรักษาความลับ เพื่อให้เกิดความผู้ป่วยไว้วางใจในการบริการ

3. การประเมินความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินการปฏิบัติตัว และความสม่ำเสมอในการกินยามีความจำเป็นอย่างมากเพื่อวางแผนใน การดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว

4. การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลที่จำเป็น แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะสุขภาพ และเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

5. มีแนวทางในการประเมินความต้องการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทุกรายเพื่อจะได้วางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮีที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7 2565;27(1), 2.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565
3. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2553.
4. Alberi, K. G., Zimmer, P., & Shaw, J. (2005). IDF epidermiology task force concensus group: The metabolic syndrome a new worldwide definition. Lancet, 36(6), 1059-1062.
5. Vivian, P., Grace, A. L., & Carl, G. (2008). HIV therapy metabolic syndrome and cardiovascular risk. Current Atherosclerosis Report, 10(1), 61-70.
6. เพ็ญประภา พลับดี, 2554. ความชุกและปจจัยที่มีความสัมพันธตอการเกิดเมตาบอลิกซินโดรม ในผูติดเชื้อเอชไอวี และผูปวยเอดสที่รับบริการที่โรงพยาบาลแหงหนึ่ง ในจังหวัดขอนแกน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแกน. 2564: 14(1), 18-28

7. เหมือนแพร บุญล้อม. 2562 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11; 33(3), 427-440
8. Alvarez, C. I., SalaZar, R., Galindez, F., Castaaeda, M. L., Lopardo, G., et al. (2010). Metabolic syndrome in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy in Latin America. Brasilian Journal of Infectious Diseases, 14(3), 1413-1438.
9. พรรณทิพย์ เขาแก้ว (2563). กลุ่มอาการเมแทบอลิกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเสนา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 29(2), 125-141
10. Berger, B.E., Ferrans, C.E., & Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma Scale. Nursing and Health, (24), 518-529.
11. Vanable, A., Carey, P., Blair, C., & Littlewood A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. AIDS and Behavior, 10(5) : 473-482.
12. ประพันธ์ ภานุภาค. 2553. การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา; 12(2), 10-20
13. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลหนองฮี. สถิติผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์. ประจำปีงบประมาณ 2565-2567. ร้อยเอ็ด :โรงพยาบาลหนองฮี;2567.
14. Gordon, M. Nursing Diagnosis: Process and Application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease : 2 case

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

พรทิพย์ โรจนกร[1]
Porntip rochanakorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 รายที่มารับการรักษา โรงพยาบาลจังหาร การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลจังหาร วันที่ 18 มีนาคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 8 พฤษภาคม 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียนใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยสูงอายุ 86 ปี ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 10 ปีที่แล้วรับยาพ่นขยายหลอดลม 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ แรกรับแพทย์วินิจฉัย COPD with AE ได้รับยาขยายหลอดลม ได้รับออกซิเจนและสารน้ำทางหลอดเลือดดำรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ได้ยาปฏิชีวนะ ดูแลตามแผนการพยาบาล 6 แผนอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 49 ปีป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 2 ปีที่แล้วก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง มีอาการไอ หายใจหอบ มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้พ่นยาเองที่บ้าน 5 ครั้งอาการไม่ทุเลา แรกรับแพทย์วินิจฉัย COPD with AE ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 5 แผนอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม GOLD guideline 2017 for COPD Management

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง , การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study and compare the disease progression, treatment, and nursing care of 2 patients with Chronic obstructive pulmonary disease who received treatment at Changhan Hospital**.** This case study compared 2 patients with Chronic obstructive pulmonary disease .The study was conducted on the first patient who received services at Changhan Hospital on March 18,2024 , and the second patient on May 8, 2024. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The concept of patient health assessment according to Gordon's 11 health models.And determine nursing diagnosis together with nursing process concepts to apply in nursing care**.**

Main findings: Case 1 : 86 years old Thai man with COPD 10 years ago received a bronchodilator 1 hour before coming to the hospital. He had a fever,shortness of breath,coughing with sputum,At first,the doctor diagnosed COPD with AE. receiced a bronchodilator. received oxygen and intravenous fluids to maintain water and electrolyte balance. received antibiotics.and was treated according to 6 nursing plans.The symptoms improved.and the patient was discharged home.Case 2 : 49 years old Thai man with COPD 2 years ago. 3 hours before coming to the hospital, had symptoms of coughing, shortness of breath, and was tired, could not lie down, took the inhaler at home 5 times.the symptoms did not improve.At first, the doctor diagnosed COPD with AE, provided nursing care according to 5 treatment plans.the symptoms improved and the patient was discharged home. patients received treatment according to the GOLD guideline 2017 for COPD Management.

Keywords : Chronic obstructive pulmonary disease , Nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลจังหาร

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease หรือ COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ หลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอดเกิดการอักเสบเสียหาย เนื่องจากได้รับแก๊สหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง เป็นระยะเวลานาน ทำให้หลอดลมค่อยๆ ตีบแคบ หรือถูกอุดกั้น โดยไม่อาจฟื้นคืนเป็นปกติได้อีก จากสถิติเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยซึ่งอาการจะค่อยๆเป็นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง หรือในกรณีที่โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน หรืออยู่เฉยๆ เหล่านี้จะนำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย โดยความระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์ไปกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกำเริบเฉียบพลัน หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจหรือหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตในที่สุด ข้อมูลจาก GOLD[1] (หรือ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ประมาณการว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากปัจจุบันอยู่อันดับ 6 เป็นอันดับ 3 ของโลกในปี ค.ศ. 2030 ในประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับร้อยละ 0.41,ร้อยละ 0.52 และร้อยละ 0.55 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ. 2565-2567 เพิ่มขึ้น จำนวน 18,256 รายจำนวน 19,428 ราย และ จำนวน20,161 รายตามลำดับ จังหวัดร้อยเอ็ด พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565-2567 เท่ากับ 11.11 ,17.89 และ 31.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในโรงพยาบาลจังหาร มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 135 ราย,จำนวน 143 รายและจำนวน 157 รายตามลำดับ พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี พ.ศ.2565-2567 เท่ากับ 17.68 , 37.62 และ 35.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 5 ครั้ง,จำนวน 21 ครั้ง และจำนวน 8 ครั้งตามลำดับ[2]

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุหลักที่สำคัญคือควันบุหรี่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอดลมและถุงลมนำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยลดลง หลักการดูแลรักษาที่สำคัญ คือป้องกันและควบคุมไม่ให้มีการติดเชื้อซ้ำ ถ้ามีระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรืออาจเสียชีวิตได้ การรักษาจึงต้องทำหลายๆ ด้านพร้อมกัน ทั้งการรักษาโดยการใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา ลักษณะการดำเนินโรคส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงและไม่กลับคืนสู่สภาพปกติและเป็นโรคที่ไม่หายขาด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือดได้ ภาวะอื่นๆ เช่น ปอดอักเสบการมีก้อนอุดกั้นในหลอดเลือด (Thromboembolism) และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาการที่เกิดอาจคล้ายคลึงกันกับอาการกำเริบและจะทำให้อาการกำเริบรุนแรงขึ้น[3] นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย โดยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเกิดทั้งโดยตรง (ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย และให้การรักษา) และโดยอ้อม (การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน เสียอายุก่อนวัยอันควร หรือแม้แต่ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ต้องสูญเสียรายได้ไป)

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่นำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวจากความรุนแรงของโรค เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะวางแผนจำหน่าย โดยการให้ความรู้ ติดตาม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แนะนำการปรับรูปแบบ การดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ฟื้นฟูสภาพปอดที่เหมาะสมกับบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อมสิ่งกระตุ้นต่างๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้พยาบาลผู้ดูแลในหอผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะและมีบทบาทสำคัญมากในการ

ประเมินผู้ป่วยเฉพาะรายเชิงลึกพร้อมทั้งบริหารจัดการให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกระยะการเจ็บป่วย โดยการระบุปัญหาผู้ป่วยให้เฉพาะเจาะจง และวางแผนดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยอีกทั้งเป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน ระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและสมรรถภาพทางกาย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองได้อย่างมีความสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำอีก ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานสำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลจังหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอัตราการกลับเป็นซ้ำจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

ขอบเขตของการศึกษารายกรณี

เป็นการศึกษาข้อมูลกรณีเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหาร โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 18 มีนาคม 2567 – 21 มีนาคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหาร ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม 2567- 11 พฤษภาคม 2567

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน4 เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล
7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคคือ การสูบบุหรี่สารต่างๆในบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอดลมและถุงลมในผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง ใยเยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย[5] ข้อมูลการตรวจร่างกายทั้ง 2 ราย พบความผิดปกติที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีเสียง crepitation Rt lung ที่ปอดข้างขวา และภาพถ่ายรังสี พบ no infiltration มีลักษณะ Hyperinflation และพบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 92 % อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีเสียง Wheezing both lungs ที่ปอดทั้งสองข้างและพบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 90 % อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ภาพถ่ายรังสีพบว่า no infiltration ลักษณะ Barrel chest ผลการตรวจ complete blood count พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลผิดปกติ Neutrophil และ WBC สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการอักเสบและติดเชื้อเฉียบพลัน โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งร่างกายตอบสนองโดยการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและจับกินเชื้อโรคโดยตรง และพบ Lymphocyte ต่ำกว่าปกติทำหน้าที่สร้างภูมิต้านทานต่อเชื้อแบคทีเรียในภาวะติดเชื้อผู้ป่วย แสดงถึงภาวะปอดมีการติดเชื้อทำให้อาการรุนแรงมีการทำลายเยื่อบุผิวทำให้หลอดลมตีบแคบยิ่งในผู้สูงอายุทำให้มีเสมหะในหลอดลม ความยืดหยุ่นของปอดลดลงทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง เกิดอาการหายใจลำบากต้องออกแรงในการหายใจทำให้อ่อนเพลียเหนื่อยหอบ เกิดอาการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้ขาดออกซิเจนซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 90-92 % อัตราการหายใจ 22-30 ครั้ง/นาที ตามมา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เนื่องจากตนเองเป็นความดันโลหิตสูง,ไตวายเรื้อรัง,เกาต์และมะเร็งเป็นมา 10 ปีรับประทานยาเป็นประจำไม่เคยขาดยาและมาพบแพทย์ตามนัดเสมอการดูแลภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม.และโรงพยาบาลจังหาร ผู้ป่วยตั้งใจดูแลสุขภาพตามคำแนะนำ แต่สามารถปฏิบัติได้บ้างปานกลาง เช่นการควบคุมความดันโลหิตสูง/การพ่นยาขยายหลอดลม ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพราะเป็นผู้ป่วย HT การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลดี เสื้อผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้นสะอาดขณะเจ็บป่วยรับรู้ว่าตนเองหายใจหอบเหนื่อย นั่งพักก็ยังไม่หายเหนื่อย **ปัญหาที่พบ** -ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้	การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เนื่องจากตนเองป่วยโรค COPDรับประทานยาเป็นประจำและมาพบแพทย์ตามนัดเสมอการดูแลภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม.และโรงพยาบาลจังหาร ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้บ้าง เช่นการพ่นยาขยายหลอดลม การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลดี เสื้อผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้นสะอาดขณะเจ็บป่วยรับรู้ว่าตนเองหายใจหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ **ปัญหาที่พบ** -เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ -มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	-มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง -เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ	
แบบแผนสุขภาพที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้าน ผลไม้ตามฤดูกาลดื่มน้ำวันละ 6-7 แก้ว น้ำหนัก 56 กิโลกรัมส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 21.33	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านและของดิบ ดื่มน้ำวันละ 7-8 แก้ว น้ำหนัก 55 กิโลกรัมส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI 20.44
แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย	การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปกตินานๆครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวกไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย	การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปกตินานๆครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวก ไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย
แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองเดินเล่นรอบๆบ้านยามว่างชอบไปเล่นกับเพื่อนบ้านพูดคุยกัน มีอาการเหนื่อยง่ายและหายใจหอบ **ปัญหาที่พบ** -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจหอบเหนื่อย	ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายปกติทำงานรับจ้างก่อสร้างบ้านทำกิจวัตรช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติยามว่างชอบไปหาปลากับเพื่อนๆ มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาทำงานจึงได้หยุดทำงานชั่วคราว **ปัญหาที่พบ** -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจหอบเหนื่อย
แบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	โดยปกตินอนกลางวันวันละ 5-6 ชั่วโมงและนอนกลางวันวันละ 1 ชั่วโมง ใช้ยานอนหลับเป็นประจำ	ผู้ป่วยเข้านอนเวลา 21.00-05.00 น.ไม่ได้นอนกลางวันไม่เคยใช้ยานอนหลับ
แบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยมีภาวการณ์รับรู้ที่ดี รู้สติดี สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น สามารถตัดสินใจเองได้	ผู้ป่วยมีภาวการณ์รับรู้ที่ดี รู้สติดี สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น สามารถตัดสินใจเองได้
แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยยอมรับว่ามีโรคประจำตัว ต้องมีการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค เช่นโรคไตวายเรื้อรังมีบุตรสาวคอยดูแลตลอดเป็นคนเครียดง่าย โกรธง่ายหายเร็ว	ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นคนแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวเป็นหัวหน้าครอบครัวมีภรรยาดูแลตลอด เป็นคนสนุกสนานร่าเริง ไม่เครียดง่าย
แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 6 คน ภรรยา ตัวเองและบุตร 4 คนสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี มีทะเลาะกันบ้างเล็กน้อยผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนภรรยา ตัวเองและบุตร 2 คนสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีทะเลาะกันผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน
แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อวัยวะเพศปกติสังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติสังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม
แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและ	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาและบุตรสาวเมื่อก่อนเวลาเครียดชอบสูบบุหรี่และระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตก	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาเมื่อก่อนเวลาเครียดชอบสูบบุหรี่/ดื่มสุราและระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
การเผชิญกับความเครียด	กังวลและเครียดกลัวว่าจะกลับเป็นซ้ำคะแนนวิตกกังวล 9 คะแนน **ปัญหาที่พบ** -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและกังวลกลัวจะกลับเป็นซ้ำ	กังวลและเครียดกลัวว่าจะเหมือนครั้งที่แล้วต้องไปใส่ท่อช่วยหายใจที่ รพ.ร้อยเอ็ด คะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน **ปัญหาที่พบ** -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและกังวลกลัวจะกลับเป็นซ้ำ
แบบแผนสุขภาพที่ 11คุณค่าและความเชื่อ	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหลายโรค และการทำบุญจะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจ ทำให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาสและเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอ และการทำบุญจะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจ ทำให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนพบว่า ก่อนเจ็บป่วยแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งสองรายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ควันต่างๆแต่ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายในผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเหนื่อยง่าย สำหรับแบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียดรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้วิกฤติ เสี่ยงต่อการหายใจล้มเหลวและเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่ายและกลัวการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆจึงได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพไม่เท่ากันโดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีจำนวน 6 ข้อ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีจำนวน 5 ข้อ

การวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะแรกรับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบมีแตกต่างกันโดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อในร่างก่ายเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมเช่น CKD stage 3, โรคเกาต์ ฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation Rt lung การรักษาพยาบาลจึงได้เช็ดตัวลดไข้และดูแลให้ยา Paracetamol 325 mg 2 เม็ด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในข้ออื่นๆมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันในเรื่องเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว,มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง,ความทนต่อกิจกรรมลดลง, ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยและกลัวว่าจะกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลไม่ต่างกันให้การพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน และให้การพยาบาลระยะต่อเนื่องโดยใช้ D-METHODจัดท่าให้ผู้ป่วยไอเสมหะออกง่ายและกระตุ้นให้เปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง การฟื้นฟูสมรรถภาพให้ปอดขยายตัวดี กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ลุกเดินเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อยๆ แนะนำเรื่องการพ่นยาขยายหลอดลมอย่างถูกวิธีและใช้ยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ห้ามหยุดยาเอง พร้อมทั้งประสานการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ทันท่วงทีทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทยอายุ 86 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์	ชายไทยอายุ 49 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อ 2 ปีที่แล้วไอมีเสมหะ	โรค COPD พบร้อยละ 90 มาจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เมื่อ 10 ปีที่แล้วมีอาการไอ หายใจเหนื่อย หอบแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลจังหารมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็นเวลานานกว่า 20 ปี	หอบเหนื่อยแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลจังหารมีประวัติเริ่มสูบบุหรี่ตอนอายุ 15 ปีสูบบุหรี่วันละ 10 มวน	คือ การสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานสารต่างๆในบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอดลมและถุงลมทำให้การทำงานของปอดผิดปกติปริมาตรลมหายใจออกลดลง(FEV1) พบมากในเพศชาย
			ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง ใยเยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอห่างๆ มีเสมหะ หายใจหอบจึงพ่นยาเองที่บ้านอาการทุเลาลงแต่ไม่หาย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไม่ดีขึ้น หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นพ่นยาเอง 3 ครั้งอาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลจังหาร แรกรับที่ ER เวลา 18.56 น. ได้รับการพ่นยา Berodual 1 NB stat เวลา 19.00 น.ประเมินสัญญาณชีพ E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 37.3 ℃ ชีพจร 93 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/80 mmHg O2 sat 92% DTX 102 mg% แพทย์ตรวจร่างกายพบ Crepitation Rt lung ผล CXR no infiltration มีลักษณะ Hyperinflation ผล Lab แรกรับที่ผิดปกติ คือ CBC พบ WBC 11,160 cellmm^3,Neutrophil 76%, Lymphocyte11%, eGFR58ml/min/1.73m^2 แพทย์วินิจฉัย COPD with AE มีโรคร่วม CKD stage3 ,HT,Gout	3ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอ หายใจหอบ มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ พ่นยาเองที่บ้าน 5 ครั้งอาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล จังหารเวลา 08.48 น. แรกรับที่ ER E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 36.4 ℃ ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/71 mmHg O2 sat 90 % DTX 267 mg%แพทย์ตรวจร่างกายพบ Wheezing both lung ผล CXR no infiltration มีลักษณะ Barrel chest ผล Lab แรกรับที่ผิดปกติ คือ CBC พบWBC 10,700 cell/mm^3,Eosinophil 17%,Lymphocyte 19%,MCV75.7fl,MCH24.5pg, Na 134.7 mmol/L แพทย์วินิจฉัย COPD with AE	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในปอดมีการทำลายเนื้อปอดเกิดเป็นถุงลมโป่ง(Emphysema)ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเส้นเลือดในปอดมีการเพิ่มจำนวนของ Inflammatory cells เช่น Neutrophils,Lymphocytesมีการหลั่งสารทำให้มีการขยายการอักเสบรุนแรงขึ้นมีการตีบแคบของหลอดลมทำให้เกิดอาการหายใจออกเกิดภาวะ Hyperinflation ออกแรงทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่ายจากการที่ประสิทธิภาพในการหายใจที่ลดลงการแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติทำให้หลอดลมตีบแคบเกิดภาวะ Ventilation น้อยลงหายใจอ่อนล้ามีการหลั่งเมือกออกมามากกว่าปกติทำให้เกิดอาการไอมีเสมหะมักเกิดตอนเช้าเพราะช่วงที่นอนกลางคืนมีการสะสมไว้อาการที่พบบ่อยคือ อาการหอบเหนื่อยโดยเฉพาะเวลาทำกิจกรรมเนื่องจากปอดทำงานลดลงมีการเสื่อมของสมรรถภาพปอดและทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคได้
3.การรักษา	-การรักษาพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง -Seretide 2 puff BID -ให้ออกซิเจนทางจมูกO2 canular 3 LPM keep O2 sat 88-92%	-การรักษาพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมงและ Ventolin 1 NB stat และทุก 15 นาที prn -Seretide 1 puff พ่น BID	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาในช่วงที่โรคกำเริบเฉียบพลันคือ มีอาการหอบเหนื่อย หายใจมีเสียง Wheezing ไอมีเสมหะ แน่นหน้าอก โดยการรักษาให้ได้รับ

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง -ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr -Roxithromycin 150 mg 1 เม็ดเช้า-เย็น -Acetyl cysteine 200 mg 1 ซอง วันละ 3 เวลา -Paracetamol 325 mg 2 เม็ดเวลามีไข้, -Theophylline 200 mg 1 เม็ดก่อนนอน -Prednisolone 5 mg 2X3 pc **รวมระยะเวลารักษาตัว 3 วัน**	-ให้ออกซิเจนทางจมูก O2 canular 3 LPM keep O2 sat 88-92% -Dexamethasone 8 mg ทางหลอดเลือดดำทันทีและ Dexamethasone 4 mg ทุก 6 ชั่วโมง -On HL -Glyceryl Guaiacolate 100 mg 1X3 pc -Acetyl cysteine 200mg 1 ซอง วันละ 3 เวลา -Paracetamol 325 mg 2 เม็ดเวลามีไข้ -Roxithromycin 150 mg 1X2 ac -Prednisolone 5 mg 3X2 pc **รวมระยะเวลารักษาตัว 3 วัน**	1.ยากลุ่มBronchodilators สูดขยายหลอดลมเพื่อให้ลมออกจากปอดได้มากขึ้นใช้ยาสูดหลอดลมชนิดละอองฝอย (Nebulizer)แล้วจึงใช้ยากลุ่ม short-acting inhaled β2 - agonists ชนิด MDI 2.การให้ออกซิเจนทดแทนเพื่อควบคุมปริมาณ Controlled Oxygen therapy เพื่อลดภาวะ Hypoxemia 3.การใช้ Gluco corticosteroid ในรูปยาฉีด Dexamethasoneและยากิน Prednisolone ติดต่อกัน 7-10 วัน 4.การให้ antibiotics ในผู้ป่วยเนื่องจากมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	-ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ -เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ -มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก	-เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ -มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 5 ข้อ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ จากการติดเชื้อในร่างก่ายเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมเช่น CKD stage 3, โรคเกาต์
	-ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย -มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย -มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง	ฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation Rt lung การพยาบาลจึงได้เช็ดตัวลดไข้และดูแลให้ยา Paracetamol 325 mg 2 เม็ด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในข้ออื่นๆมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันในเรื่องเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว,มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง,ความทนต่อกิจกรรมลดลง,ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยและกลัวว่าจะกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลไม่ต่างกันให้การพยาบาลไปในแนวทางเดียวกันและให้การพยาบาลระยะต่อเนื่องโดยใช้ D-METHOD และทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงไม่แตกต่างกัน คือมีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ส่วนของพยาธิสภาพของโรคพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรคมานานกว่าและมีโรคร่วมเป็นผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสียการยืดหยุ่นของเนื้อปอด (elastic recoil) เกิดการจำกัดการไหลของอากาศ (airflow limitation) และมีอากาศค้างในปอด (air trapping) ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าเป็นเวลานานกว่าทำให้หลอดเลือดปอด (pulmonary vascular) เกิดความดันในหลอดเลือดปอดสูง (pulmonary hypertension)ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้[6] ส่วนอาการและอาการแสดง พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการกำเริบเฉียบพลันทำให้มีอาการเหนื่อยหอบหายใจไม่อิ่ม และเดินระยะทางไม่เกิน 5 เมตรก็เหนื่อย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันร่วมกับนอนราบไม่ได้ จึงจำเป็นต้องให้พักรักษาตัวเพื่อประเมินอาการหากต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อเปิดทางเดินหายใจ ในส่วนการรักษาพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ต้องให้การรักษาอาการกำเริบเฉียบพลันร่วมกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง,โรคเกาต์ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันใช้ยารักษาอาการหอบ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวไม่นาน สามารถอยู่กับโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ควรพัฒนารูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ควรมีการศึกษาถึงปัญหาที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. ส่งพบเพื่อปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

5. พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรูปแบบปกติและ online เพื่อประเมินผลการดูแลตนเองและสำรวจสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและในชุมชนค้นหาสิ่งกระตุ้นที่มีผลต่ออาการกำเริบของผู้ป่วยการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการเยี่ยมแบบสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรและนักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยกันประเมินและทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร ยา การหายใจโดยการใช้อุปกรณ์ปลายนิ้วจากค่าออกซิเจนในร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ การวัดอุณหภูมิ และการออกกำลังกายตามสภาพผู้ป่วยโดยมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างระบบบริการสาธารณสุข

6. สร้างแรงกระตุ้นขวัญกำลังใจด้วยระบบเครือข่าย (ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน) เพื่อนเยี่ยมเพื่อนให้คำแนะนำการดูแลการปฏิบัติตัวจากประสบการณ์จริง โดยมีการทำกลุ่ม (self help group) ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัย

เอกสารอ้างอิง

1.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD):2017https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/02/wms- GOLD-2017-FINAL.pdf7.

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2567).รายงาน Service plan โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9

3.เป็น รักเกิด.(2566).การพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย https://www.skhospital.go.th/wpcontent/uploads/2023/12/journal20231208.pdf

4. Gordon, M. (1982). Nursing diagnosis: Process and Application. McGraw-Hill.

5.นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร.(2564).โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี https://www.rama.mahidol.ac.th

6.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.

ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นผ่านแอพลิเคชันไลน์

The effected of the program to prevent sexually transmitted infections in teenagers through the LINE application.

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

วันทนีย์ ทิพชาติ[1]
Wantanee Tippachart[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ แอปเปิ้ลโมเดล (APPLE Model) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 20 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน ร้อยละ 87.5 เหตุผลในการมีเพศสัมพันธ์เพราะชอบ/รัก ร้อยละ 50 วิธีป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 75 ปัจจุบันเมื่อมีเพศสัมพันธ์มีวิธีการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 75 เหตุผลในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 75 เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะไม่เป็นธรรมชาติ ร้อยละ 87.5 เคยมีอาการโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 25 โดยมีแผล ตุ่มที่อวัยวะเพศร้อยละ 12.5 และปัสสาวะแสบขัด ร้อยละ 12.5 ความรู้โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ แอปพลิเคชันไลน์ วัยรุ่น

ABSTRACT

This research was quasi-experimental study aimed at examining the effects of the program. Preventing sexually transmitted infections in adolescents through the Line application The sample group consists of adolescents aged 13-19 years who are at high risk of sexually transmitted infections, specifically selected, totaling 40 individuals. Research tools used in the study include the Sexual Infection Prevention Program, which is based on the APPLE Model. The data collection tools include a personal information questionnaire for the sample group, a sexual behavior assessment, a knowledge test on sexually transmitted infections, and an attitude survey on adolescent sexual behavior. Data analysis was conducted by calculating frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

The research results were 20% of the respondents have had sexual intercourse, with 87.5% having their first sexual experience with a partner. The reason for having sexual intercourse was because they liked/loved the person (50%). The method of protection used during their first sexual intercourse was condoms (75%), 75% of them use condoms every time they have sexual intercourse. The reason for using condoms is to prevent

[1] โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

sexually transmitted infections (75%). The reason for not using condoms is that it feels unnatural (87.5%). 25% have experienced symptoms of sexually transmitted infections, with 12.5% having sores or blisters on the genitals and 12.5% experiencing painful urination. The knowledge of sexually transmitted infections after receiving the adolescent sexually transmitted infection prevention program through the Line application was significantly higher than before receiving the program ($p < .05$), and the attitudes towards adolescent sexual relations after receiving the adolescent sexually transmitted infection prevention program through the Line application were significantly higher than before receiving the program ($p < .05$)

Key words: program to prevent sexually transmitted infections, LINE application, teenagers

บทนำ

โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เป็นการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียเชื้อไวรัสและเชื้ออื่นๆ โดยการติดเชื้อนั้นจะเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งส่งผลให้มีการติดโรค เช่น โรคหนองใน โรคซิฟิลิส กามโรค เป็นต้น[1] รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั่วโลกอยู่ประมาณ 376 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 ล้านคนต่อวันและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกประเทศ[2] ในประเทศไทยพบข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในปี 2557–2561 พบจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบโรคหนองในสูงที่สุด รองลงมาคือ โรคซิฟิลิส โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคฝีมะม่วงกามโรคต่อมน้ำเหลือง แต่ปัจจุบันกลับพบว่าโรคซิฟิลิสมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งข้อมูลจากกรมควบคุมโรคปี 2553 พบผู้ป่วย 2.16 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี 2563 พบว่าจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจถึง 5 เท่า ในปี 2563 คือพบผู้ป่วย 11.51 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่กลุ่มที่ติดโรคนี้มากที่สุด คือ กลุ่มนักเรียน และวัยรุ่น (Division of Epidemiology Department of Disease Control, 2019) อายุ 15-24 ปี ทั้งซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน และฝีมะม่วง โดยเฉพาะซิฟิลิส และหนองใน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)และยังพบสัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชน ในปี 2565 พบวัยรุ่นและเยาวชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 22.2 ซึ่งสูงขึ้นเป็นเท่าตัวจากปี 2551 ที่พบร้อยละ 9.5[3]

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายเข้าสู่วัยหนุ่มสาว มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เป็นตัวกระตุ้นพัฒนาการเฉพาะที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ประกอบกับความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ยังไม่มีการเจริญเติบโตเต็มที่ ให้มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย เพิ่มจำนวนคู่นอนที่มากขึ้นและไม่มีการป้องกัน จึงเสี่ยงสูงต่อการที่จะติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิงปากมดลูกที่ยังไม่สมบูรณ์ความสามารถการปกป้องเชื้อโรคมีน้อย ส่งผลต้องการอิสรภาพจากกฎของสังคมและระเบียบแบบแผนต่างๆ จึงไม่ให้ความสำคัญกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (safe sex) โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง[4]

โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความสนุกสนาน สิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อได้เปลี่ยนคู่นอนหรือการสำสอนทางเพศ ต้องการเป็นที่ดึงดูดของเพศตรงข้าม ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการจากเพศตรงข้าม[5] จึงเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ เพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีเพศสัมพันธ์แบบหลบซ่อนและมักจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร[6]

ประเทศไทยประสบกับปัญหาทางเพศของเด็กวัยรุ่นในเรื่องชิงสุกก่อนห่าม การตั้งครรภ์ระหว่างเรียน การเป็นโสเภณีเด็ก ทั้งนี้สาเหตุเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย การหลั่งไหลและการรับเอาอารยธรรมของตะวันตก มีสื่อมวลชนประเภทหนังสือ ภาพยนตร์ วิดีโอ ที่มีการแพร่ภาพหมกมุ่นกับเรื่องเพศมากเกินไปยั่วยุให้เด็กวัยรุ่นอยากรู้อยากลอง ชอบลองสิ่งใหม่[7]

การให้ข้อมูลข่าวสารหรือแหล่งความรู้เรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีน้อย จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อครอบครัวและการพัฒนาเด็ก คือ สื่อออนไลน์ ดนตรี ภาพยนตร์ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความเบี่ยงเบนความสนใจเรื่องเพศมากขึ้นและเป็นสิ่งที่เริ่มต้นหรือชักจูงให้มุ่งสนใจ และสัมพันธ์กับพฤติกรรมของวัยรุ่นมากกว่าปัจจัยอื่นๆ[8] ส่วนวิชาสุขศึกษามีการสอนเกี่ยวกับพลานามัย ภาวะสุขภาพที่ดีและไม่เป็นโรค สาระโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน เริม เอดส์ค่อนข้างน้อย จึงส่งผลให้พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์ การมีเพื่อนสนิทที่เที่ยวสถานเริงรมย์ การมีเพื่อนสนิทที่ดูสื่อลามกอนาจาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และการใช้สิ่งเสพติด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์[9]

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พบว่ามีผู้ใช้บริการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในปีงบประมาณ 2565 ติดเชื้อซิฟิลิส 1 ราย หูดหงอนไก่ 1 ราย เริมที่อวัยวะเพศ 1 ราย ตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2 ราย ปีงบประมาณ 2566 ติดเชื้อซิฟิลิส 1 ราย ตั้งครรภ์ไม่พร้อม 4 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 13 - 19 ปี เพื่อลดปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานนี้จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นผ่านแอพลิเคชันไลน์ จึงได้นำแอปเปิ้ลโมเดล APPLE Model ที่พัฒนาโดย วิสัย คะตา และคณะ[10] มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่อยู่ในพื้นที่บริการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินระดับความเสี่ยง (A: Assessment) การประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ผู้ปกครอง การคบเพื่อนและความสัมพันธ์กับเพื่อน การแต่งกาย การวางตัวต่อเพศตรงข้าม 2) การระบุปัญหาและความเสี่ยง (P: Problem Lists) ได้มาจากการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในวัยรุ่น 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมการเรียน สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนและพฤติกรรมการคบเพื่อน พฤติกรรมการบริโภคสื่อค่านิยม และการคบเพศตรงข้ามและวางตัวไม่เหมาะสม แบ่งระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย ต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สูง 3) กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนตรงประเด็น (P: Purpose) 4) การกำหนดระดับกิจกรรมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (L: Level of activities) 5) การประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (E : Effective Evaluation) โดยผ่านการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นทางแอบพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อช่วยให้สามารถเข้าถึงผู้ใช้บริการต่างๆในโลกออนไลน์ได้อย่างรวดเร็วสะดวกสบาย และที่เป็นที่แพร่หลายในสังคมยุคปัจจุบัน มีอิทธิพลและบทบาทในชีวิตประจำวันของวัยรุ่น ในเรื่องการติดต่อสื่อสาร ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในเรื่องต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อ

การนำโปรแกรมไปใช้สูงสุด เป็นเรื่องที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลาและการเดินทาง เป็นต้น

ทั้งนี้เพื่อให้ลดอัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเขตพื้นที่บริการ การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ ลดค่าใช้จ่ายให้กับระบบสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับวัยรุ่นที่จะเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สมมติฐานการวิจัย

1.ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2.ทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) ที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลอง (One group pre – posttest design) เพื่อวัดความรู้และทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นอายุ 13 ถึง 19 ปีที่อยู่ในเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จำนวน 1,253 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ คัดกรองโดยแบบประเมินความเสี่ยง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึง ธันวาคม 2567

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน [11] ในการวิจัยครั้งนี้จะให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion criteria) 1) เป็นวัยรุ่นที่มีอายุ 13 ถึง 19 ปีที่อยู่ในเขตบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร มีค่าคะแนนความเสี่ยงที่จะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในระดับความเสี่ยงสูง 2) ใช้สมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันไลน์ 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่มีสมาร์ทโฟน 2) มีปัญหาด้านการสื่อสาร 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ครบถ้วน 4) ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ แอปเปิ้ลโมเดล (APPLE Model) ของวิสัย คะตา และคณะ (2561) ประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความเสี่ยง (A: Assessment) การประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ผู้ปกครอง การคบเพื่อนและความสัมพันธ์กับเพื่อน การแต่งกาย การวางตัวต่อเพศตรงข้าม 2) การระบุปัญหาและความเสี่ยง (P: Problem Lists) ได้มาจากการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในวัยรุ่น 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมการเรียน สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนและพฤติกรรมการคบเพื่อน พฤติกรรมการบริโภคสื่อค่านิยม และการคบเพศตรงข้ามและวางตัวไม่เหมาะสม แบ่งระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย ต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สูง 3) กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนตรงประเด็น (P: Purpose) 4) การกำหนดระดับกิจกรรมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (L: Level of activities) 5) การประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (E : Effective Evaluation)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่พักอาศัย ผู้ปกครอง เงินสนับสนุนจากครอบครัว ค่าใช้จ่ายรายเดือน

2. แบบประเมินพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เหตุผลของการมีเพศสัมพันธ์ วิธีป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก วิธีป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เหตุผลของการใช้ถึงยางอนามัย อาการที่ผิดปกติ และประสบการณ์การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินประยุกต์จากแนวคิดของบลูม[12]

เกณฑ์การแปลผลระดับความรู้ กำหนดระดับความรู้

ระดับมากหมายถึง ได้คะแนน 17-20 คะแนน หรือร้อยละ 81 - 100

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 11-16 คะแนน หรือร้อยละ 51 -80

ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนน 0-10 คะแนน หรือร้อยละ 0-50

2.4 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาระดับทัศนคติตามแนวคิดของเบสท์[13] แปลผลคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นถือตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 - 2.33 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัยต่อไป การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หลังได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการวิจัย ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างโดยทีมผู้วิจัยเพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทุกขั้นตอนได้เองทุกขั้นตอนได้จริง ด้านความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) ของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบโปรแกรมการทดลองทั้ง 3 ท่านดังกล่าว โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .89 การหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 ซึ่งยอมรับค่าความเชื่อมั่นที่มากกว่าหรือเท่ากับ .70

ธีการรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงการทำการวิจัย โดยเข้าพบครูเพื่อนนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อขอความร่วมมือกับทางสถานศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลพรรณนาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ปกครองเข้าใจ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมวิจัยแล้ว พยาบาลจึงขออนุญาตผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบ จากนั้นผู้วิจัยจึงแนะนำโครงการวิจัย อธิบายรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตให้ลงนามเพื่อตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเนื้อหาและสาระในโปรแกรมทางแอปพลิเคชันไลน์ ตามขั้นตอนในโปรแกรมการให้ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่

สถานศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 30 นาที

2. ส่งคู่มือโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไปยังไลน์แอปพลิเคชัน ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัย ถามตอบในห้องไลน์ส่วนตัวได้ โดยผู้วิจัยไม่จำกัดเวลาในการใช้ไลน์ ประกอบด้วย

2.1 การประเมินระดับความเสี่ยง (A: Assessment) การประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการเรียน (2) ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ผู้ปกครอง (3) การคบเพื่อนและความสัมพันธ์กับเพื่อน (4) การแต่งกาย (5) การวางตัวต่อเพศตรงข้าม

2.2 การระบุปัญหาและความเสี่ยง (P: Problem Lists) ได้มาจากการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในวัยรุ่น 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมการเรียน สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนและพฤติกรรมการคบเพื่อน พฤติกรรมการบริโภคสื่อ

ค่านิยม และการคบเพศตรงข้ามและวางตัวไม่เหมาะสม แบ่งระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.1.1 ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย หมายถึง วัยรุ่นที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ ยังไม่คบเพศตรงข้ามในรูปแบบชู้สาว ตั้งใจเรียน สนใจการเรียน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ แต่งกายเหมาะสม วางตัวต่อเพศตรงข้ามเหมาะสม

2.2.2 ต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมี
เพศสัมพันธ์ ได้แก่ เริ่มคบเพศตรงข้าม แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน มีนัดกับเพศตรงข้ามเพื่ออยู่ตามลำพัง มีปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ผู้ปกครอง จดจ่อกับโทรศัพท์และสื่อเกินจำเป็น

2.2.3 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สูง หมายถึง วัยรุ่นที่มีสัญญาณบ่งบอกว่ามีเพศสัมพันธ์แล้ว ได้แก่ พฤติกรรมหึงหวง จดจ่อหมกมุ่นกับเพศตรงข้าม มีปัญหาการเรียนชัดเจน มีปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่และผู้ปกครอง มีพฤติกรรมและค่านิยมที่ไม่เหมาะสม เช่น สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยาเสพติด การมั่วสุมแหล่งอบายมุข เป็นต้น

2.3 กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนตรงประเด็น (P: Purpose) หลังจากมีการประเมินความเสี่ยงในแต่ละระดับแล้ว ต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและตรงประเด็นตามระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมดังต่อไปนี้

2.3.1 ด้านพฤติกรรมการเรียน กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัยและส่งเสริมและพัฒนาความสามารถพิเศษตามความถนัด

2.3.2 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

2.3.3 ด้านเพื่อนและพฤติกรรมการคบเพื่อน กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อติดตามพฤติกรรมการคบเพื่อนและกลุ่มเพื่อนและส่งเสริมทักษะชีวิตและค่านิยมที่ดี

2.3.4 ด้านพฤติกรรมการบริโภคสื่อ ค่านิยม กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการใช้สื่อเทคโนโลยีและปฏิสัมพันธ์ในสังคมออนไลน์อย่างสร้างสรรค์

2.3.5 ด้านการวางตัวไม่เหมาะสม กำหนดวัตถุประสงค์ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ สนับสนุนในการแสวงหาความรู้และทักษะการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนและขอรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.4 การกำหนดระดับกิจกรรมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (L: Level of activities) การกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับปัญหาของวัยรุ่นแต่ละคนเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก หากการกำหนดกิจกรรมไม่สอดคล้องกับสภาพจริง กิจกรรมบางอย่างจะไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น สรุปแนวทางกิจกรรมที่ครู/ผู้ปกครองต้องทำเร่งด่วนตามระดับความเสี่ยงทั้ง 3 ระดับ ดังนี้

2.4.1 ระดับความเสี่ยงน้อย กิจกรรมการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือส่งเสริมทักษะชีวิตและค่านิยมที่ดี การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยการส่งเสริมด้านการเรียน และความสามารถพิเศษตามความถนัด

2.4.2 ระดับเฝ้าระวัง กิจกรรมการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ การให้ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา การสื่อสารเรื่องเพศที่สร้างสรรค์ การติดตามอย่างใกล้ชิดร่วมกับครูและเพื่อน

2.4.3 ระดับความเสี่ยงสูง กิจกรรมการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ แนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสม การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธี ติดตามพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดร่วมกับครูและเพื่อน

การเข้าถึงบริการสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญที่เป็นไปได้อย่างรวดเร็วทันท่วงที

2.5 การประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (E : Effective Evaluation) พฤติกรรมวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น การประเมินผลต้องกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและบ่อยกว่านั้นในกลุ่มความเสี่ยงสูง ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยให้ประเมินอย่างน้อยทุก 3 เดือน การประเมินต้องอาศัยความร่วมมือของเพื่อนหรือครูร่วมด้วย และที่สำคัญต้องแจ้งผลประเมินให้วัยรุ่นรับรู้และให้โอกาสในการอธิบาย และสร้างข้อตกลงร่วมกัน จะทำให้เกิดผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมากขึ้น

3. การประเมินผล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้และแบบวัดทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยทดสอบค่าแบบไม่เป็นอิสระ โดยข้อมูลผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบค่าที ข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับช่วงมาตรา interval scale มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) และไม่ทราบความแปรปรวนของข้อมูล โดยใช้ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้เสนอขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-109 วันที่ 4 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 67.5 อายุ 15 ปีมากที่สุด ร้อยละ 65 กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 92.5 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 77.5 สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วยพ่อ แม่/พี่สาว/น้องสาว/พี่ชาย/น้องชาย ร้อยละ 37.5 ได้รับเงินสนับสนุนจากทางบ้านจำนวน ร้อยละ 55 มีค่าใช้จ่ายรายเดือนอยู่ในช่วง 1,001 – 3,000 บาท ร้อยละ 45

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ผู้ตอบแบบสอบถามเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 20 เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน ร้อยละ 87.5 เหตุผลในการมีเพศสัมพันธ์เพราะชอบ/รัก ร้อยละ 50 วิธีป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 75 ปัจจุบันเมื่อมีเพศสัมพันธ์มีวิธีการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย และใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ร้อยละ 75 เหตุผลในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 75 เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะไม่เป็นธรรมชาติ ร้อยละ 87.5 เคยมีอาการโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 25 โดยมีแผล ตุ่มที่อวัยวะเพศร้อยละ 12.5 และปัสสาวะแสบขัด ร้อยละ 12.5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ความรู้โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ของผู้ตอบแบบสอบถามก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง($\bar{x}$ =13.15, S.D.=.60) คิดเป็นร้อยละ 65.75 หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{x}$ =19.90, S.D.=.25) คิดเป็นร้อยละ 95

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$ =2.70, S.D.=.39) หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในระดับสูง ($\bar{x}$ =3.00, S.D.=.00) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 5 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=2.348, p-value=.024*)

2. ทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-4.878, p-value=.000*)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

ความรู้โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์โดยก่อนเข้าร่วมในการทดลองผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}$ =13.15, S.D.=.60) แต่หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน และสามารถสอบถามข้อสงสัยผ่านทางไลน์ส่วนตัวได้ ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =19.90, S.D.=.25) นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวก เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่ทันสมัยและเป็นที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน โดยมีวิธีการเข้าถึงข้อมูลที่ง่าย สะดวก ทุกคนสามารถเข้าถึงง่ายไม่ซับซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิชชา ตันติธีระศักดิ์[14] ทำการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมการเรียนแบบผสมผสานผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ตามแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน พบว่า คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยกิจกรรมการเรียนแบบผสมผสานผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ตามแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับภาสิต ศิริเทศ, ประกายรัตน ทุนิจ, วรัฏฐา เหมทอง และกาญจนา บุศราทิจ[15] ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคติดตอทางเพศสัมพันธ และเจตคติการปองกันโรคติดตอทางเพศสัมพันธตามพระราชบัญญัติโรคติดตอ พ.ศ. 2558 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีคา

เฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธสูงกว่ากอนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของกิติยาพร สังฆศรีสมบัติ ,ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรมศรี และ นิรันดร ผานิจ[16] ศึกษาเรื่องการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล แอคเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล แอคเคานท์ ประกอบด้วยวิดีโอ 7 เรื่อง และแผ่นภาพอินโฟกราฟฟิกให้ความรู้มารดาให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ แบบออนไลน์ และการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ ตลอด 24 ชั่วโมงผ่านช่องทางแชท หลังใช้รูปแบบฯ มารดามีความมั่นใจมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้

ทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ก่อนเข้าร่วมการทดลองมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =2.70, S.D.=.39) หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติอยู่ในระดับสูง($\bar{x}$ =3.00, S.D.=.00) จะเห็นได้ว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง (เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00) แต่หลังการได้รับโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น .30 โดยเสรี วงษ์มณฑา[17] ได้ให้ความหมายของ ทัศนคติ (Attitudes) หมายถึง การแสดงความรู้สึกภายใน ที่สะท้อนว่าบุคคลมีความโน้มเอียง พอใจหรือไม่พอใจต่อบางสิ่งถ้าเรามีท่าทีความรู้สึกหรือทัศนคติในเชิงบวกเราย่อมปฏิบัติออกมาในทางบวก แต่ถ้าเรามีท่าทีความรู้สึกในเชิงลบ เราก็ปฏิบัติออกมาในทางลบ แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบมีทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในเชิงบวกเป็นพื้นฐานเดิมของผู้ตอบแบบสอบถาม เมื่อได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทำให้ทัศนคติเชิงบวกในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น นับเป็นพื้นฐานที่ดีในการยอมรับความคิดเห็นหรือข้อมูลใหม่ๆ ซึ่งเคลแมน[17] การเปลี่ยนแปลงทัศนคติจะขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลง และเมื่อทัศนคติเกิดการเปลี่ยนแปลงแล้ว จะมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ จะต้องมีความเชื่อมโยงกัน ฉะนั้นการที่บุคคลเกิดการยอมรับหรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติสิ่งใด ก็จะต้องพยายามที่จะเปลี่ยนทัศนคติให้ได้เสียก่อน โดยการให้ความรู้ในเรื่องที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงและทำความเข้าใจรวมทั้งให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้

ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม จึงส่งผลให้หลังการได้รับโปรแกรมฯมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีค่าสูงขึ้น สอดคล้องกับ สรรพพร วิรัตนโภคิน, ศรีจันทร์ พลับจั่น, ปานจันทร์ อิ่มหนำ และเบญจมาศ ยศเสนา[18] ที่ศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา ศิริรัตนมงคล[19] ซึ่งศึกษาเรื่อง การสำรวจความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์โดยรวม มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เชิงบวกมาก โดยพบว่า ในประเด็น “ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสาร” มี

ทัศนคติเชิงบวกมากที่สุด รองลงมา คือ ประเด็น “ใช้งานง่าย ทำให้ติดต่อสื่อสารกับเพื่อนร่วมงานได้สะดวกรวดเร็วขึ้น” มีทัศนคติเชิงบวกมากที่สุด ในประเด็น “มีช่องทางในการสื่อสารให้เลือกใช้หลากหลาย”มีทัศนคติเชิงบวกมากที่สุด ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยวัฒน์ ยุวมิตร และเมรีรัตน์ มั่นวงศ์[20]พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 52.3 เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนจึงทำให้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พฤติกรรม จากข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเคยมีเพศสัมพันธ์ วิธีป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 75 ปัจจุบันเมื่อมีเพศสัมพันธ์มีวิธีการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย และใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ร้อยละ 75 เหตุผลในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 75 เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะไม่เป็นธรรมชาติ ร้อยละ 87.5 เคยมีอาการโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 25 อาจเนื่องมาจากผู้ตอบแบบสอบถามบางคนยังมีความรู้ ความเข้าใจไม่ชัดเจน จึงส่งผลให้มีทัศนคติทั้งทางบวกและทางลบ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวกทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชัยวัฒน์ ยุวมิตร และเมรีรัตน์ มั่นวงศ์[20] ที่พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมามีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 78.6 เนื่องจากมี ทัศนคติเชิงบวก คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเพียงแค่ครั้งเดียวไม่ทำให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 56.9 ในส่วนของทัศนคติเชิงลบคือ เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 12.3 มีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมคือ มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำร้อยละ 74.3 และสอดคล้องกับปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์[21] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 20.80 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่น อายุ การมีแฟนในปัจจุบัน การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ และความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายโอกาสเกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาได้ร้อยละ 52.2

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ สร้างเสริมทัศนคติเชิงบวก สร้างความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

2. ควรจัดสถานที่เฉพาะหรือจัดสายด่วนออนไลน์ สำหรับให้ข้อมูลและคำปรึกษาในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องให้กับวัยรุ่นและผู้ที่ต้องการรับคำปรึกษา

3. ควรส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนที่เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: หจก. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). กรมควบคุมโรค แนะเยาวชนยึด

หลัก Start Safe SEX, Use Condom: รักปลอดภัยเริ่มที่ "ถุงยางอนามัย". (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2567 จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23352&deptcode=brc&news_views=7011

2. World Health Organization. (2019). Caution of Sexually Transmitted Diseases. Retrieved March 25, 2024 from https://ahfthailand.com/ WHO caution of Sexually Transmitted Diseases.
3. อิสรีย์ ปัดภัย, ภาวิณี แสนชนม์, เทพไทย โชติชัย, ศันสนีย์ จันทะสุข, ณิชกานต์ มีลุน และวนิดา ศรีพรหมษา. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 9(1): 296-309.
4. ศิริพร จุฑารัตน์. (2562). วัยรุ่น: เข้าใจ วัย วุ่น วาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มติชน.
5. อ่อนนุช หมวดคูณ และวันเพ็ญ ช้างเชื้อ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 9(3): 379-89.6. มาลี สบายยิ่ง. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมปัจจุบัน. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร, 30(3), 121-127.
7. อรรถพล ภูอาษา. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 28(3): 1-11.
8. วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา ปิยะพร กองเงิน เละสารารัตน์ วุฒิอาภา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิง: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 45(3): 285-97.
9. เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ปรีชา สุวรรณทอง, ศันสนีย์ จันทสุข, ภานุวัฒน์ ศรีโยธา และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์. (2564). พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน
10. วิสัย คะตา, พัชนี สมกำลัง และนาฎนภา อารยะศิลปธร. (2565). ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19(2): 154-63.
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย =Statistics for health science research.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์.
12. Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1.
13. ทัศพร ชูศักดิ์. (2554). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) พื้นที่สาธารณสุขเขต 18. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก สาขาวิชาการจัดการ, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.มัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(1), 278-292.
14. สุพิชชา ตันติธีระศักดิ์ และศิวนิต อรรถวุฒิกุล. (2559). ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนแบบผสมผสานผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ตามแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาการเขียนโปรแกรมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ, 9(3): 1081-93.
15. ภาสิต ศิริเทศ, ประกายรัตน ทุนิจ, วรัฏฐา เหมทอง และกาญจนา บุศราทิจ. (2563). ความรูเรื่องโรคติดตอทางเพศสัมพันธและเจคติการปองกันโรคติดตอทางเพศสัมพันธตามพระราชบัญญัติโรคติดตอ พ.ศ. 2558 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 6 (ฉบับเพิ่มเติม), 53-70.
16. กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ ,ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรมศรี และ นิรันดร ผานิจ. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(2): 623-41.

17. ทรงสิทธิ์ สงวนศักดิ์. (2559). ทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอพพลิเคชั่นไลน์(LINE) บนเครือข่ายสังคมออนไลน์: กรณีศึกษานิสิตระดับปริญญาตรี คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. งานนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
18. สรรพพร วิรัตนโภคิน, ศรีจันทร์ พลับจั่น, ปานจันทร์ อิ่มหนำ และเบญจมาศ ยศเสนา. (2566). ปัจจัยทำนายทัศนคติต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1): S15-S28.
19. ปนัดดา ศิริรัตนมงคล. (2559). การสำรวจความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
20. ชัยวัฒน์ ยุวมิตร และเมรีรัตน์ มั่นวงศ์. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 4(1): 67-77.
21. ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(1): 149-163.

แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Guidelines for enhancing self-care and family in tuberculosis patients Yang Talat Hospital, Kalasin Province.

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

อภิรดี ยิ่งคงดี[1] กาญจนา พะวินรัมย์[1]
Apiradee Yingkongdee[1] Kanchana Phawinram[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคและศึกษาแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 207 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t – test และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วย หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของญาติ/ผู้ดูแล และผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของญาติ/ผู้ดูแล ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า ความสำเร็จในการรักษา (ร้อยละ88) และอัตราขาดยา < 5 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ส่วนตัวชี้วัด อัตราตาย < 5 ยังไม่ผ่านเกณฑ์

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรค การดูแลตนเองและครอบครัว

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the situation of tuberculosis patient care and study the guidelines for enhancing self-care and family care in tuberculosis patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province. The study period is between October 2024 and September 2024, a total of 12 months. The sample group is 207 tuberculosis patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province. Data were collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent t-test, and Dependent t-test.

The results of the study found that the knowledge and understanding of self-care in monitoring, prevention, and control of tuberculosis in Yang Talat District, Kalasin Province of relatives/caregivers and patients after the operation was at the highest level. The knowledge and understanding of self-care in monitoring, prevention, and control of tuberculosis in Yang Talat District, Kalasin Province of relatives/caregivers and patients before and after the operation was found to be statistically significantly different at the 0.05 level. After the operation, the knowledge and understanding of self-care in monitoring, prevention, and control of tuberculosis in Yang Talat District, Kalasin Province of relatives/caregivers was better than before the operation. The results of the operations according to the relevant indicators of Yang Talat Hospital, Kalasin Province, 2021-2024 found that the treatment success (88 percent)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

and the drug withdrawal rate < 5 passed the indicator criteria. As for the indicator, the mortality rate < 5 did not pass the criteria.

Keywords: Tuberculosis patients, self-care and family

บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข[1] เนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลก และสาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ปัญหาความยากจน การอพยพย้ายถิ่นฐาน และการเคลื่อนย้ายแรงงาน ตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินสากล (global emergency) เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2536 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าปี พ.ศ. 2564 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกสูงถึง 10.6 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านคน และวัณโรคจัดอยู่ใน 10 สาเหตุแรกของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเป็นอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตจากเชื้อก่อโรคชนิดเดียว (single infectious agent) องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท คือ วัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปี พ.ศ. 2564 – 2568 (ค.ศ. 2021 – 2025) ประเทศไทยไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้พ้นจาก 14 ประเทศที่มีภาระด้านวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มของประเภทที่มีภาระวัณโรคและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และในปี พ.ศ. 2564 คาดว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค (ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวมกัน) ประมาณ 103,000 ราย (143 ต่อประชากรแสนคน) โดยเป็นวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) 8,900 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,400 ราย วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศไทย แม้ว่าปัจจุบันเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและรักษาจะพัฒนามากขึ้นก็ตาม โดยเทียบเท่ามาตรฐานสากลแล้ว แต่เรายังคงเผชิญกับความท้าทายในการบรรลุเป้าหมายในการยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค ตามที่ได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์จากข้อมูลการรายงานผู้ป่วยวัณโรคในปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 71,488 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV พบว่ามีการตรวจพบและเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขผลการรักษาผู้ป่วยโดยรวมค่อนข้างดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยติดเชื้อ HIV แต่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ยังมีอัตราการรักษาสำเร็จที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้ การวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยใช้เทคโนโลยีทางโมเลกุลยังมีสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยแม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในการควบคุมวัณโรค แต่ก็ยังมีอุปสรรคบางประการ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยในบางพื้นที่ และการรายงานข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วย

การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลรักษา[1] ตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา การติดตามผล ไปจนถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยเอง โดยมีเป้าหมายหลักคือการกำจัดเชื้อวัณโรคออกจากร่างกายของผู้ป่วย ป้องกันการดื้อยา และลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง การขาดยาหรือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การดื้อยา ทำให้การรักษายากขึ้น ใช้

เวลานานขึ้น และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด แพทย์และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำ อธิบายถึงความจำเป็นและวิธีการรับประทานยา รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและร่วมมือในการรักษา

วัณโรคเป็นโรคที่ปรากฏอาการช้าๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการหรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น[1] ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม จากการสำรวจความชุก ของวัณโรคในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผลเสมหะเป็นนบวก (bacteriologically positive) ร่วมกับความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก โดยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยซึ่งไม่เข้า เกณฑ์สงสัยวัณโรคสูงถึงร้อยละ 66 ดังนั้น มาตรการการคัดกรองด้วยอาการเพียงมาตรการเดียวจึงไม่เพียงพอ ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้ จึงจำเป็นต้องเพิ่มมาตรการคัดกรองเชิงรุกทั้งในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงเพิ่มวิธีการวินิจฉัยใหม่ๆ ที่แม่นยำและรวดเร็วขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครวมถึงผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) และนำมารักษาจนหาย เพื่อหยุดยั้งการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค(แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค[3] การดูแลตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาวัณโรคให้หายขาด ผู้ป่วยวัณโรคควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และขอรับการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวควรให้ความรู้ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยให้การรักษาวัณโรคประสบความสำเร็จ และลดการแพร่ระบาดของวัณโรคในสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่สถานพยาบาล ควรได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพการมีสุขอนามัยที่ดี เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันการป่วยเป็นโรค และการดูแลรักษาเพื่อให้โรคหายขาดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ อาจดำเนินการได้หลายช่องทางหรือหลายรูปแบบ เช่น การให้สุขศึกษาแบบกลุ่ม การฉายวีดีโอ โปสเตอร์ แผ่นพับความรู้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค
2. เพื่อศึกษาแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน จำนวน 207 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยวัณโรค การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20 มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40 มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60 มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80 มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .893

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยวัณโรค

2. การกำหนดกิจกรรมแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมตามแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test ในการวิเคราะห์ ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1.1 ผลการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอยางตลาด มีประชากร 127,523 คน คาดประมาณการณ์จะมีผู้ป่วยวัณโรค 197 คน / ปี ข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปี 2564-2566 จำนวน 184 ,172 ,183 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกและ ผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุที่มีอาการแทรกซ้อนหรือทางทีมพิจารณาว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกินยา ให้การรักษาแบบผู้ป่วยในตึกทางเดินหายใจทุกราย เช่น อายุมากกว่า 65 ปี น้ำหนักน้อย เลือดจาง ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ค่าไตผิดปกติ แพ้ยา เหนื่อยหอบมาก มีแนวโน้มถูกทอดทิ้งหรือแพร่เชื้อให้ผู้ใกล้ชิด ชุมชน ให้การรักษาแบบผู้ป่วยในทุกราย อย่างน้อย 5 วัน หรือจนกว่าจะแก้ไขปัญหาได้ บทบาทพยาบาลผู้ป่วยตึกทางเดินหายใจ ลงบันทึกในแบบฟอร์ม Nurse Note /ใบดูแลต่อเนื่องตามสหสาขาวิชาชีพไว้เป็นหลักฐาน สอนการสวมหน้ากากอนามัย ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยวัณโรคทุกราย คำนวณ BMI / ผล Lab albumin , Hb กรณีผู้ป่วยอายุมาก ขาดสารอาหารระดับ 1 ขึ้นไป รายงานแพทย์ให้ IV + B.co เพิ่มปริมาณอาหาร แต่ละมื้อตามความต้องการ/แคลอรี่ ชั่งน้ำหนัก ผู้ป่วยทุกวัน ตรวจ LFT ก่อนและหลังรักษา 2 สัปดาห์และเมื่อมีข้อบ่งชี้ หลังจำหน่ายนัดเข้าคลินิกวัณโรคทุกวันพุธ

ผลการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ อำเภอยางตลาด คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (155/แสน ปชก.) เป้าหมาย 167 ราย ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 182 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ (Treatment coverage) ร้อยละ 92.39

กลุ่มเสี่ยงที่พบความชุกสูงสุด ได้แก่กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด วัณโรค และวัณโรคดื้อยา (ร้อยละ 26.40) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.00) กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV (ร้อยละ 2.4) และผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ติดสุราเรื้อรัง (ร้อยละ 2.0)

ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยรายแรก (Index case) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่าจากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 250 ราย สามารถดำเนินการคัดกรองได้ 669 ราย คิดเป็นร้อยละ 267.6 และพบผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 66 ราย คิดเป็นอัตราการตรวจพบผู้ป่วยร้อยละ 26.4

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564 – 2566 พบว่า ความสำเร็จในการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย พบผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุ malnutrition และมีโรคร่วมเช่น DM CKD การทบทวนการเสียชีวิต (case conference) ผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านมา ทบทวนในผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนไตรมาศที่ 1ซึ่งเป็นไตรมาศตรวจราชการ ของทุกปีงบประมาณ พบประเด็นการเสียชีวิตในเรื่องของผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุและมีโรคร่วมเสียชีวิตในระยะเข้มข้นของการรักษาสองเดือนแรก การทบทวนการเสียชีวิตยังไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งปีและไม่มีรายงานที่ชัดเจนว่ามีโรคประจำตัวหรือปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ส่งผลให้ตัวชี้วัดความสำเร็จในการรักษา (ร้อยละ88) อัตราตาย < 5 และอัตราขาดยา < 5 ไม่ผ่านเกณฑ์

ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ญาติ/ผู้ดูแล พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของผู้ป่วย พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างญาติ/ผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่าง ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน

การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของญาติ/ผู้ดูแล ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของญาติ/ผู้ดูแล ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของผู้ป่วย ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า ความสำเร็จในการรักษา (ร้อยละ88) และ อัตราขาดยา < 5 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ส่วนตัวชี้วัดอัตราตาย < 5 ยังไม่ผ่านเกณฑ์

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปี 2564-2566 จำนวน 184 ,172 ,183 ตามลำดับตัวชี้วัด ความสำเร็จในการรักษา (ร้อยละ88) อัตราตาย < 5 และอัตราขาดยา < 5 ไม่ผ่านเกณฑ์ ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วย พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ อะเคื้อ อุณหเลขกะ[7] พบว่าผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากไม่สามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ทั้งจากผลข้างเคียงจากยา จากการที่ผู้ป่วยมีที่อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคและไม่เป็นผู้แพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่น จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการขาดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Muhamad Jauharและ Astuti Yuni Nursasi[5] พบส่าอิทธิพลของการให้คำปรึกษาแบบจัดการตนเองต่อประสิทธิภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลส่งต่อชั้นนำในจังหวัดชวาตะวันตก ประเทศอินโดนีเซีย โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาแบบจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการปรับปรุงประสิทธิภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถการดูแลตนเองในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพตนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 6.60 คะแนน) (p-value=0.001)และการให้คำปรึกษาแบบจัดการตนเองช่วยเพิ่มประสิทธิภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถการดูแลตนเองในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้อย่างมีนัยสำคัญ แนะนำให้ใช้การให้คำปรึกษาแบบจัดการตนเองเป็นการแทรกแซงทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการรักษา (เช่น 1-2 เดือนแรก) ในระหว่างการให้ยาที่สถานพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจรีย์ ตรีนนท[8] พบว่าความรู้ ความพึงพอใจ และ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของรอด์เดนและทราฟท์ ปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย อยู่ในระดับมากที่สุด และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผน จำหน่ายอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย วัณโรคช่วยเพิ่มความรู้ ความพึงพอใจและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงมีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอดไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่าง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ แนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore both disease and illness) 2) ช่วยเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the whole person) 3) หาหนทางร่วมกัน (Find common ground) 4) สร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม (Incorporate prevention and health promotion) 5) ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance doctor-patient relationship) และ 6) มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง (Being realistic) โดยประยุกต์จากแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค[2] ส่งผลให้ ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วย พบว่า โดยรวมและรายด้าน หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด ความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของญาติ/ผู้ดูแล และผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ของญาติ/ผู้ดูแล ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า ความสำเร็จในการรักษา (ร้อยละ88) และ อัตราขาดยา < 5 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดส่วนตัวชี้วัด อัตราตาย < 5 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ขนิษฐา แก้วกัลยา พบว่าแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้กรอบการวางแผนการจำหน่ายแบบ D-METHOD 2) การบันทึกข้อมูลใน Home care program 3) ประเมินความพร้อมผู้ป่วย และผู้ดูแล 4) เตรียมความรู้ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จ าเป็น 5) ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อฝึกทักษะการดูแลตามความจ าเป็น6) วาง แผนการดูแลต่อเนื่อง7) บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Smart COCซึ่งเป็นโปรแกรมเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล8) ติดตามข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโปรแกรม Smart COC9) สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องตามเป้าหมายผลลัพธ์10)รายงาน ผลต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลต่อเนื่องเหมาะสมมากที่สุด(= 4.79,S.D= 0.22)แนวทางการดูแลต่อเนื่องสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด(=4.88 ,S.D=0.50) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาวรรณ จิตดอน[13]พบว่าการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอดที่บ้านโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรัง สามารถรักษาหายขาดได้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จากผลสำรวจ ประเทศไทยยังพบอัตราการรักษาไม่สำเร็จในผู้ป่วย บางราย แม้จะนำมาตรการการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้ามาใช้ ทั้งนี้ส่วนใหญ่พบว่า สาเหตุหลัก เกิดจากการขาดยา เนื่องจากยารักษาวัณโรคปอดมักก่อให้เกิดอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ตั้งแต่ระดับไม่รุนแรง จนถึงรุนแรงอันตรายต่อชีวิต เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความ

ท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการรักษา การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นหัวใจสำคัญ เป็นการดึงครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแล โดยเชื่อว่าสมาชิกใน ครอบมีความผูกพันใกล้ชิดกัน มีความรัก ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มากขึ้น อีกทั้งครอบครัวยังสามารถทำหน้าที่แทนกันได้เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จัดเป็นบุคลากรสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน และมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้บริการสุขภาพครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ แก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้ การรักษาประสบผลสำเร็จ ไม่เกิดภาวะดื้อยา ผู้ป่วยและครอบครัวมีจิตใจที่เข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา[14] พบว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วย กระบวนการกลุ่ม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายประกอบสื่อ การชมวีดีทัศน์ การแจกเอกสารคู่มือ แผ่นพับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปอภิปรายผล และการติดตามผล การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบของฟิชเชอร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired sample t-test และสถิติ Independent sample t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบในเดือนที่ 2 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจโดยกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อสามารถพัฒนาความรู้ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้อย่างถูกต้องมากขึ้นและลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานควบคุมวัณโรคเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และลดปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการศึกษาแนวทางการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรค ควรนำแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มาใช้โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore both disease and illness) 2) ช่วยเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the whole person) 3) หาหนทางร่วมกัน (Find common ground) 4) สร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม (Incorporate prevention and health promotion) 5) ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance doctor-patient relationship) และ 6) มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง (Being realistic)

เอกสารอ้างอิง

1.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค .(2564) .แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 1,500 เล่ม

2.สำนักวัณโรค. (2559) .แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค, สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

3.แนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง พ.ศ. 2566.(2566) .กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2566 จำนวน 20,000 เล่ม

4.แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค(ฉบับปรับปรุง 2566).กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2566 จำนวน 300 เล่ม สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

5.Muhamad Jauhar Muhamad Jauhar, Astuti Yuni Nursasi, Wiwin Wiarsih .(2019) .Evaluation of impact self-management counseling on health-seeking behavior's self-efficacy pulmonary tuberculosis outpatients .The Second International Nursing Scholar Congress (INSC 2018) of Faculty of Nursing, Universitas Indonesia.Pages 482-487 (September 2019)

6.Abbasiah Abbasiah **.**(2022) **.**Self-Screening in the Family Members of Tuberculosis Patients: A Systematic Review .Journal of Research Development in Nursing and Midwifery (J Res Dev Nurs Midw) Online ISSN: 2588-3038(2022; 19 (1) :50-53)

7.อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2564) .แนวทางป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ .สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)(https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5441?locale-attribute=th)

8.ปาจรีย์ ตรีนนท .(2557) .การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอด .โรงพยาบาลรามาธิปดี วารสารวิจัยและนวตกรรมทางการพยาบาล Vol. 20 No. 1 (2014): มกราคม-เมษายน 2557

9.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐและคณะ . การสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมวัณโรค : กรณีศึกษานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลวังน้ำเย็น .วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 23 ฉบับที่ 4 ต.ค.-ธ.ค. 2558

10.ทัศนีย์ มนุญพาณิชย์ .(2552) .บทความอาสาสมัครสาธารณสุขกับงานป้องกันวัณโรค.วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 18 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม 2552

11.ขนิษฐา แก้วกัลยา และคณะ .(2566) .การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม .วารสารการพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566

12.บุณยดา สินสุนทร .(2565) .การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณี ในชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร .วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (2022): พฤษภาคม - สิงหาคม 2565

13.จุฬาวรรณ จิตดอน .(2561) .บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอดที่บ้านโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง .วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีที่ 22 ฉบับที่ 43-44 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561

14.สมัญญา มุขอาษา .(2558) .การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ .วารสารมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์(DOI number 10.14457/ TU.the.2015.1267)

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Model of developing the potential of village health volunteers to promote self-care behavior among patients with type 2 diabetes.

(Received: January 27,2025 ; Revised: February 2,2025 ; Accepted: February 4,2025)

เพชรรัตน์ วงค์ไชยชาญ[1]
Petcharat Wongchaichan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม) Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกลาง ตำบลดงสมบูรณ์ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 45 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา) Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดและความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 โดยที่หลังการดำเนินงาน การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the understanding of village health volunteers in promoting self-care behaviors for type 2 diabetes patients and to study the model for developing the potential of village health volunteers in promoting self-care behaviors for type 2 diabetes patients. The study period was between November 2024 and December 2024, a total of 2 months. The sample consisted of 45 representatives of village health volunteers from Ban Dong Klang Subdistrict Health Promotion Hospital, Dong Sombun Subdistrict, Tha Khantho District, Kalasin Province. 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 the understanding of village health volunteers in promoting self-care behaviors of type 2 diabetes patients was found to be at a moderate level overall and in each aspect before the implementation, and at a high level after the implementation. The understanding of village health volunteers in promoting self-care behaviors of type 2 diabetes patients before and after the implementation was found to be statistically significantly different at the .05 level. After the implementation, the comparison of the understanding of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกลาง ตำบลดงสมบูรณ์ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

village health volunteers in promoting self-care behaviors of type 2 diabetes patients had a higher mean score than **เพชรรัตน์ วงค์ไชยชาญ** before the implementation.

Keywords: village health volunteers, self-care behaviors, type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพทั่วโลกและในประเทศไทย เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นทุกปีและส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุข โรคนี้เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีการผลิตอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันกลับพบในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานมากขึ้น เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และความเครียดที่สะสมจากการทำงานและชีวิตประจำวัน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังจากเบาหวานชนิดที่ 2 หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคตา และแผลเบาหวานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือการถูกตัดอวัยวะ ผลกระทบเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและสังคมในภาพรวมการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[1] การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด มีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรค การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและวิธีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1]

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถือเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พฤติกรรมการดูแลตนเองครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลสุขภาพจิต พฤติกรรมเหล่านี้มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหารเป็นหนึ่งในพฤติกรรมสำคัญ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น ขนมหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การเลือกบริโภคอาหารที่มีไฟเบอร์สูง เช่น ผักและผลไม้สด จะช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย[2] ช่วยเพิ่มความไวของอินซูลินและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ การรับประทานยาและการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำของแพทย์มีความสำคัญ ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป การดูแลสุขภาพจิตก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากความเครียดสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น การผ่อนคลายผ่านกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนสามารถช่วยลดความเครียดได้ การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกระบวนการที่ต้องใช้การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน การส่งเสริมดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญของการดูแลตนเองและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม การให้ความรู้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และวิธีการดูแลตนเอง เช่น การอธิบายเกี่ยวกับผลกระทบของระดับน้ำตาลในเลือดต่อ

ร่างกาย และวิธีการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การจัดกิจกรรม หรือการบรรยายในชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพเบาหวานสามารถช่วยสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มผู้ป่วยได้ดีขึ้น แรงจูงใจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เช่น การให้กำลังใจหรือการช่วยจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ หรือโปรแกรมออนไลน์เพื่อให้คำปรึกษาและติดตามผลการดูแลตนเอง ก็สามารถช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัวได้[2]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาค ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน[3]

การบูรณาการบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ อสม. มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน ทำให้สามารถสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือ อสม. สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ การติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมในชุมชน[4]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพัฒนาศักยภาพของ อสม. ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและลดภาระของระบบสาธารณสุข เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ครอบครัว ระบบสาธารณสุข ทั้งยังเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งให้ชุมชนผ่านการสนับสนุนโดย อสม. และสร้างการมีส่วนร่วมในต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการพัฒนา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกลาง ตำบลดงสมบูรณ์ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกลาง ตำบลดงสมบูรณ์ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สมัครใจ สามารถอ่านออกเขียนได้อย่างคล่องแคล่ว และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมู่บ้านละ 5 คน มีทั้งหมด 9 หมู่บ้าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การศึกษาความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ[6]

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

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก3 อ2 ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2

3. การดำเนินการตามกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การศึกษาความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังดำเนินการิ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test ในการวิเคราะห์ ความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ส่งผลให้อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องอาหารและแพทย์ทางเลือก ได้ฝึกคำนวณอาหาร มีความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการออกกำลังกาย มีความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะในการป้องกันอบายมุข ทั้งนี้ส่งผลให้สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ สามารถฝึกการหายใจได้ ถูกต้อง กลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญและสามารถนำกิจกรรมที่เข้าร่วมในวันที่ 2 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ เกิดแรงจูงใจ มีแนวทาง/ทางเลือกในการปฏิบัติตามบริบท มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญและสามารถนำกิจกรรมที่เข้าร่วมไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและ

หลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 โดยที่หลังการดำเนินงาน การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.81	0.56	4.50	0.47	44	-16.948	.000	-1.88143	-1.48153
ออกกำลัง	2.77	0.55	4.51	0.42	44	-19.103	.000	-1.92603	-1.55841
อารมณ์	2.84	0.73	4.53	0.54	44	-14.828	.000	-1.91843	-1.45935
สูบบุหรี่	2.90	0.70	4.44	0.54	44	-13.260	.000	-1.77491	-1.30657
ส.สุรา	3.01	0.96	4.49	0.58	44	-9.225	.000	-1.79610	-1.15204
รวม	2.87	0.46	4.49	0.43	44	-19.102	.000	-1.79698	-1.45398

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 โดยที่หลังการดำเนินงาน การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์[3] ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผลการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนน เฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด พบว่า สมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการได้รับ การพัฒนาสมรรถนะ มีความแตกต่างกัน คือ ก่อน การได้รับการพัฒนาสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านความรู้ อยู่ที่ระดับปานกลางจำนวน 16 คน) ร้อยละ 46.7) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิน ภสูง่า[4] ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังเข้าร่วมการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ93 .44 จากก่อนเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ77 . 67และมีค่าดัชนีประสิทธิผลของโครงการอบรมการพัฒนาความรู้ และทักษะการดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยในชุมชนมีค่า

เท่ากับ. 7107 แสดงว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ71 . 07และเพิ่มขึ้นจากก่อน เข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05)p=.000)

จึงได้จัดทำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกลาง ตำบลดงสมบูรณ์ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้เป็นไปตามแนวคิดของ ทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์[5] ศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม .มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุม) t = 2.75, p(one tailed) < .05) แต่พฤติกรรมการดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน) t = 1.36, p (one tailed) > .05) และสอดคล้องกับ จรรยา คุณภาที (2567)[6] ที่ศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) อสม (.ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ56 . 10อายุเฉลี่ย56 . 34ปี)Min= 37ปี , Max= 84ปี , S.D.=9.21) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ80 . 50จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 37อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75. 60รายได้ เฉลี่ย7, 148บาท/เดือน)Min=1, 200 บาท , Max=50, 000บาท , S.D.= 6,881.16) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย19 . 82ปีโดยเป็น อสม . มากกว่า 30 ปี ร้อยละ30 . 49(Min=1ปี,Max= 46ปี ,S.D.= 11.92) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี) X= 22.3,S.D=3.06) ระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้) X= 6.41,S.D.=5.05) ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) อสม (.ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้สุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการเข้า โปรแกรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ)p-value<0.05) ยกเว้นพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ได้ประยุกต์จากผลการศึกษาของ ฉลอง แสงคำ (2567)[7] ที่ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม .ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดตอ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านตาเปยง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปรางคกู จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การพัฒนาศักยภาพ อสม . คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ อสม .เปรียบเทียบกอนและเมื่อสิ้นสุดการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบวา คาเฉลี่ยความรูของ อสม. เพิ่มขึ้น4 . 06คะแนน)95%CI=3.63-4.48) แตกตางกันอยางมีนัยสำคัญทางสถิติที่. 01, คาเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น4 . 40 คะแนน)95%CI=3.89-4.89) แตกตางกันอยางมีนัยสำคัญทางสถิติที่. 01, เปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยกอนและหลังจับคูดูแล ดวยสถิติ Pair t-test หลังการพัฒนาสูงกวากอนการพัฒนา คาเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 8. 30คะแนน) 95%CI= 7.65-8.96) แตกตางกันอยางมีนัยสำคัญทางสถิติที่. 01 คาความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบกอนและเมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย อสม .ลดลง คา ความดันโลหิตคาบน 11. 73(95% CI=9.54-13.93) คาความดันโลหิตคาลาง. 52)95% CI=.64-1.96) ประสิทธิผล ของการพัฒนาศักยภาพ อสม .คือ คะแนนความรูของ อสม . หลังการพัฒนาศักยภาพ กำหนดให้เปน E1 และเมื่อ

อสม .จับคูดูแลผูปวยเบาหวานสิ้นสุด ประเมินความรูของ อสม.อีกครั้ง กำหนดใหเปน E 2ซึ่งกำหนด E1/E2 เทากับ80 / 80ผล78 .72/-81.37 ความคลาดเคลื่อนของ รอยละ 2.65 ไมเกินรอยละ5 โปรแกรมการพัฒนาอสม.สามารถนำไปใชได จริงเปนไปตามวัตถุประสงค

ส่งผลให้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โดยรวมและรายด้าน หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด และก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 โดยที่หลังการดำเนินงาน การเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ

ภัทรภร กิตติไชยากร[8] ที่ศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม) p-value < 0.001) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม) p-value = 0.011) และพฤติกรรมในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม) p-value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา คู่เคียงบุญ[9] ที่ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า หลัง การทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0 .2 05) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0 .3 05) ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ย ของดัชนีมวลกาย) BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0 .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ

ศิรประภา สิทธาพานิช[10] ที่ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม .ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวย่อ พบว่า1) หมอคนที่ 1 หรือ อสม .ตามโครงการ 3 หมอ ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเบาหวาน 2) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานของ อสม . หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่. 01 3 (คะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหลังการจับคู่ดูแลสูงกว่าก่อนการจับคู่ดูแล อย่างมีนัยสำคัญที่. 01 และค่าเฉลี่ย HbA1c หลังสิ้นสุดการจับคู่ดูแลต่ำกว่าก่อนการจับคู่ดูแล อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 และ4) ประสิทธิผล ของการพัฒนาศักยภาพ อสม .ประเมินจากคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ค่า E1/E 2เท่ากับ80 / 80ซึ่งการวิจัยนี้ทำให้ อสม .มีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถกระตุ้นส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สาโรจน์ ตาลผาด[11] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก

พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลห้วยเม็ก พบว่า ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และระดับ ความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลห้วยเม็ก ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 โดยที่หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมการประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลจากการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เบาหวานแห่งชาติ. (2563).แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior, 31(2), 143–164. https://doi.org/10.1177/1090198104263660
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
4. วันดี โกสิยะจินดา. (2562). การพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, ปีที่ 29 ฉบับที่ 2, 45–60.
5. ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์. (2567). การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่างิ้ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ปีที่ 9 ฉบับที่ 6, 384-403.
6. สุพิน ภสูง่า. (2563). การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะในการดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, ปีที่ 5 ฉบับที่ 1, 19-28.
7. ทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์. (2567). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ 24 ฉบับที่ 3, 70-82.
8. จรรยา คุณภาที. (2567). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ปีที่ 9 ฉบับที่ 3, 1-10.
9. ฉลอง แสงคำ. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(พิเศษ), 1-15.

10. ภัทรภร กิตติไชยากร. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ปีที่ 9 ฉบับที่ 6, 783-793.
11. วนิดา คู่เคียงบุญ. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ปีที่ 9 ฉบับที่ 6, 762-771.
12. ศิรประภา สิทธาพานิช. (2565). ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว ย่อ. ยโสธรเวชสาร, ปีที่ 24 ฉบับที่ 2, 36-48.
13. สาโรจน์ ตาลผาด. (2567). การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ชุมชน, ปีที่ 9 ฉบับที่ 5, 891-899.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
Development of a model for tuberculosis patient care in the community of Thap Sadet Subdistrict, Tapraya District, Sa Kaeo Province.

(Received: January 27,2025 ; Revised: February 2,2025 ; Accepted: February 4,2025)

สันติสุข ลีสีสุข[1]
Santisuk Leesisuk[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Method Research Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว และเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 75 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรค และกลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย 1) บริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา ที่ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และ 3) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 100.0 ไม่พบอัตราการขาดยาและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน, ผู้ป่วยวัณโรค, ชุมชน

Abstract

This study was action research using a mixed method research design. The objectives were to study the context and situation of tuberculosis patient care in the community of Thap Sadet Subdistrict, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province, to develop a tuberculosis patient care model in the community of Thap Sadet Subdistrict, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province, and to evaluate the results of the development of the tuberculosis patient care model in the community of Thap Sadet Subdistrict, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province. The sample group of the research consisted of 75 people who were purposively selected and divided into 2 groups: Group 1: tuberculosis patients and Group 2: stakeholders in the development of the tuberculosis patient care model in the community. Data were collected using questionnaires, in-depth interviews, observations, focus group discussions, and knowledge sharing meetings. Data were analyzed using quantitative data using descriptive statistics and inferential statistics. In comparing the mean values, the Paired sample t-test was used, and qualitative data were analyzed using content analysis.

Research results 1) Context and situation of tuberculosis patient care in the community of Thap Sadet Subdistrict, Ta Phraya District, which still lack community participation 2) Obtained a tuberculosis patient care model in the community of Thap Sadet Subdistrict, Ta Phraya District, Sa Kaeo Province that is

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเพร็ก

appropriate for the local context and 3) After the model was implemented, the average knowledge score of tuberculosis and the behavior score following the treatment plan of tuberculosis patients in the community, the average knowledge score of tuberculosis and the participation in tuberculosis patient care in the community of the stakeholder group in developing the tuberculosis patient care model in the community had an average increase from before the model development with statistical significance at the .001 level and the success rate of tuberculosis patient treatment was 100.0 percent, no drug withdrawal rate and tuberculosis patient mortality rate were found, equal to 0.

Keywords: Development of tuberculosis patient care model in the community, tuberculosis patients, community

บทนำ

โรควัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดเชื้อที่คร่าชีวิตผู้คนมากที่สุดเป็นอันดับสองของโลก รองจาก COVID-19 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปี ค.ศ. 2022 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 10.6 ล้านคน เพศชาย 5.8 ล้านคน เพศหญิง 3.5 ล้านคน เด็ก 1.3 ล้านคน ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 6.3 ของอัตราการเกิดวัณโรคทั้งหมดและมีผู้เสียชีวิตด้วย TB ทั่วโลกประมาณ 1.30 ล้านคน โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ที่สูงมาก ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและการเงินเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาโรควัณโรค ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญและมีเป้าหมายยุติวัณโรคร่วมกันภายในปี พ.ศ. 2578 โดยอุบัติการณ์การกิดวัณโรคไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตลดลงมากกว่าร้อยละ 95.00[1]

จากการประมาณการณ์ทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 111,000 คน คิดเป็น 155 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 9,200 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 2,700 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 14,000 ราย จากสถิติการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศ (NTIP) ระหว่าง ปี พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภท จำนวน 399,846 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ 357,267 ราย ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน (กลับเป็นซ้ำรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวและรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา) 35,236 ราย และผู้ป่วยอื่น ๆ ไม่สามารถจัดกลุ่มตามนิยามที่กำหนด จำนวน 7,343 ราย โดยภาคตะวันออกบริเวณตอนล่างและส่วนกลางของภาคมีอัตราป่วยวัณโรคมากกว่า 150 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรควัณโรคมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป รองลงมาคืออายุ 45 – 54 ปี และอายุ 55 – 64 ปี สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงในภาพรวมประมาณ 2 ต่อ 1 โดยตำแหน่งที่เป็นโรคที่พบมากที่สุด คือวัณโรคปอด ร้อยละ 85 รองลงมาเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มปอด กระดูกและข้อ นอกจากนี้อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 84.00 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายของ WHO คือร้อยละ 90.00 โดยสาเหตุที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายมีหลายประการ เช่น ผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระบบบริการ มีการไปรับบริการที่คลินิก/โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลเอกชน หรือมารับบริการแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยตลอดจนได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบรายงานผลการดำเนินงานวัณโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และจากข้อมูลในปีงบประมาณ 2562-2566 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All form) คิดเป็นร้อยละ 85.00 ร้อยละ 87.45 และร้อยละ 85.53 ตามลำดับ อัตราตาย

คิดเป็นร้อยละ 8.52 ร้อยละ 8.93 และร้อยละ 9.92 ตามลำดับ อัตราการขาดยาคิดเป็นร้อยละ 3.61 ร้อยละ 2.86 และร้อยละ 3.17 ตามลำดับ[2]

สถานการณ์ผู้ป่วยด้วยโรควัณโรคของจังหวัดสระแก้ว จากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศ (NTIP) ย้อนหลัง 5 ปี พบว่าในปี พ.ศ. 2562 - 2566 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ดังนี้ 784, 702, 633, 428 และ 622 ราย รวมทั้งสิ้น 3,169 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 181.60, 162.60, 146.62, 99.14 และ 144.07 ต่อแสนประชากร อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) ร้อยละ 83.2, 80.8, 87.4, 82.1 และ 82.4 ซึ่งอัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) น้อยกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรควัณโรคของอำเภอตาพระยาที่มีผู้ป่วยเป็นอันดับ 3 ของจังหวัดสระแก้ว จากข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 – 2566 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ จำนวน 42, 32, 35 และ 32 ราย อัตราป่วย 88.73, 73.77, 80.44 และ 79.09 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะบวก 11, 9, 5 และ 8 ราย อัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 100, 66.7, 80.0 และ 87.5 และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0, 33.3, 20.0 และ 0 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของ WHO [3] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ขาดการรักษาโดยไม่มาตามนัดสาเหตุเนื่องมาจากเมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยก็ไม่มารับยาต่อเนื่องตามนัด และมีความกังวลในการยอมรับการป่วยเป็นวัณโรคของสังคมรอบข้าง การตีตราผู้ป่วยวัณโรคและการดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ต่อเนื่องตามวันนัดได้และลืมวันนัด[4,5] นอกจากนี้ ยังพบว่า การเข้าถึงบทบาทของการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว อสม.ชุมชน ยังขาดการรับรู้ถึงบทบาทที่ต้องปฏิบัติหากพบผู้ป่วยในชุมชน และผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จเกิดจากการดูแลของญาติและตัวผู้ป่วยเอง[6]

ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2562 -2566 เท่ากับ 283.78, 343.08, 391.84, 341.51, 519.14 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกันระหว่างชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเพร็ก ตำบลทัพเสด็จ พบว่า 1) ผู้ป่วยวัณโรคมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในด้านการรับประทานยาและไม่มาพบแพทย์ตามนัด 2) พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรคบางส่วน ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรค 3) ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคไม่ต่อเนื่อง 3) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน 4) ชุมชนยังขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรควัณโรคในชุมชน 5) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคยังมีน้อย ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาและการดำเนินงานควบคุมวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จส่งผลให้การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ต่อครัวเรือนอยู่ที่ 6,452.31 บาท ซึ่งมีแนวโน้มจะสูงขึ้นไปเรื่อยๆ[7]

จากการศึกษาที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลทัพเสด็จ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและนำมาออกแบบเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observe) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งจะมีผู้มี

ส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) เข้ามาร่วมในทุกขั้นตอน ในการกำหนดปัญหาและความต้องการ การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปกระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอน ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยจะขยายผลนี้ไปสู่การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วไปใช้ ผู้ป่วยมีระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสูงกว่าก่อนนำไปใช้
2. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วไปใช้ ผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนนำไปใช้
3. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วไปใช้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสูงกว่าก่อนนำไปใช้
4. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วไปใช้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีคะแนนการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนนำไปใช้
5. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วไปใช้ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จ (Success Rate) สูงขึ้นกว่าก่อนนำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) ในลักษณะเป็นวงรอบตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ในปี 1988[8] ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Method Research Design) โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนำวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 30 เมษายน - 30 ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม มีจำนวนทั้งสิ้น 108 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคในตำบลทัพเสด็จที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 36 คน กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ ผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บุคลากรสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 72 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม มีจำนวนทั้งสิ้น 75 คน โดยใช้การเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคในตำบลทัพเสด็จที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 32 คน

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วย

วัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูล TBCM online 2) ผู้ป่วยที่รับการรักษาและอยู่ในความดูแลของตำบลทัพเสด็จ
3) มีสติรับรู้ตัวดีและไม่จำกัดเพศในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ผู้ป่วยอ่านภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามครบตามที่กำหนดไว้ 2) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยหรือเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ ผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บุคลากรสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 43 คน

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้นำชุมชนในตำบลทัพเสด็จ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 2) เป็นนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลทัพเสด็จ 3) เป็นพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรค NPCU ตำบลทัพเสด็จ 4) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลทัพเสด็จ 5) ผู้ป่วยอ่านภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามครบตามที่กำหนดไว้ 2) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยหรือเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ในครั้งนี้มีด้วยกัน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับผู้ป่วยโรควัณโรค มี

ชุดที่ 2 แบบบันทึกผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 (สำหรับเจ้าหน้าที่) สำหรับบันทึกผลการตรวจเสมหะด้วยการย้อมสีทนกรด (AFB Stain) ซึ่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เมื่อเริ่มต้นการรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 2 (ระยะเข้มข้นของการรักษา) จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยประเมินผลการตรวจเสมหะเป็นพบเชื้อวัณโรคและไม่พบเชื้อวัณโรค

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ชุดที่ 4 แบบสังเกต การมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ชุดที่ 5 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการควบคุมโรคและคลินิกวัณโรค ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ และนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha

Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1970) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 แบบสังเกตการมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และแนวทางสรุปการถอดบทเรียน มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ร่วมรับรู้ปัญหา ตลอดจนร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ซึ่งจะนำไปสู่แผนปฏิบัติการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแต่งตั้งคณะทำงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชน 2) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรค และ 5) ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 ศึกษาบริบท และวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ดำเนินกิจกรรมภายใน 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเพร็ก ระดมสมองหาปัญหาและวิเคราะห์ที่มาของปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยใช้การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis: RCA) ด้วยแผนภูมิก้างปลา (Fish bone Diagram) และใช้กิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ เพื่อเปิดโอกาสให้ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสาเหตุของปัญหา กลุ่มละประมาณ 10 คน โดยกลุ่มเป้าหมายมีบทบาทและหน้าที่ที่แตกต่างกัน เพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยได้มอบหมายให้ทีมผู้ช่วยนักวิจัยเข้าร่วมสังเกต พร้อมจดบันทึกและถ่ายภาพการสนทนาครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) กำหนดแนวทางในแผนงานโครงการและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งต่อเนื่องมาจากขั้นวางแผน

ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) โดยการบันทึกผลกิจกรรมตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดยผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมไว้ ดังนี้ 1) การสนับสนุน การนิเทศติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว 2) การให้คำแนะนำการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยกระบวนการของการปฏิบัติการจะสรุปจากการสังเกตตลอดจนเสร็จสิ้นกระบวนการของการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการทบทวนการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ซึ่งจะเป็นการสะท้อนว่ารูปแบบเดิมที่มีอยู่เป็นอย่างไร รูปแบบใหม่ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นอย่างไรและถอดบทเรียนด้วยการทบทวนหลังกิจกรรม (After Action Review :AAR)

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ข้อมูลระดับความรู้ การมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตาม

แผนการรักษา การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 6/2567 วันที่เอกสารรับรอง 29 เมษายน 2567

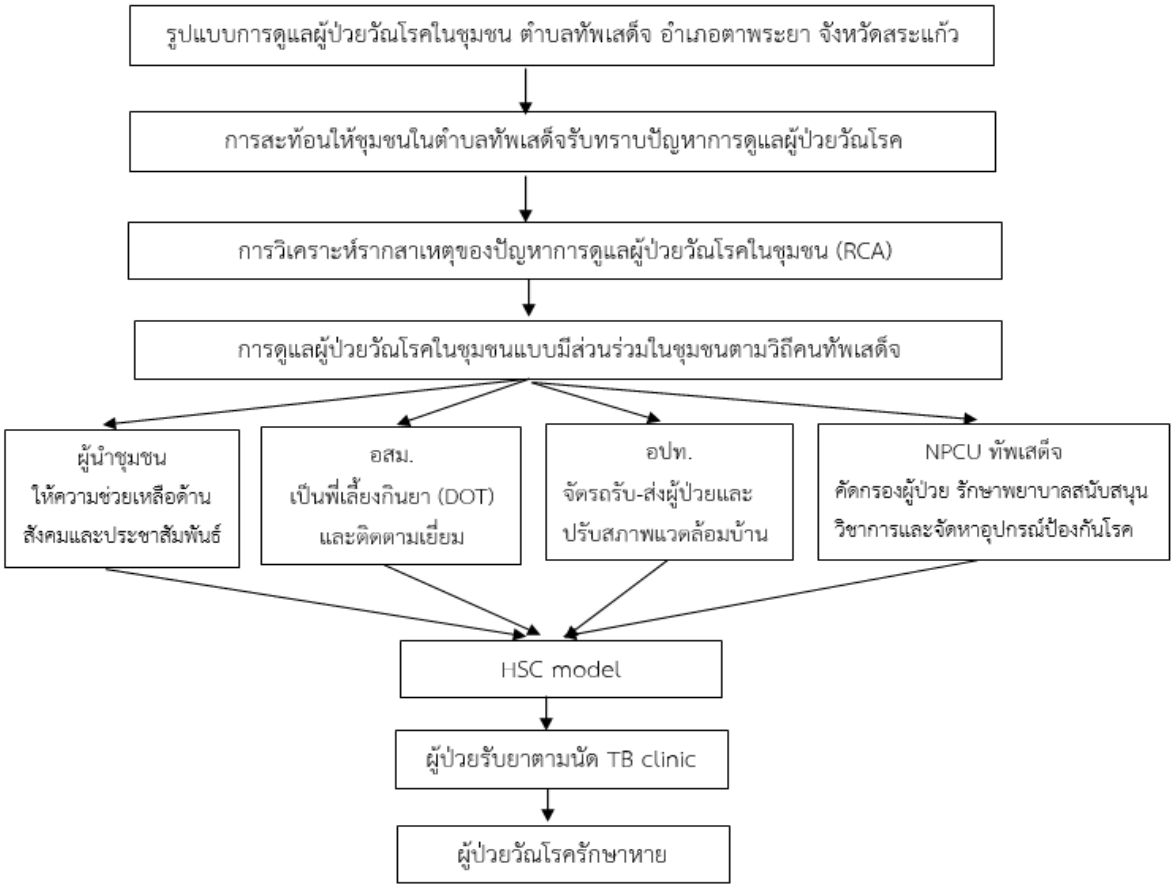
ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา มีจำนวน 12 หมู่บ้าน ประกอบไปด้วยหมู่ที่ 1-12 ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลทัพเสด็จ อยู่ห่างจังหวัดสระแก้ว ประมาณ 105 กิโลเมตร เนื้อที่โดยรวมประมาณ 80 ตารางกิโลเมตร อาณาเขตทิศเหนือ ติดต่อกับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลทัพไทย ทิศใต้ติดต่อกับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลตาพระยา ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดบันเตียเมียนเจยของประเทศกัมพูชา และทิศตะวันตกติดต่อกับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลทัพราช มีจำนวนครัวเรือน 2,300 ครัวเรือน ประชากรประมาณ 8,995 คน เพศชาย 4,469 คน เพศหญิง 4,526 คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ พื้นที่โดยส่วนใหญ่ของตำบลทัพเสด็จมีสภาพเป็นที่ราบลาดเอียงไปทางทิศตะวันออกสู่ประเทศกัมพูชาซึ่งปริมาณน้ำจากธรรมชาติที่มีอยู่จะไหลลงสู่ประเทศกัมพูชาตลอดจนไม่สามารถกักเก็บน้ำไว้ได้ ประกอบกับสภาพดินเป็นดินดานลักษณะดินไม่อุ้มน้ำทำให้มีปัญหาเรื่องภัยแล้งอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมีอากาศร้อนตลอดปี ในระยะเวลาหนึ่งปีโดยทั่วไปอุณหภูมิจะเปลี่ยนแปลงในช่วงตั้งแต่ 20°C ถึง 36°C และน้อยมากที่จะอยู่ต่ำกว่า 17°C หรือสูงกว่า 39°C

มีโรงพยาบาลตาพระยาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยและมีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตำบลทัพเสด็จ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเพร็กโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสง์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกแจง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะกอก โดยมีโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่สำคัญของตำบลทัพเสด็จก็คือ โรควัณโรค ซึ่งมีสถิติการป่วยย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 -2566 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 283.78, 343.08, 391.84, 341.51, 519.14 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีการกำหนดให้โรควัณโรคเป็นประเด็นปัญหาในพื้นที่โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานในแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบล

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่า ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยกระบวนการวิจัยแบบ PAR 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลปฏิบัติการ นำไปสู่การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) 1) โครงการอบรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรควัณโรค ตำบลทัพเสด็จ (Health Literacy) 2) โครงการตรวจคัดกรองวัณโรคในชุมชนตำบลทัพเสด็จ (Screening) และ 3) โครงการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตำบลทัพเสด็จ (Care System) โดยมีรูปแบบ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ตอนที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t- test พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t- test พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้ป่วยวัณโรค มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค (Mean = 9.72, S.D. = 2.57) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 17.00, S.D. = 1.04) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t- test พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t- test พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้ป่วยวัณโรค มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Mean = 32.56, S.D. = 5.00) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean =

47.52, S.D. = 4.66) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะในเดือนที่ 2 พบว่า ผลการตรวจเสมหะหาปริมาณเชื้อวัณโรคใน Sputum AFB (การย้อมสีชนิดทนกรด: Acid fast bacilli stain, AFB) เพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอดร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-ray) นั้น ในเดือนแรกของการรักษาตรวจพบปริมาณเสมหะบวกในผู้ป่วยวัณโรคหลังจากเข้าร่วมการพัฒนาและรับการรักษาวัณโรคโดยการรับประทานยาสูตรยาระยะเข้มข้น (Intensive phase) 2 เดือนแรก พบว่าผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 84.4

3.4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t- test พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค (Mean = 13.97, S.D. = 1.69) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 17.98, S.D. = .152) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t- test พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (Mean = 2.89, S.D. = .193) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 4.77, S.D. = .132) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีขั้นตอนในการพัฒนาตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) และขั้นตอนที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบและโครงการ จำนวน 3 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการอบรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรควัณโรค ตำบลทัพเสด็จ (Health Literacy) 2) โครงการตรวจคัดกรองวัณโรคในชุมชนตำบลทัพเสด็จ (Screening) 3) โครงการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตำบลทัพเสด็จ (Care System) มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมเกียรติ ตาตะมิ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และสุทิน ชนะบุญ[11]ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน จากการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคเบื้องต้นเรียกว่า THABO Model สอดคล้องกับการศึกษาของนพดล พิมพ์จันทร์[12] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษาอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ใน

ชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยMDR-TB ที่ได้พัฒนาขึ้นทั้ง 5 ขั้นตอนไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่วิจัยตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ การคืนข้อมูลให้ชุมชนและนำเสนอการวิจัยให้กับประชาชนในพื้นที่ทราบ นอกจากนี้ยังมีการคืนข้อมูลการวิจัยในการประชุมเครือข่ายระบาดวิทยาระดับอำเภอชุมพลบุรี ในประเด็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย MDR-TB โดยชุมชนมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของอุไร โชควรกุล[13]ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ใช้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ พบปัญหาการติดตามคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบ DOT ยังไม่มีประสิทธิภาพ 2) ระยะดำเนินการ โดยจัดประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ระยะประเมินผล พบว่า รูปแบบการดูแลรักษาวัณโรคอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การจัดระบบบริการ การประสานงานส่งต่อข้อมูลและการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ติดตามเยี่ยมบ้าน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีความรู้ภาพรวมเกี่ยวกับโรควัณโรคเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ทำให้สามารถอ่านออกเขียนได้ ทำให้เข้าใจประเด็นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตำบลทัพเสด็จ ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรครวมถึงสามารถอธิบายการเกิดโรค การป้องกันและการเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี[5] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การพัฒนารูปแบบมี 10 กิจกรรม หลังจากการพัฒนาผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้อยู่ในระดับมาก จากเดิมร้อยละ 82.35 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.24 และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.00 เป็นร้อยละ 100.00 และสอดคล้องกับมุกดา วิเศษ และนพดล พิมพ์จันทร์[14] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก โดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า ในด้านความรู้ หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกำทร ดานา และแจ่มจันทร์ เทศสิงห์[15] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า พยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและปฏิบัติทักษะการดูแลดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<0.001$)

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรควัณโรคหลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากโครงการที่พัฒนาขึ้นตามรูปแบบของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตำบลทัพเสด็จ ทำให้มีความรู้

เกี่ยวกับโรควัณโรคที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์ และศิวะยุทธ สิงห์ปรุ[16] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดา วิเศษ และนพดล พิมพ์จันทร์[14] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกัน XDR-TB พบว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ด้านการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 อาจเป็นเพราะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคและบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธัญมาศ เมืองเดช และประจวบ แหลมหลักการ[6] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจเกิดขึ้นด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คน 2) เงิน 3) วัสดุอุปกรณ์ และ4) การจัดการที่เกิดการประสานงานตามขั้นตอน ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมส่งผลทำให้การรักษาเกิดผลสำเร็จโดยที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของดิษฐพล ใจซื่อ และลัดดาวัลย์ นามภักดิ์[17] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า ครอบครัวและชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมากยิ่งขึ้นและมีกลวิธี 7C TB CARE ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีระบบมากขึ้นชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของผู้ป่วยวัณโรคในการดูแลตนเองโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ K. Questa, et al.[18] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการควบคุมโรคติดต่อในประเทศที่มีรายได้ต่ำรายได้ปานกลางโดยการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement: CE) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะดำเนินการผ่านกระบวนการโดยชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนและการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การดูแลจะถูกคัดเลือกโดยชุมชนผู้ที่ได้รับหน้าที่จากการส่งมอบจะมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชน ผู้ช่วยดูแลสุขภาพชุมชนและเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในหมู่บ้านชุมชน

ด้านผลสำเร็จของการรักษา (Success rate) หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผลการตรวจเสมหะหาปริมาณเชื้อวัณโรคใน Sputum AFB (การย้อมสีชนิดทนกรด: Acid fast bacilli stain, AFB) เพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอดร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-ray) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 84.4 สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 5 อาจเป็น

เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลในการโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและมีระบบพี่เลี้ยง (DOTs) ในการกำกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยาและส่งผลต่อรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดาวประกาย หญ้างาม, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และพัดชา หิรัญวัฒนกุล[4] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคอำเภอธาตุพนม ดำเนินงานโดยคณะกรรมการวัณโรคระดับอำเภอธาตุพนม ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนได้รับการดูแลโดยเครือข่ายสุขภาพ ตามบริบทและวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ไม่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดยา ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ร้อยละ 100.00 และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญมาศ เมืองเดช และประจวบ แหลมหลักการ[6] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตำบลแม่ใจเกิดขึ้นด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คน 2) เงิน 3) วัสดุอุปกรณ์ และ4) การจัดการที่เกิดการประสานงานตามขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลทำให้การรักษาเกิดผลสำเร็จโดยที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา พบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี[5] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การพัฒนารูปแบบมี 10 กิจกรรม หลังจากการพัฒนาผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 88.24

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จากการการทบทวนหลังการดำเนินงานตามรูปแบบ (After Action Review : AAR) พบว่า มีปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Engagement) ซึ่งช่วยการสร้างความเข้าใจและความตระหนักเรื่องวัณโรคในชุมชน การส่งเสริมบทบาทของผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยในการช่วยติดตามรับประทานยา 2) ด้านระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง (Strong Healthcare System) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก เช่น หน่วยบริการในชุมชนหรือการเยี่ยมบ้าน การมีระบบติดตามและรายงานผลที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนยารักษาวัณโรคให้ครบถ้วน 3) ด้านการดูแลที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย (Patient-Centered Care) ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและการรักษา 4) ด้านการประสานงานและความร่วมมือ (Collaboration and Coordination) ระหว่างโรงพยาบาลตาพระยา เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตำบลทัพเสด็จ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ อสม.ในพื้นที่ในการสร้างเครือข่ายการดูแลระบบ DOT 5) ด้านการมีนโยบายที่สนับสนุนการดูแลวัณโรคในชุมชนในการจัดงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ และ 6) ด้านการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) การรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงการใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยในการปรับปรุงกระบวนการดูแลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ด้านการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรมีศึกษาผลกระทบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่น ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการศึกษา

2. ควรมีการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงการออกแบบ (Design Research Methodology)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 – 2566. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2566). ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคลหรือโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management: TBCM) หรือโปรแกรม TBCM online. สระแก้ว: โรงพิมพ์สระแก้ว ช.ดำรงชัยการพิมพ์.
4. ดาวประกาย หญ้างาม, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และพัดชา หิรัญวัฒนกุล.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 128 หน้า
5. วัฒนา สว่างศรี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 16:116-129.
6. ธัญมาศ เมืองเดช และประจวบ แหลมหลักการ.(2566). การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 9:47-47.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา.(2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2566. สระแก้ว: โรงพิมพ์สระแก้ว ช.ดำรงชัยการพิมพ์.
8. Kemmis, S. & McTaggart, R.(1971). The Action Research Planner. 3rd ed. Australia: Deakin University Press.
9. Bloom and Benjamin S.,et al.(1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
10. Best, J. W., & Kahn, J. V.(2003). Research in Education. Boston: Library of congress Cataloguing in Publication data.
11. เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และสุทิน ชนะบุญ.(2562). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 26:36-47.
12. นพดล พิมพ์จันทร์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษาอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9:355-364.
13. อุไร โชควรกุล.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 20: 42-55.
14. มุกดา วิเศษ และนพดล พิมพ์จันทร์.(2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 27: 1-11.
15. กำทร ดานา และแจ่มจันทร์ เทศสิงห์.(2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8:150-159.
16. นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์ และศิวะยุทธ สิงห์ปรุ.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 9: 41-52.
17. ดิษฐพล ใจซื่อ และลัดดาวัลย์ นามภักดิ์.(2566). การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 6:137-148.
18. K. Questa, M. Das, & R. King, et al,.(2020). Community engagement interventions for communicable disease control in low- and lower- middle-income countries: evidence from a review of systematic reviews. International Journal for Equity in Health 1-20.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ

The relationship between health literacy factors and behaviors to prevent early pregnancy among female adolescents, Sisaket Province.

(Received: January 27,2025 ; Revised: February 2,2025 ; Accepted: February 4,2025)

ชัยยะ เผ่าผา[1] อุมาพร สังขฤกษ์[1] ปิยนุช พันธ์ศิริ[1]
Chaiya Phaopha[1] Umaporn Sangkharerk[1] Piyanoot Phansiri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงในจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอายุ 10-14 ปี จำนวน 417 คน โดยใช้สูตรการคำนวณสูตรของ Wayne ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling แบ่งสัดส่วนตามอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และและสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 12.84 ปี (SD=0.26) กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=**14.22**, SD=3.28) ระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=53.64, SD=12.58) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .05 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

Abstract

This study is a cross-sectional analytical study aimed of examining the relationship between health literacy factors and pregnancy prevention behaviors among female adolescents in Sisaket Province. The sample consisted of 417 female adolescents aged 10-14 years from Sisaket Province, determined using Wayne's formula with a 95% confidence level. The participants were selected through multistage random sampling, proportionally distributed across districts in Sisaket Province. Data collection was conducted using a questionnaire. The statistical methods employed included descriptive statistics such as mean, percentage, and standard deviation, as well as inferential statistics using Pearson's correlation coefficient, with statistical significance at p-value <.05.

The research findings revealed that the participants had an average age of 12.84 years (SD = 0.26) and 58.8% were studying at the elementary school level. The participants' overall health literacy regarding pregnancy prevention was at a moderate level ($\bar{}$=14.22, SD = 3.28). Their overall pregnancy prevention behavior was also at a moderate level ($\bar{}$=53.64, SD = 12.58). The analysis of the relationship between health literacy factors and pregnancy prevention behaviors indicated that all components of health literacy were significantly associated with pregnancy prevention behaviors among female adolescents in Sisaket Province, with p-value <.05.

Keywords: Health literacy, Prevention behaviors, Early pregnancy

[1] ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทนำ

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรหรือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ทุกปีมีวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี ประมาณ 21 ล้านคนทั่วโลกตั้งครรภ์ และในจำนวนนี้ประมาณ 12 ล้านคนคลอดบุตร[1] การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและมีการศึกษาไม่เพียงพอ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารก ซึ่งรวมถึงการตายของมารดา การคลอดก่อนกำหนดและการเกิดทารกน้ำหนักน้อย สำหรับประเทศไทย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก็เป็นปัญหาที่สำคัญ โดยข้อมูลจากกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงเป็นอันดับสองในอาเซียน รองจากประเทศลาว[2] การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยมักเกิดขึ้นในกลุ่มที่มีการศึกษาไม่สูงและมีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มในระดับโลก การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในประเทศไทยยังส่งผลกระทบต่อการศึกษาและโอกาสในการทำงานของวัยรุ่นหญิง ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจต่อไปในอนาคต การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีความสำคัญในหลายด้าน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งมารดาและทารก ซึ่งรวมถึงการตายของมารดา การคลอดก่อนกำหนด การเกิดทารกน้ำหนักน้อย และปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มักจะต้องออกจากโรงเรียน ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษาและการทำงานในอนาคต ส่งผลให้เกิดความยากจนและปัญหาทางสังคมต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การส่งเสริมการศึกษาและการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศไทย

สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้แก่ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร และมุกดาหาร พื้นที่เหล่านี้ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมากที่มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษาของผู้ปกครองที่ยังต่ำ สภาพเศรษฐกิจของประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวนาและแรงงานที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งส่งผลให้การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอนามัยมีข้อจำกัด การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารก รวมถึงการศึกษาและโอกาสในการทำงานของวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะจังหวัดศรีสะเกษซึ่งมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงสุดของเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูล ณ 10 พฤษภาคม 2567 พบวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-14 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ 0.90 ต่อพันประชากร[3] ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดกรมอนามัย ซึ่งกำหนดเกณฑ์ ไม่เกิน 0.70 ต่อพันประชากร[2] ถึงแม้ว่าจังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดมีการให้บริการที่เป็นมิตรในการป้องกันและดูแลการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรก็ยังพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ในจังหวัดศรีสะเกษปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น การขาดความรู้และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การขาดการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบทางด้านการศึกษา เนื่องจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักจะต้องออกจากโรงเรียนก่อนเวลา ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษาและการพัฒนาอาชีพในอนาคต ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มอัตราความยากจนในระยะยาว การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และเศรษฐกิจ วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มี

ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เช่น การคลอดก่อนกำหนด การตายของมารดา และการเกิดทารกน้ำหนักน้อย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการศึกษา เนื่องจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักต้องออกจากโรงเรียน ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษาและการพัฒนาอาชีพในอนาคต การลดอัตราการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรต้องการการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การส่งเสริมการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การจัดทำกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการให้การสนับสนุนวัยรุ่นหญิงและครอบครัวสามารถช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาที่สำคัญ ไม่ควรมองข้ามอย่างยิ่ง การเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้วัยรุ่นลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ดีขึ้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้องและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เนื่องจากช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและการคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4] ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและสุขภาพทางเพศ การมีข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ 2) การเข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง การเข้าใจวิธีการคุมกำเนิดและการใช้ยาคุมกำเนิดต่างๆ ช่วยลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังช่วยให้วัยรุ่นสามารถประเมินสถานการณ์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ 3) การใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้วัยรุ่นสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจที่ถูกต้องและเหมาะสม การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้วิธีการคุมกำเนิด การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ ศิริกุล และคณะ ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า การให้การศึกษาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนมีผลช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงได้อย่างมีนัยสำคัญ (P-value<.05)[5] นอกจากนี้ งานวิจัยของ วิภาวี และคณะ ทำการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีผลในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] และจากการศึกษาของนันทิวา สิงห์ทอง และคณะ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงโรงเรียนแห่งหนึ่งจากในเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้และช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีตามไปด้วย[7] จากการทบทวนวรรณกรรม ความรอบ

รู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงประสงค์ที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแก่วัยรุ่นและเยาวชน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุนหญิง จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุนหญิง จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุนหญิง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นหญิงในจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอายุ 10-14 ปี ตามตัวชี้วัดกรมอนามัย (2563) จำนวน 37,330 คน[8] ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิงในจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอายุ 10-14 ปี จำนวน 417 คน ได้มาโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Wayne[9] ทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์กำหนด โดยแบ่งสัดส่วนตามอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวยอันควร และ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.92 ถือว่ามีความสอดคล้อง วิผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับนักศึกษาในคณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[10] (Cronbach's alpha reliability coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 ถือว่ามีความเหมาะสม

วิธีการเก็บข้อมูล

1) ขอหนังสือจากศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในสถานศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ ในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ หรือจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด

3) ก่อนดำเนินการทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้ และให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อ

สงสัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สิทธิ์ในการตอบคำถาม

4) หลังจากรวบรวมแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

5) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและแปรผลการศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล และระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติอนุมาน (inferential statistics) โดยการการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุนหญิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Hinkle[11] ที่ระดับความเชื่อมั่น p-value < .05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-08-67-01-F เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 12.84 ปี (SD= 0.26) กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 652.67 บาท (SD= 82.68) ร้อยละ 38.4 ปัจจุบันพักอาศัยกับผู้ปกครองที่เป็น พ่อ แม่ ร้อยละ 25.4 สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง สมรส ร้อยละ 45.5 ผู้ปกครองประกอบอาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 33.3 ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.9 และเมื่อต้องการคำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ได้ปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 27.6

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จากผลวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=**14.22**, SD=3.28) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด คือ ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ในระดับสูง ($\bar{}$=18.76, SD=3.84) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด คือ ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{}$=10.34, SD=3.46) ดังตารางที่ 2

3. พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=53.64, SD=12.58) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 26.1 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 9.6

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p-value < .05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=14.22,SD = 3.28) ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงมีพื้นฐานความรู้และความเข้าใจในระดับหนึ่งเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แต่ยังมีช่องว่างที่ต้องการการพัฒนาความรู้เพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{}$=10.34, SD = 3.46) แสดงถึงข้อจำกัดในระบบบริการสุขภาพ หรือความไม่เพียงพอของข้อมูลที่เหมาะสมกับวัยรุ่น ข้ออจำกัดของบริการสุขภาพที่เหมาะสม การขาดแคลนข้อมูลที่เข้าถึงง่ายและบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นวัยรุ่น อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นเฉพาะยังน้อย

ในทางตรงกันข้าม ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{}$=18.76, SD = 3.84) บ่งบอกว่าวัยรุ่นหญิงมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อค้นหาและแยกแยะข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ อันเป็นผลจากการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์ที่แพร่หลายทำให้สามารถค้นหาและประเมินข้อมูลได้ดีในเรื่องที่สนใจ เช่น การป้องกันการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nutbeam ซึ่งกล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีมิติที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การแยกแยะข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ผลการศึกษาของ Nutbeam พบว่า วัยรุ่นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีและมีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าในมิติของการรู้เท่าทันสื่อ แต่ในกลุ่มที่ขาดการสนับสนุนจากชุมชนหรือขาดแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม อาจพบความรอบรู้ที่ต่ำในมิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ[12]

ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=53.64, SD = 12.58) ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่มีความพยายามในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความตระหนักรู้และพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในบางด้าน การที่พฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางอาจเกิดจากปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kirby ที่ระบุว่าวัยรุ่นมักมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง เนื่องจากการขาดการศึกษาเรื่องเพศอย่างครอบคลุมและการขาดทักษะในการตัดสินใจที่เหมาะสม[13] อีกทั้งงานวิจัยของ Bearinger et al. ยังชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นมักประสบปัญหาในการป้องกันการตั้งครรภ์เนื่องจากการขาดความรู้เรื่องการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง และการขาดการสนับสนุนจากผู้ใหญ่ที่ไว้ใจได้[14] อาจเนื่องจาก การขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ แม้ว่าวัยรุ่นจะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคุมกำเนิด แต่ขาดความเข้าใจในรายละเอียด เช่น การเลือกวิธีที่เหมาะสมและการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อดั้งเดิมและข้อห้ามทางสังคมเกี่ยวกับการพูดเรื่องเพศในบางชุมชนทำให้วัยรุ่นไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การเข้าถึงบริการสุขภาพ วัยรุ่นอาจประสบกับอุปสรรคในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องเพศกับบุคคลที่ไว้วางใจ อิทธิพลจากเพื่อนและสื่อ ได้แก่ พฤติกรรมของวัยรุ่นอาจได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและการรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากสื่อ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .05 นั้น สะท้อนถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกและการป้องกันปัญหาสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างทักษะความรู้ และการตัดสินใจของวัยรุ่นในการดูแลสุขภาพและป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริวรรณ อภิชาติวงศ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการรู้เท่าทันสื่อและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นที่สามารถแยกแยะและประเมินข้อมูลจากสื่อได้อย่างเหมาะสม จะมีแนวโน้มตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ปลอดภัย[15] สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณพร สิริสุข แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาและการจัดหาวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม มีผลอย่างมากต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร[16] สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรารัตน์ สังวะลี และคณะ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง ในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ครอบครัวและสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์[17] และสอดคล้องกับงานวิจัยของเมตตา วรสุวรรณรักษ์ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง[18] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งการที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและบริการสุขภาพที่เหมาะสมช่วยเพิ่มโอกาสในการเลือกปฏิบัติที่ปลอดภัย การสื่อสารและการจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการจัดการตนเองช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจและดำเนินชีวิตในแนวทางที่ปลอดภัย และการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ ทั้งนี้ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากสื่อและการตัดสินใจที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ สรุปได้ว่า ครอบครัว และโรงเรียนควรให้ความสำคัญในเรื่องการให้คำปรึกษาเมื่อวัยรุ่นมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ หรือเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศ และควรสนับสนุนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน ประเด็นที่ควรมุ่งเน้นการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารในเรื่องเพศศึกษา เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ สร้างการรับรู้และให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สนับสนุนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพวัยรุ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานท้องถิ่น ควรออกนโยบายที่เน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพใน

มิติต่างๆ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยรุ่น

2) ส่งเสริมโครงการให้คำปรึกษาในสถานศึกษา สร้างศูนย์ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศและบริการสุขภาพในโรงเรียน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและคำปรึกษาที่เชื่อถือได้

2. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

1) พัฒนาหลักสูตรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่น โรงเรียนและองค์กรชุมชนควรจัดอบรมหรือกิจกรรมเสริมความรู้ที่ครอบคลุมมิติต่างๆ เช่น การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจที่ถูกต้อง

2) สร้างกิจกรรมรณรงค์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ใช้ช่องทางโซเชียลมีเดียในการเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

3) การจัดอบรมผู้ปกครองและครู จัดอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารและการสนับสนุนวัยรุ่น เพื่อให้ครูและผู้ปกครองสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ ศึกษาและพัฒนานวัตกรรม เช่น แอปพลิเคชันหรือโปรแกรมออนไลน์ที่ช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติต่างๆ

2) การวิจัยปัจจัยเชิงลึก ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์

3) การเปรียบเทียบข้อมูลในพื้นที่อื่น ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ในพื้นที่หรือกลุ่มวัยรุ่นในภูมิภาคอื่น เพื่อพัฒนานโยบายที่เหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ปรึกษาวิจัย ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องวิจัย ผู้บริหารและบุคลากรครูในสถานศึกษา และนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในจังหวัดศรีสะเกษที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2020). Adolescent health [Internet]. 2020 [cited 2020]. Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health.

2.กรมอนามัย.(2563). รายงานสถานการณ์สุขภาพวัยรุ่นในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563]. สืบค้นจาก: http://anamai.moph.go.th.

3.ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี.(2567). รายงานสถิติสุขภาพประชากรในเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี.

4.Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z.(2020). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 12(80):1–13.

5.ศิริกุล นุชทอง.(2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารการศึกษาและพัฒนามนุษย์. 15(2):45–62.

6.วิภาวี พรหมรักษา.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 27(3):255–68.

7.นันทิวา สิงห์ทอง, ณัฐวัลย์ เพ็งแจ่ม, วันฉัตร โสพส, ศุภรดา โมขุนทด, ณัฐมน เนตรภักดี, เขมิกา วิเศษเพ็ง.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 7; 2563 พฤษภาคม 23. นครราชสีมา: สำนักวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนครราชสีมา.

8.สำนักงานปกครองจังหวัดศรีสะเกษ.(2567). รายงานข้อมูลการปกครองจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2567. ศรีสะเกษ: สำนักงานปกครองจังหวัดศรีสะเกษ.

9.Wayne WD.(1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons.

10.Cronbach LJ.(1984). Essential of psychology testing. New York: Harper.

11.Hinkle, DE.(1998). Applied Statistics for the Behavioral Sciences. Boston: Houghton Mifflin.

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

13.Kirby D.(2007). Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

14.Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V.(2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. Lancet. 369(9568):1220–31.

15.ศิริวรรณ อภิชาติวงศ์.(2562). การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่นเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทางเพศ. วารสารการพยาบาล. 33(1):45–56.

16.วรรณพร สิริสุข.(2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 38(3):223–30.

17.วรารัตน์ สังวะลี, จุน หน่อแก้ว, มะลิ โพธิพิมพ์, วลัญช์ชยา เขตบำรุง, จิราภรณ์ ประธรรมโย, ธีรยุทธ อุดมพร, et al.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 34(1):34–46.

18.เมตตา วรสุวรรณรักษ์.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. 12(2):1–13.

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ในอำภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว

ADMINISTRATIVE FACTORS AND KEY SUCCESS FACTORS AFFECTING THE PERFORMANCE OF FAMILY CARE TEAM IN KHAO CHAKAN DISTRICT, SA KAEO PROVINCE.

(Received: January 27,2025 ; Revised: February 2,2025 ; Accepted: February 4,2025)

ชัชชญา ธิราวิทย์[1] บัญชาการ เหลาลา[1]
Chatchaya Thirawit[1] Banchakarn Lao La[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยแบบสำรวจ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานในรูปแบบสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 56 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และมีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากผลทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยตัวแปรด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 60 และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยตัวแปรด้านความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 71

คำสำคัญ: หมอครอบครัว, ปัจจัยทางการบริหาร, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

Abstract

The purposes of this study was to the administrative factors and key success factors affecting the performance of family care team in Khao Chakan district, Sa Kaeo province. This research is Survey Research methods. The sample consisted of 56 Family Care Team in Khao Chakan District, Sa Kaeo Province selected by a stratified random sampling technique. The instrument used for collecting the data was questionnaire. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics: frequency, percentage, means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis.

The results showed that the overall of administrative factors, key success factors and the performance of family care team were at high level. Hypothesis testing revealed that the administrative factors with respect to policies and management had a significant influence on the performance of family care team in Khao Chakan district, Sa Kaeo province. The policies and management variable could predict the performance of family care team at 60 percent, and the key success factors with respect to connection between the primary care unit had a significant influence on the performance of family care team in Khao Chakan district, Sa Kaeo province. The connection between the primary care unit variable could predict the performance of family care team at 71 percent.

Keyword : Family Care Team, Administrative factors, success factors

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

บทนำ

ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นระบบสุขภาพแบบบูรณาการ มีการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างเน้นการทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง (Area based) ที่มุ่งเน้นดูแลสุขภาพยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยมีการจัดบริการที่มีลักษณะเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับหน่วยบริการระดับสูง เชื่อมโยงกับชุมชน และนโยบายการปฏิรูป เพื่อยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยการเพิ่มบุคลากร ด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น “หมอประจำตัว” และคณะผู้ให้บริการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562[1]

กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันนโยบายหมอครอบครัวขึ้นเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่กฎหมายกำหนด อาศัยการผสมผสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว (Clinical or service integration) มาเพิ่มศักยภาพการดูแลให้บริการเชิงพื้นที่ที่ ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนซึ่งกันและกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลตนเองได้และมีสุขภาพที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์การให้บริการสุขภาพผ่านนโยบายทีมหมอครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อลดความเลื่อมล้ำทางสังคม และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพบนหลักของบริการทุกคน บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งทำให้เกิดความคุ้มทุนตามหลักของเศรษฐศาสตร์[2,3] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของต่างประเทศที่บ่งชี้ว่าระบบบริการปฐมภูมิเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในอุดมคติให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้า และเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่าง ๆ และชุมชน ในการพัฒนาชุมชนและสังคมซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน[4]

ทีมหมอครอบครัวเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยบูรณาการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องที่จะนำไปสู่ความมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการดูแลที่จำเป็น (Essential care) หน้าที่หลักสำคัญของทีมหมอครอบครัว คือ ทำให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น (Self-care) และเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม จะไม่มีใครถูกทอดทิ้งในชุมชน[5]ถือเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ และเปรียบเสมือนฟันเฟืองที่คอยขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาบุคลากรในทีมหมอครอบครัวให้เป็นไปตามสมรรถนะหลักของแต่ละวิชาชีพเพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่าได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ได้แก่ การอบรมฟื้นฟูความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความชำนาญในอาชีพและสนับสนุนการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในทีมหมอครอบครัว สามารถที่จะเรียนรู้จากสภาพปัญหาตามบริบท (Context Base Learning: CBL) และนำมาจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพให้แก่ประชาชน โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหน่วยงานที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนการ

ดำเนินงานด้านการบริหารจัดการแก่องค์กรเครือข่ายด้วยการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ[6] ดังนั้นการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวจะสำเร็จและบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพที่วางไว้ได้นั้น ต้องอาศัยหลายปัจจัยในการดำเนินงาน โดยเฉพาะปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งเป็นทรัพยากรทางการบริหารที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย นโยบายและการบริหารงาน การจัดสภาพแวดล้อมของการทำงาน ความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาเพื่อนร่วมงานและชุมชน และค่าตอบแทนและสวัสดิการ[7,8] ซึ่งปัจจัยการบริหารถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการปฏิบัติงาน โดยจะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีความสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติงาน[9]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ได้ตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี พ.ศ. 2560 –2579 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ ด้วยการยกระดับบริการปฐมภูมิให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการองค์กร บุคลากร ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ด้วยการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขและกำลังคนทางสุขภาพของจังหวัดสระแก้ว มีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงานและมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ[10] ดังจะเห็นได้จากนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยการจัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง” หรือคลินิกหมอครอบครัว Smart PCC ให้บริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ใช้บัตรประชาชนใบเดียวเข้ารับบริการ ทั้งลงทะเบียนผ่านตู้ Kiosk ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง อุณหภูมิร่างกาย ผ่านเครื่องอัตโนมัติ ทำให้คัดกรองผู้ป่วยและรักษาได้เร็วขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งจะศึกษาระดับปัจจัยการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ตลอดจนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอในจงหวัดสระแก้ว เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวให้ดี มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว แตกต่างกัน
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานในรูปแบบสหวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว จำแนกเป็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ หัวหน้าสถานีอนามัย จำนวน 7 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 9 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 3 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านทันตสาธารณสุข) จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 2 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จำนวน 5 คน แพทย์ จำนวน 5 คน ทันตแพทย์ จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 4 คน และนักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 62 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานในรูปแบบสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว จำแนกเป็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ หัวหน้าสถานีอนามัย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านทันตสาธารณสุข) แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด โดยเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan[11] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 56 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยใช้ตำแหน่งปัจจุบันที่ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวเป็นเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว มีการปฏิบัติงานในรูปแบบสหวิชาชีพในพื้นที่อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว 2) สัญชาติไทย 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) อาจมีความไม่สะดวกสบายในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูล และจะยุติการตอบแบบสอบถามทันทีหากอาสาสมัครไม่สะดวกในการให้ข้อมูล โดยไม่กระทบต่อการรับบริการใด ๆ ที่พึงได้รับตามสิทธิ์ของอาสาสมัครควรได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และการฝึกอบรมทักษะในการทำงานเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ใน 5 ด้าน จำนวนรวม 29 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ใน 4 ด้าน จำนวนรวม 20 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ใน 7 ด้าน จำนวนรวม 37 ข้อ

ลักษณะการสอบถาม มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert [12]

โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 เป็นค่าที่ผ่านตามเกณฑ์ .66 แสดงว่าข้อคำถามนั้น ๆ มีความความสอดคล้องกับทฤษฎีและเนื้อหาที่กำหนดไว้ และมีค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้ค่าความสัมพันธ์ใช้ค่าสหสัมพันธ์ (r_{xy}) ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม พบว่าปัจจัยทางการบริหารของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .22 ถึง .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาฉกรรจ์ ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่

2.2 ผู้วิจัยประสานผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าสถานีอนามัย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านทันตสาธารณสุข) แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

2.3 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

2.4 ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามพร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กำหนดค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าคะแนน เฉลี่ย ( ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ตัวแปรนโยบายและการบริหารงาน การจัดสภาพแวดล้อมของการทำงาน ความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาเพื่อนร่วมงาน และชุมชน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน การใช้กระบวนการประชาคม การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ และความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยการใช้วิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis - MRA)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการวิจัย SKPHO 34/2567 วันที่รับรอง 11 พฤศจิกายน 2567 วันที่หมดอายุ 10 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-34 ปี มีสถานภาพโสด โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (โดยประมาณ) 15,000 - 25,000 บาท โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลของทีมหมอครอบครัว มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 10 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมทักษะในการทำงานเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว

2. ปัจจัยทางการบริหารของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการจัดสภาพแวดล้อมของการทำงาน ด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาเพื่อนร่วมงาน และชุมชน ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ซึ่งแต่ละด้านมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

2.1 ด้านนโยบายและการบริหารงาน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ทักษะความรู้ความสามารถและ เทคนิคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การสนับสนุนการทำผลงานทางวิชาการ อยู่ในระดับมาก

2.2 ด้านการจัดสภาพแวดล้อมของการทำงาน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพันเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในการปฏิบัติงานร่วมถึงผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การมีบรรยากาศเอื้อต่อการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน และการบำรุงรักษาหรือซ่อมแซมเครื่องมือเครื่องใช้ให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งาน อยู่ในระดับมาก

2.3 ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติงานต่าง ๆ ของทีมหมอครอบครัว อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาและการได้รับมอบหมายให้ทำงานอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับมาก

2.4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาเพื่อนร่วมงาน และชุมชน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีบรรยากาศแห่งความเป็นมิตรก่อให้เกิดความรักความผูกพันเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การสามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของทีมหมอครอบครัว เช่น กฎระเบียบ ข้อบังคับ กฎเกณฑ์วิธีการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก

2.5 ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับเงินเดือนที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ เมื่อเปรียบเทียบกับภาระหน้าที่

รับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การได้รับเงินสวัสดิการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมเพียงพอ เช่น รถรับ-ส่ง อาหารกลางวัน การประกันอุบัติเหตุ เป็นต้น อยู่ในระดับมาก

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ ด้านความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ด้านการใช้กระบวนการประชาคม และด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ซึ่งแต่ละด้านมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

3.1 ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ องค์กรเครือข่ายให้การสนับสนุนทีมหมอครอบครัวด้วยการอนุมัติเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ องค์กรเครือข่ายมีการวางแผนงานสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก

3.2 ด้านการใช้กระบวนการประชาคม โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทีมหมอครอบครัวให้ภาคีเครือข่ายร่วมลงมือปฏิบัติในการดำเนินงานด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การใช้เวทีประชาคมในการติดต่อสื่อสาร สร้างความเข้าใจแก่ประชาชน อยู่ในระดับมาก

3.3 ด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเรียนรู้งานของตนเองเพื่อที่จะปรับปรุงและต่อยอด การปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับมาก

3.4 ด้านความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เครือข่ายบริการสุขภาพของทีมหมอครอบครัวใช้แนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน (Clinical Practice Guideline: CPG) อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลแม่ข่ายของทีมหมอครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ ด้านบริหาร และด้านบริการสุขภาพให้แก่ทีมหมอครอบครัวได้ อยู่ในระดับมาก

4. การปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย ด้านการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว ด้านการเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการดูแลในกรณีมีการส่งต่อ ด้านการดูแล รักษา บำบัด เยียวยา ฟื้นฟู และด้านการให้คำแนะนำแก่ประชาชน ซึ่งแต่ละด้านมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

4.1 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การส่งเสริมประชาชนในทุกสถานะสุขภาพให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 4 กลุ่ม ได้แก่ เด็ก 0-5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมาก

4.2 ด้านการดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลเอาใจใส่ในการให้บริการประชาชน อยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สามารถช่วยเหลือประชาชนได้สอดคล้องกับความต้องการ อยู่ในระดับมาก

4.3 ด้านการดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้บริการประชาชนโดยยึดแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ อยู่ในระดับมาก

4.4 ด้านการให้คำแนะนำแก่ประชาชน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การประสานงานกับทีมหมอครอบครัวทุกระดับในการให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชน เมื่อเกินขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การมีช่องทางให้คำปรึกษาแก่ประชาชนผ่าน Socialmedia เช่น การใช้โทรศัพท์ Line Facebook Website เป็นต้น อยู่ในระดับมาก

4.5 ด้านการดูแลในกรณีมีการส่งต่อ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการส่งต่อ อยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การประเมินและสะท้อนกลับข้อมูลการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก

4.6 ด้านการเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทีมหมอครอบครัวสามารถถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ประชาชนได้ อยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ทีมหมอครอบครัวมีการติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนที่ดูแลรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก

4.7 ด้านการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดเก็บข้อมูลต่าง ๆ ไว้ในโปรแกรมฐานข้อมูลสุขภาพในหน่วยบริการของท่าน เช่น JHCIS/HOSxP อยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การมีข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเป้าหมาย อย่างน้อย 4 กลุ่ม อยู่ในระดับมาก

5. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อทดสอบสมมติฐาน

5.1 สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว (β = .36) โดยตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 60

5.2 สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว (β = .49) โดยตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 71

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายผล 5 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยทางการบริหารของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้รับการพัฒนาเพิ่มพูนศักยภาพด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การอบรม ประชุมสัมมนาทางวิชาการเพื่อเพิ่มพูนทักษะในวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการคิดแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน จึงเป็นโอกาสที่ได้ใช้ทักษะความรู้

ความสามารถ รวมทั้งบุคลากรในทีมหมอครอบครัวมีความรักความสามัคคีต่อกัน มีบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ก่อให้เกิดความรักความผูกพันเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในการปฏิบัติงานกับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและชุมชน สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของหน่วยงาน เช่น กฎระเบียบข้อบังคับ กฎเกณฑ์วิธีการดำเนินงาน จึงทำให้ปัจจัยทางการบริหารของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปัญญา จันทร์โต[13]ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัว โดยพบว่า การบริหารงานของทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย โดยปัจจัยที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จดียิ่งขึ้น คือการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนแพทย์มาปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสอดคล้องกับงานวิจัยของจรัสศรี อาจศิริ[14]ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพบว่า ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหาร โดยนำปัจจัยเหล่านี้มาผสมผสานกันอย่างเหมาะสมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่แตกต่างกัน แต่อาจส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารที่ให้ความสำคัญแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะภารกิจพื้นฐานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว คือการเป็นหน่วยบริการสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีการให้บริการแบบผสมผสานทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ รวมถึงการจัดการกับปัญหาในชุมชนตามบริบทของพื้นที่ ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และการบริการที่ครอบคลุมโดยเน้นตามสภาพปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งในการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารให้มีการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวทุกระดับให้มุ่งไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ทีมหมอครอบครัวทราบว่าต้องทำสิ่งใดบ้างเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของหน่วยงานตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัว จึงทำให้ปัจจัยแห่งความสำเร็จของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ หินชัยภูมิ[15]ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่ายบริการ และมีการกำหนดแนวทางในการประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อสารให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมาก ย่อมจะส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่มากขึ้นและการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน จะส่งผลให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอนุรักษ์ อัมพะวัน, สุรชัย พิมหา และชนาพร ปิ่นสุวรรณ[16]ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จของนักวิชาการสาธารณสุขในภาพ

รวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือหน้าที่ที่กำหนดเอาไว้ โดยมีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนและเต็มความสามารถ ส่งผลให้การดำเนินไปอย่างราบรื่นและเป็นไปตามมาตรฐานที่หน่วยบริการปฐมภูมิกำหนด

3. การปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการบริการเชิงรับในสถานบริการ การดูแลต่อเนื่อง การให้บริการเชิงรุกในชุมชนการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม ตลอดจนการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนและครอบครัวให้เข้าใจสุขภาพตนเอง และสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้จนสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้ จึงทำให้การปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสิริลักษณ์ วาริยศ และประจักร บัวผัน[17] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ผลการศึกษาพบว่า การมีนโยบายในการปฏิบัติงาน มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และมีการจัดประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลสู่ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึงและครอบคลุม จะทำให้การปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของรัชตะ พลเดช, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และประจักร บัวผัน[18]ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เพราะเจ้าหน้าที่สารณสุขมีทักษะความสามารถ สามารถดำเนินงานสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้กับสภาพของปัญหาในบริบทพื้นที่ได้ ดังนั้นทักษะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สารณสุขถือเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นทักษะที่หน่วยปฏิบัติการดูแลด้านสุขภาพต้องมีความรู้และความเข้าใจ อย่างไรก็ตามหน่วยงานยังต้องมีแผนการปฏิบัติที่เป็นแนวทางให้กับจ้าหน้าที่สารณสุข เพื่อให้นำไปดูแลรักษาสุขภาพประชาชนให้สามารถใช้ชีวิตได้โดยปกติสุข

4. ปัจจัยทางการบริหารด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 60 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้บริหารมุ่งเน้นการสร้างความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้กับผู้ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ทำให้รู้สึกเชื่อมั่นในงานที่ทำ ได้รับคำแนะนำจากผู้บังคับบัญชา เข้ารับการฝึกอบรมในการพัฒนาวิชาชีพ ได้รับมอบหมายในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ มีส่วนร่วมในการวางแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติงานต่าง ๆ ของหน่วยงาน เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน มีความสุขในการปฏิบัติงาน พอใจในตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบันหรือมีโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่ที่สูงขึ้น จึงทำให้ความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของของณภัค ยติกุลเกยูร[19] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร เพราะเมื่อผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมีความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานแล้ว ก็จะ

ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่และพัฒนาความสามารถของตนเองให้ได้รับความรู้และทักษะใหม่ ๆ มีแนวทางหรือโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่ที่สูงขึ้น สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลต่อการมีต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของวีระศักดิ์ ทรัพย์ประเสริฐ และคณ [20]ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า ด้านความก้าวหน้าในอาชีพส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพราะถ้าบุคลากรตั้งใจปฏิบัติงาน ขยัน อดทน จะมีโอกาสเกิดความก้าวหน้าในอาชีพได้ เช่น การได้เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้บุคลากรได้มีโอกาสเจริญเติบโตในหน้าที่การงานเพิ่มขึ้น เช่น การให้โค้ชหรือที่ปรึกษาทางวิชาการ การให้งบประมาณสำหรับการอบรม หรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มพูนความรู้และทักษะ เป็นต้น

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 71 ทั้งนี้เป็นเพราะการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เห็นเป็นเอกภาพของระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกันจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการให้บริการระหว่างสถานบริการในเครือข่าย ตลอดจนประสิทธิภาพในระบบการส่งต่อและการติดตามผลการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทวีเลิศ ชายงาม[21]ที่ศึกษาเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต.และ รพ.แม่ข่าย มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบล เพราะความเชื่อมโยงที่เกิดขึ้นจะเป็นภาพที่สะท้อนถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในระบบการดูแลสุขภาพ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เฉพาะด้าน จึงสามารถที่จะเป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมหมอครอบครัวระดับตำบลได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐดนัย โคตรบรรเทา, มกราพันธุ์ จูฑะรสก และประจักร บัวผัน [22]ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่ายมีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว ดังนั้นคลินิกหมอครอบครัวควรมีการวางแผนร่วมกับหน่วยงานทุกระดับที่เกี่ยวข้องรวมทั้งประชาชนในพื้นที่ และมีการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้สอดคล้องความต้องการของประชาชน เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงชุมชนและสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และบุคลากรสาธารณสุขควรให้การให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ ความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง หรือการแนะนำเพื่อให้เห็นถึงทางเลือกในการตัดสินใจเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าใจอย่างถูงต้องและมามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีหน่วยงานและมีการวางแผนงานสนับสนุน สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อให้บุคลากรพัฒนา หรือสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุง

กระบวนการ หรือนำเครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มารับบริการ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ทีมหมอครอบครัวในอำภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ทำผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล เพื่อนำความรู้จากการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการพัฒนาไปอย่างมีทิศทางที่ถูกต้อง เกิดความชัดเจนและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน เพื่อนำข้อมูลมาบูรณาร่วมกันกับหลักการปฏิบัติงาน เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินการของทีมหมอครอบครัวในอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาที่หลากหลายและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในอำภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวมีการปฏิบัติงานในรูปแบบสหวิชาชีพให้มีผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานมาตรฐานการทำงานในแต่ละวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2563). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
2. พงษ์ศักดิ์ นาต๊ะ, พักตร์วิภา สุวรรณพรหม และรัตนาภรณ์ อาวิพันธ์.(2562). การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย.11(1): 77-91.
3. ยศ ตีระวัฒนานนท์, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย และณัฏฐิญา ค้าผล.(2560). การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.(2560). ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. มูลนิธิแพทย์ชนบท.(2558) คู่มือทีมหมอรอบครัวมืออาชีพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
6. สำนักการบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย.
7. Walton, R. E. (1985). Improving the quality of work life. Harvard Business Review 1974; 52(3): 12-16.
8. Huse, E. F., & Cummings, T. G. (1985). Organization development and change (3rd ed.). Minnesota: West Publishing.
9. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร, เกษม เวชสุทธานนท์.(2553). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2566). รายงานประจำปี 2565. สระแก้ว. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.
11. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Journal Education and Psychological Measurement. 30(3): 607-610.
12 Likert, R. (1987). The Human Organization: Its Management and Value. New York: McGraw – Hill; 1987.
13 ปัญญา จันทร์โต. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานของทีมหมอครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
14 จรัสศรี อาจศิริ.(2564). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 4(2): 57-68.

15 จิราภรณ์ หินชัยภูมิ. (2565). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 5. วารสารทันตาภิบาล. 33(1): 113-128.

16 อนุรักษ์ อัมพะวัน, สุรชัย พิมหา และชนาพร ปิ่นสุวรรณ. (2566). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 16(2): 126-141.

17 สิริลักษณ์ วาริยศ และประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 24(2): 10-18.

18 รัชตะ พลเดช, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และประจักร บัวผัน. (2566). ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.30(3): 159-170.

19 ณภัค ยติกุลเกยูร. (2564). ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อสมรรถนะครูในศตวรรษที่ 21 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 1. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

20 วีระศักดิ์ ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ. (2566). คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานยุคโควิด-19 ของผู้มีงานทำในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารศิลปศาสตร์ราชมงคลสุวรรณภูมิ. 5(2): 433-447.

21 ทวีเลิศ ชายงาม. (2561). บรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ในจังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

22 ณัฐดนัย โคตรบรรเทา, มกราพันธุ์ จูฑะรสก และประจักร บัวผัน. (2566). ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งวามสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.17(2): 645-661.

รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Development model of holistic palliative care system for patients with end-stage renal disease, Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: January 27,2025 ; Revised: February 2,2025 ; Accepted: February 4,2025)

ดาริน วะสัตย์[1]
Darin Wasat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายและศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ทั้งหมด 490 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางทั้งหมด 490 คน สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการภายใต้การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว ในรายที่เริ่มมีอาการของโรคมากและใกล้เสียชีวิต การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ไต ในรายที่อาการของโรคยังคงที่และมีการปรับยาเฉพาะราย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย (ระยะที่ 5) ได้รับข้อมูลการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy; RRT) ทุกราย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย (ระยะที่ 5) ที่ไม่ฟอกไตและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการการวางแผนและเป้าหมายล่วงหน้า (Advance care planning) มากกว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยที่เข้าสู่ช่วงระยะสุดท้ายได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายชนิดประคับประคอง

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the characteristics and problems of end-stage renal disease patients and to study the development model of the holistic care system for end-stage renal disease patients at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital. The study period is between October 2023 and September 2024, a total of 12 months. The sample consists of 490 end-stage renal disease patients at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital. Data were collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed using content analysis. Frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that a total of 490 patients received care according to the guidelines. It can be divided into groups of patients who received services under the treatment of family medicine specialists in cases where the symptoms of the disease were severe and near death, patients who received treatment from nephrology specialists in cases where the symptoms of the disease were stable and had individual medication adjustments. All patients with end-stage renal disease (stage 5) received information on renal replacement therapy (RRT). More than 90 percent of end-stage renal disease (stage 5) patients who did not receive dialysis and their families participated in the advance care planning process. Patients who entered the end-stage stage received appropriate symptom management, reduced crowding, and reduced waiting time for treatment in the hospital. It reduced unnecessary expenses in cases where patients entered the end-stage stage. The satisfaction of relatives of end-stage renal disease

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

patients with palliative care at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital was found to be at the highest level overall and in each aspect.

Keywords: holistic care, end-stage renal disease patients with palliative care

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยทั่วไปจะมีการจำแนกความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ โรคไตวายเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ โรคนี้เกิดจากการทำงานของไตที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่มีรสจัด และปัญหาสุขภาพอื่นๆ อาการของโรคไตเรื้อรัง มักจะไม่แสดงออกในระยะเริ่มต้น แต่เมื่อโรคดำเนินไปจนถึงระยะท้าย ผู้ป่วยอาจประสบกับอาการเช่น ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด บวมตามหน้าและเท้า อ่อนเพลีย และน้ำหนักเปลี่ยนแปลง โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าประมาณ 10% ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกมีภาวะนี้ ซึ่งหมายถึงประมาณ 700 ล้านคน[1]

สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย ด้วยการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น หรือน้อยกว่าระยะที่ 4 เพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้ได้ผลดี และลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและไตวาย ซึ่งการชะลอความเสื่อมของไตทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดน้ำหนัก งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสารหรือยาที่มีผลเสียต่อไต เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแลเพราะผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีการจำกัดอาหารบางชนิดที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสาเหตุและระยะของโรคไตเรื้อรัง[2]

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Holistic Palliative Care for End-Stage Renal Disease) เป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต หรือผู้ป่วยที่เลือกที่จะไม่รับการบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญในการจัดการอาการรบกวนและความทุกข์ทรมานต่างๆ[3,4] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายมักประสบกับอาการรบกวนที่หลากหลาย เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ครอบครัวและผู้ดูแลยังต้องแบกรับภาระในการดูแลที่ซับซ้อนและยาวนาน ก่อให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ[5] การพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ[6]พบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ ประกอบด้วย 1) บุคลากร 2) การสื่อสาร 3) เครือข่าย 4) การบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ และด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ ด้านความพึง

พอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=3.07, P<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม และคณะ[7] ได้ศึกษาผลของการเสริมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า การประเมินระดับคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการดูแลแบบประคับประคอง หลังการเสริมโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมและรายข้อมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่งผลต่ออาการทางร่างกายของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยมีความจำที่ดีขึ้นและเปิดใจยอมรับความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ไม่มีอาการซึมเศร้า

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - ปัจจุบัน (ถึง 31 มีนาคม 2566) มีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่อยู่ในการดูแลในเขตพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์รวมทั้งหมด 1,190 ราย ให้บริการรวม 57,611 ครั้ง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามการรักษากับแพทย์จะกระจายอยู่ตามจุดต่างๆของหน่วยบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยนอก (ทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ทำให้เกิดระบบการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Comprehensive Conservative Management, CCM) ขึ้นโดยแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว ทีมพยาบาลผู้จัดการดูแล (Case manager)โรคไตวายเรื้อรัง และทีมพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ภายใต้ชื่อ “คลินิกเมตตารักษ์ไต” มีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 574 ราย แต่กระบวนการในคลินิกยังไม่สามารถทำให้คุณภาพสูงสุดได้ ตั้งแต่เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเข้ารักษายังมีกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 และกลุ่มที่มีความซับซ้อนเรื่องตัวโรค หรือกลุ่มที่ปฏิเสธการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางอายุศาสตร์โรคไตในโรงพยาบาลจังหวัด ข้อจำกัดของการวางแผนและเป้าหมายดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) การเข้าถึงยาเฉพาะรายที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การประเมินตัวโรคโดยแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคไต (Nephrologist) และการประเมินปัจจัยด้านต่างๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[8]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นการพัฒนาระบบ เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือน กันยายน 2567 รวม 12 เดือน ทั้งหมด 490 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 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

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 หลังจากนั้นทำการปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .801

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิด

ประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย

2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 81/2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ผลการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ปี 2566

1.1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ปีงบประมาณ 2563 - ถึง 31 มีนาคม 2566 มีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่อยู่ในการดูแลในเขตพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์รวมทั้งหมด 1,190 ราย ให้บริการรวม 57,611 ครั้ง

1.2 คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ปี 2566 ได้แก่ อาการและความไม่สบายจากโรคคุณภาพชีวิตโดยให้การดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะอาการทางคลินิก โรคร่วมรวมทั้งบริบททางสังคม

2. รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางขึ้นไป และการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง องค์ประกอบและกระบวนการเตรียมการรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เกณฑ์เป้าหมายของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง กำหนดผู้ที่มีลักษณะที่น่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมการล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3. ผลของรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางทั้งหมด 490 คน สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการภายใต้การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว ในรายที่เริ่มมีอาการของโรคมากและใกล้เสียชีวิต การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะ

ทางอายุรศาสตร์ไต ในรายที่อาการของโรคยังคงที่และมีการปรับยาเฉพาะราย

3.2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย (ระยะที่ 5) ได้รับข้อมูลการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy; RRT) ทุกราย

3.3 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย (ระยะที่ 5) ที่ไม่ฟอกไตและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการการวางแผนและเป้าหมายล่วงหน้า (Advance care planning) มากกว่าร้อยละ 90

3.4 ผู้ป่วยที่เข้าสู่ช่วงระยะสุดท้ายได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม

3.5 ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย

3.6 ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ (n = 490)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. จัดการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก คัน คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ	4.59	0.49	มากที่สุด
2. ส่งเสริมสมรรถนะร่างกายไว้ให้ได้มากที่สุด	4.63	0.48	มากที่สุด
3. ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เช่น การติดตามอาการเมื่อมาตรวจตามนัดที่คลินิกชะลอไตเสื่อม	4.52	0.50	มากที่สุด
4. การติดตามอาการทางโทรศัพท์	4.60	0.49	มากที่สุด
5. การเยี่ยมบ้าน	4.49	0.50	มากที่สุด
6. การบริการพบแพทย์ผ่าน VDO call (Tele-consultation)	4.56	0.50	มากที่สุด
7. การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลโรค การดำเนินโรค การดูแลต่าง ๆ	4.56	0.50	มากที่สุด
8. การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน	4.40	0.49	มากที่สุด
9. การประสานงานทีมสุขภาพในชุมชนร่วมดูแล	4.55	0.50	มากที่สุด
10. ขอคำแนะนำ / คำปรึกษาจากทีมที่เชี่ยวชาญการดูแลประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง	4.56	0.50	มากที่สุด
11. การแนะนำการปฏิบัติตัว ได้แก่	4.56	0.50	มากที่สุด
12. การควบคุมน้ำหนักตัว ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปัสสาวะออกน้อยมากหรือไม่มีปัสสาวะ	4.59	0.49	มากที่สุด
13. ดื่มน้ำและเครื่องดื่มให้พอดี โดยดูจากน้ำหนักตัว ปริมาณปัสสาวะที่ออกต่อวัน	4.67	0.47	มากที่สุด
14. ควบคุมการรับประทานอาหาร	4.52	0.50	มากที่สุด
15. รับประทานยาที่แพทย์สั่งตามเวลาอย่างเคร่งครัด ควรปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะรับประทานอาหารเสริม ยาบำรุง สมุนไพร เพราะอาจเกิดอันตราย	4.45	0.50	มากที่สุด
16. การป้องกันการติดเชื้อ	4.59	0.49	มากที่สุด
17. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติและควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน ถ้ารู้สึกเหนื่อยมากหรือใจสั่นให้หยุดทันที	4.63	0.48	มากที่สุด
18. การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน หากพบอาการผิดปกติ ควรรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อตรวจรักษาอย่างทันที	4.52	0.50	มากที่สุด
รวม	**4.56**	**0.19**	**มากที่สุด**

จากตารางที่ 1 ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ปีงบประมาณ 2563 - ถึง 31 มีนาคม 2566 มีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่อยู่

ในการดูแลในเขตพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์รวมทั้งหมด 1,190 รายให้บริการรวม 57,611 ครั้ง คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ปี 2566 ได้แก่ อาการและความไม่สบายจากโรคคุณภาพชีวิต โดยให้การดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะอาการทางคลินิก โรคร่วมรวมทั้งบริบททางสังคม สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์วรรวิษา และคณะ[9] ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่หน่วยไตสูญเสียการทางานอย่างถาวรและไม่สามารถฟื้นฟูได้จาเป็นต้องได้รับการบาบัดทดแทนไต ส่วนใหญ่พึ่งพาการบาบัดด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง มักพบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดความเครียดวิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดขึ้นได้ง่ายจากปัญหาด้านร่างกายที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการดาเนินชีวิต อาชีพและบทบาทในครอบครัว ทาให้มีความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง จากการที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินอาการและอาการแสดง และบทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทาให้พยาบาลตระหนักถึงภาวะผิดปกติทางร่างกาย รวมถึงภาวะซึมเศร้าที่มักพบร่วมด้วย เพื่อจะได้ติดตามและนาผลประเมินที่ได้มาวางแผนแก้ไข หาวิธีช่วยเหลือป้องกันอย่างเป็นองค์รวม เพื่อชะลอความรุนแรงของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางขึ้นไป และการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง องค์ประกอบและกระบวนการเตรียมการรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เกณฑ์เป้าหมายของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง กำหนดผู้ที่มีลักษณะที่น่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมการล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ตามแนวคิดของ คำแนะนำ สำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ.2560 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[10] ส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางทั้งหมด 490 คน สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการภายใต้การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวในรายที่เริ่มมีอาการของโรคมากและใกล้เสียชีวิต การตรวจรักษาของแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ไตในรายที่อาการของโรคยังคงที่และมีการปรับยาเฉพาะราย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย (ระยะที่ 5) ได้รับข้อมูลการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy; RRT) ทุกราย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย (ระยะที่ 5) ที่ไม่ฟอกไตและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการการวางแผนและเป้าหมายล่วงหน้า (Advance care planning) มากกว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยที่เข้าสู่ช่วงระยะสุดท้ายได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉิ

นารายณ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ[6] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ อำเภอเมือง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ ประกอบด้วย 1) บุคลากร 2) การสื่อสาร 3) เครือข่าย 4) การบริหารจัดการ ด้านงบประมาณและด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ ด้านความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.81, S.D.=.36) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=3.07, P<.05) ทีมผู้ให้บริการมีความเห็นว่า สามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับปฏิบัติทุกครั้ง ($\bar{x}$=3.91, S.D.=.28) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=2.21, P<.05) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ มี อสม.บั๊ดดี้ในการเยี่ยมบ้าน เกิดกลุ่มผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการทำ Advance care plan มีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นสำหรับให้ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม และคณะ[7] ได้ศึกษาผลของการเสริมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การประเมินระดับคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการดูแลแบบประคับประคองหลังการเสริมโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมและรายข้อมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่งผลต่ออาการทางร่างกายของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยมีความจำที่ดีขึ้นและเปิดใจยอมรับความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ไม่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ ผลจากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการยังพบว่าผู้ป่วยมีระดับอัลบูมินในเลือดดีขึ้นร่วมกับระดับฟอสฟอรัสในเลือดอยู่ในเกณฑ์มากขึ้น ซึ่งอาจบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นมีการควบคุมอาหารและรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อภาวะโรคไตได้ดีขึ้น ผลจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติเชิงบวกและเข้าใจในตัวโรค ตลอดจนมีการเตรียมความพร้อมในระยะสุดท้ายของชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยประเมินจากผู้ป่วยทุกรายให้การยินยอมในการเตรียมพินัยกรรมชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ หลังจากการเข้าร่วมการเสริมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ควรนำเอารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ที่ประกอบด้วย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางขึ้นไป และการคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง องค์ประกอบและกระบวนการเตรียมการรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง เกณฑ์เป้าหมายของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง กำหนดผู้ที่มีลักษณะที่น่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมการล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มาใช้ในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สุภลักษณ์ ธานีรัตน์ เมทณี ระดาบุตร สุจิรา วิเชียรรัตน์ วิญญา สุมาวัน.(2564). การรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 : กันยายน – ธันวาคม 2564 83-94
2. กองโรคไม่ติดต่อ.(2567). กรมควบคุมโรค รณรงค์ “วันไตโลก” 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม. สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. [ออนไลน์] https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=41551&deptcode=brc
3. World Health Organization [WHO], (2020). Palliative care. [Online] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
4. ศยามล สุขขา.(2560). บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน ไตวายระยะสุดท้าย ... การรักษาแบบประคับประคอง.[ออนไลน์] ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/415/ไตวายระยะสุดท้าย/
5. Jhamb M, Weisbord SD, Steel JL, Unruh M. Fatigue in patients receiving maintenance dialysis: a review of definitions, measures, and contributing factors. Am J Kidney Dis. 2008 Aug;52(2):353-65. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.05.005. Epub 2008 Jun 24. PMID: 18572290; PMCID: PMC2582327.
6. บรรเทิง พลสวัสดิ์ อรุณศรี ผลเพิ่ม จรูญศรี มีหนองหว้า.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 37-48
7. รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม สุพัตรา ยอดปัญญา วารินทร์ กลิ่นนาค เดชา ชุมภูอินทร์.(2567). ผลของการเสริมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย. วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 11ฉบับที่ 1 52-65
8. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์(2567). รายงานผู้ป่วยไตวาย. กลุ่มงานปฐมภูมิฯ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
9. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์วรรวิษา สาราญเนตร ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี ศุภรดา วงค์จาปา.(2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ปี ที่21 ฉบับที่2 พฤษภาคม –สิงหาคม 2563 3-13
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560). คำแนะนำ สำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ.2560. พิมพ์ครั้งที่ 1 ปีที่พิมพ์ 2560 บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี

Effect of Discharge Planning Program toward Knowledge and Care practice of Minor Head injuries Patients in Surgical Ward, Kumpawapi Hospital.

(Received: January 15,2025 ; Revised: January 26,2025 ; Accepted: February 2,2025)

สุกัญญา บัณฑิตกุล[1]
Sukunya Bunditkul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) โดยใช้รูปแบบการทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยที่รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 34 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้แนวทาง D-METHOD และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่ และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.011) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 17.70 (S.D. = 4.82) และเพิ่มขึ้นเป็น 20.20 (S.D. = 3.11) หลังการทดลอง การปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเช่นกัน (p-value < 0.001) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 9.05 (S.D. = 1.51) และเพิ่มขึ้นเป็น 11.08 (S.D. = 1.62)

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, D-METHOD, การดูแลผู้บาดเจ็บสมอง, ผู้ดูแล, ความรู้และการปฏิบัติ

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effect of a discharge planning program on the knowledge and care practices of caregivers of patients with minor head injuries in the surgical ward of Kumpawapi Hospital. A quasi-experimental one-group pre-test and post-test design was employed. The sample consisted of 34 caregivers of patients with minor head injuries, selected through purposive sampling. The study utilized a discharge planning program based on the D-METHOD framework and questionnaires to assess caregivers' knowledge and care practices. Descriptive statistics, including mean, standard deviation, and frequency distribution, as well as inferential statistics using paired t-tests, were used for data analysis.

The results showed a statistically significant improvement in caregivers' knowledge scores after the intervention (p-value = 0.011), with the mean score increasing from 17.70 (S.D. = 4.82) before the intervention to 20.20 (S.D. = 3.11) afterward. Similarly, caregivers' care practice scores significantly improved (p-value < 0.001), with the mean score rising from 9.05 (S.D. = 1.51) before the intervention to 11.08 (S.D. = 1.62) after the intervention.

Keywords: discharge planning, D-METHOD, minor head injury care, caregiver, knowledge and practices

บทนำ

การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก แม้รัฐบาลของหลายประเทศจะดำเนินนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ แต่จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบาดเจ็บที่ศีรษะถือเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภาวปี จังหวัดอุดรธานี

โดยไม่เพียงส่งผลต่อร่างกายแต่ยังส่งผลต่อจิตใจ ความสามารถทางเชาวน์ปัญญา การทำงาน และความสัมพันธ์ในครอบครัวอีกด้วย องค์การอนามัยโลกระบุว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก โดยในปี 2022 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ที่ 38.10 คนต่อประชากรแสนคน[1-2] ซึ่งเป็นปัญหาที่สร้างความเสียหายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง ข้อมูลจากประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต รองจากมะเร็งและโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีสัดส่วนการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใหญ่สูงที่สุด โดยเฉพาะในวัยทำงาน ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีบทบาทสำคัญในเชิงเศรษฐกิจและสังคม[3] ในด้านการรักษา การบาดเจ็บที่ศีรษะมีการแบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ซึ่งใช้ในการประเมินและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มักจะได้รับการรักษาและติดตามอาการที่โรงพยาบาลหรือแผนกฉุกเฉิน ก่อนที่จะถูกส่งกลับบ้านโดยการดูแลและสังเกตอาการเพิ่มเติมเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหรือครอบครัว[2] อย่างไรก็ตาม ขาดแนวทางที่ชัดเจนในกระบวนการวางแผนจำหน่าย ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลไม่ต่อเนื่อง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตในระยะยาว[4]

การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ถือเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน กระบวนการนี้เป็นความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งครอบคลุมการให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสร้างความเข้าใจในวิธีการดูแลที่เหมาะสม[4-5] การศึกษาในต่างประเทศและในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า การวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจน เช่น การใช้โมเดล D-METHOD หรือ M-E-T-H-O-D สามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของปิยะนันท์ ศรีทิน[5] ใช้กระบวนการ D-METHOD ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหลังได้รับโปรแกรม ในกรณีของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจนจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการที่อาจเกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บ เช่น อาการปวดศีรษะรุนแรง การหมดสติ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสร้างแนวทางที่เป็นระบบยังช่วยลดภาระการดูแลในโรงพยาบาล และป้องกันการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ[2]

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาลขนาด 280 เตียงในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีบทบาทสำคัญในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลพื้นที่ลุ่มน้ำปาว โดยครอบคลุมโรงพยาบาลลูกข่ายหลายแห่ง ทั้งยังมีความเชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากสถิติในช่วงปี 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 517, 728 และ 759 คนตามลำดับ โดยในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 222, 333 และ 349 คนตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน [6] อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลยังขาดแนวทางที่เป็นระบบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่แม้ว่าจะไม่ต้องผ่าตัดหรือเข้ารับการดูแลในระยะยาว แต่ก็ยังต้องการการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวขาดความมั่นใจและความรู้ในการจัดการอาการหลังการบาดเจ็บ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำหรืออาการแทรกซ้อนในระยะยาว[3,7]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ของโรงพยาบาลกุมภวาปี การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างถูกต้อง จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการดูแล

ลดอัตราการเกิดอาการแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว [3,7]

การศึกษานี้มุ่งหวังที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ โดยอ้างอิงจากแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทั้งยังช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ และเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย ผลการวิจัยคาดว่าจะช่วยพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถเฝ้าระวังอาการและกลับเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการเสียชีวิต อีกทั้งยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มความพึงพอใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขระยะยาว ทั้งนี้ งานวิจัยยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์ในภาพรวมของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
3. เพื่อศึกษาอุบัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–Experimental One Group Pre–test Post–test Design) เปรียบเทียบวัดผลหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย(GCS = 13-15) ที่ได้รับการรับตัวไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลกุมภวาปี ต่อความรู้ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม และอุบัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลักการ D-METHOD

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษา คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย(GCS = 13-15) ที่ได้รับการรับตัวไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน 2567 จำนวน 34 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (GCS = 13-15) ที่ได้รับการรับตัวไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน 2567
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

3 ผู้ดูแลสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้ดูแลใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนและสามารถใช้แอฟพลิเคชันไลน์ได้

และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ไม่เข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ
2. ไม่สามารถติดต่อได้หลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้หลักการ D-METHOD ประกอบด้วย

Diagnosis (D): การให้ความรู้ในเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เป็นอยู่ รวมถึงสาเหตุ อาการ อาการ

ที่สำคัญ แนวทางการตรวจรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

Medicine (M): การแนะนำในเรื่องการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละชนิด ทั้งขนาดวิธีใช้ ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ อาการข้างเคียงข้อควรระวังและข้อห้ามสำหรับการใช้ยา

Environment (E): การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยแนะนำเรื่องสิทธิการรักษา

Treatment (T): อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการตรวจ การปฏิบัติตัวขณะตรวจ การปฏิบัติตัวหลังตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเองและรายงานอาการนั้นให้แพทย์พยาบาลทราบ การจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Health (H): ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อน การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ

Outpatient Referral (O): ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อของความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

Diet: ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สำหรับผู้ดูแล เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย

2) แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ของฟุรซาน บินซา, เนตรนภา คู่พนัธวี และ ขนิษฐา นาคะ[8] จำนวน 24 ข้อ

เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ ของ bloom[9] ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79
ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ลงไป

3) แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ฟุรซาน บินซา, เนตรนภา คู่พนัธวี และ ขนิษฐา นาคะ[8] จำนวน 12 ข้อ

เกณฑ์การแบ่งระดับการปฏิบัติ bloom[9] ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79
ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ลงไป

4) แบบบันทึกอุบัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบคุณภาพ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ได้นำมาตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 ท่านและพยาบาล 2 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย การปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของฟุรซาน บินซา, เนตรนภา คู่พนัธวี และ ขนิษฐา นาคะ[8] โดยแบบสอบถามความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนวิจัยด้วยตัวเองทั้งหมด และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อพิจารณาการตรวจสอบ

2. ผู้วิจัยนำโครงร่างการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี หลังจากที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี ลงนามอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่ได้นำเสนอ แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

3. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี เกี่ยวกับ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย

1.2 แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.3 แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ Hybrid ประกอบด้วย

1. Health education D METHOD (ที่โรงพยาบาล 2 sessions)

2. Line application community Q&A (หลัง D/C – 2 สัปดาห์)

3. Tele home visit nursing (หลัง D/C – 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง/สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้แบบสอบถามดังต่อไปนี้

1 แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยหลังเข้าร่วม

3. แบบบันทึกอุบัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567 หมายเลขโครงการวิจัย KPEC 005/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย มีอายุเฉลี่ย 45.18 ปี (S.D.= 16.88) อายุต่ำสุด 18 ปี, อายุสูงสุด 75 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 47.1 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 29.4 และ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ร้อยละ 76.5 ข้อมูลด้านผู้ป่วย พบว่า มีอายุเฉลี่ย 42.94 ปี (S.D.= 16.99) อายุต่ำสุด 18 ปี, อายุสูงสุด 88 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่สาเหตุของการได้รับบาดเจ็บศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุจราจร คิดเป็นร้อยละ 47.1

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย เท่ากับ 17.70 คะแนน(S.D.= 4.82) อยู่ในระดับระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 20.20 คะแนน(S.D.= 3.11) อยู่ในระดับสูง เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 ระดับปานกลาง จำนวน 9 คน ร้อยละ 26.5 และระดับต่ำ จำนวน 10 คน ร้อยละ 29.4

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย เท่ากับ 17.70 คะแนน(S.D.= 4.82) เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้หลังการทดลอง พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ73.5 ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน ร้อยละ 23.5 และระดับต่ำ จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.9

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value =0.011, 95% CI = 0.62 – 4.37)

3. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย เท่ากับ 9.05 คะแนน (S.D.= 1.51) อยู่ในระดับสูง เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับการปฏิบัติ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 ระดับปานกลาง จำนวน 11 คน ร้อยละ 32.4 และระดับต่ำ จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.9

หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย เท่ากับ 11.08 คะแนน(S.D.= 1.62) อยู่ในระดับสูง เมื่อจัดกลุ่มตามเกณฑ์การแบ่งระดับการปฏิบัติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 94.1 และระดับต่ำ จำนวน 2 คน ร้อยละ 5.9

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001, 95% CI = 1.13 – 2.91)

3. การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย จากการศึกษา พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมี พบว่า การเกิดแผลกด จำนวน 2 ราย ร้อยละ 5.9 การเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 8.8 และการเกิดปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 2.9

สรุปและอภิปรายผล

ก่อนการทดลอง ความรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.70 คะแนน (S.D. = 4.82) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้อยู่ในระดับสูงมีเพียง 15 คน (44.1%) ขณะที่หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.20 คะแนน (S.D. = 3.11) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมาก เป็น 25 คน (73.5%) แสดงถึงการพัฒนาความรู้ที่

ชัดเจนหลังการทดลอง ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.011, 95% CI = 0.62 – 4.37) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมหรือการแทรกแซงที่ใช้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย เช่น การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม การสาธิตวิธีการดูแล และการตอบคำถามที่เจาะจงต่อสถานการณ์จริง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับวิธีการดูแลและจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ชี้ให้เห็นว่าการอบรมสามารถเพิ่มพูนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในผู้ดูแลได้

ระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลอง: ก่อนการทดลอง การปฏิบัติของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (64.7%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.05 คะแนน (S.D. = 1.51) แต่หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 11.08 คะแนน (S.D. = 1.62) และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 94.1% แสดงถึงพัฒนาการในด้านการปฏิบัติ การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 1.13 – 2.91) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี มีประสิทธิผลในการปรับปรุงการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ซึ่งการปฏิบัติที่ดีขึ้นสะท้อนถึงการนำความรู้ไปใช้จริง โดยอาจเป็นผลจากการเรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติจริงที่เน้นสถานการณ์จำลองหรือการดูแลเฉพาะกรณี นอกจากนี้ การเน้นย้ำวิธีการดูแลที่ถูกต้อง และการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง อาจช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะของผู้ดูแลในการจัดการสถานการณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ผลลัพธ์นี้ยังสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติที่ดีที่ระบุว่าการเสริมสร้างทักษะด้วยการฝึกปฏิบัติจริงส่งผลให้เกิดการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลในทางปฏิบัติ

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับการศึกษาก่อนหน้า พบว่ามีความสอดคล้องในหลายประเด็น โดยเฉพาะในด้านการเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผ่านการแทรกแซงที่มีโครงสร้างชัดเจน เช่น D-METHOD ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.011) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนุช สมศรี[4] พบว่า การวางแผนจำหน่ายช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (p < .001) รวมถึงการศึกษาโดย ราชวัช ทวีคูณ[10] พบว่าการใช้โปรแกรมผ่านสมาร์ทโฟนช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (p < 0.001) ในด้านการพัฒนาการปฏิบัติของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลมีการปฏิบัติที่ดีขึ้นหลังการแทรกแซง (p-value < 0.001) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของณชนก เอียดสุย[11] พบว่าโปรแกรมการจัดการอาการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสูงขึ้น (p < 0.05) และการศึกษาของศิรดา วิพัทนะพร [12] พบว่า การวางแผนจำหน่ายช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำได้สำเร็จ ผลลัพธ์จากการใช้ D-METHOD ในการศึกษานี้ยังเน้นความสำคัญของการให้ความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปภาณิน ศรีแสง[13] และลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า[14] พบว่า การประเมินความต้องการและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยสรุป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่เน้นการวางแผนจำหน่ายหรือการจัดการแทรกแซงแบบมีโครงสร้าง ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และยืนยันว่า D-METHOD เป็นกรอบแนวทางที่เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. การเพิ่มระดับความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีการออกแบบกิจกรรมอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนาโปรแกรมแทรกแซงที่มุ่งเน้นความยั่งยืนในระยะยาว เช่น การจัดอบรมเสริมในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม การจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้แบบดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น กลุ่มเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างความมั่นใจในบทบาทของตน

2. การศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการแทรกแซงในระยะสั้น แต่เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ดูแลสามารถนำความรู้และการปฏิบัติที่ได้รับไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบติดตามและประเมินผลในระยะยาว เช่น การติดตามผลหลังจำหน่ายผู้ป่วยในช่วง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยเน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอุปสรรคและความต้องการเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ผลการศึกษาเน้นถึงความสำคัญของการเพิ่มพูนความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนั้น ควรบูรณาการบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา ในการออกแบบและดำเนินโปรแกรมแทรกแซงเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ดูแลและผู้ป่วย

4. เนื่องจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า D-METHOD สามารถเพิ่มความรู้และพัฒนาการปฏิบัติของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิผล ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางนี้ในบริบทอื่น เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายกลุ่มตัวอย่างและบริบทการศึกษา เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการประยุกต์ใช้ผลลัพธ์ในบริบทที่หลากหลาย ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและครอบคลุมพื้นที่อื่น เช่น โรงพยาบาลระดับชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในบริบทที่มีทรัพยากรและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

2. ควรออกแบบการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลองที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการวัดผลด้านความรู้ การปฏิบัติ และความมั่นใจของผู้ดูแล

3. การประเมินผลระยะยาว การศึกษาในครั้งนี้วัดผลในช่วงสั้นหลังการแทรกแซง จึงควรมีการติดตามผลระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการลดลงหรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของผลลัพธ์ดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ และขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากร ของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2562.
3. เสาวนุช สมศรี. ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยแผนกฉุกเฉินต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล. พยาบาลสาร. 2562; 44(1): 86-98.
4. วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, อุษาวดี อัศดรวิเศษ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
5. ปิยะนันท์ ศรีทิน. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566; 8(2): 240-249.
6. หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี. สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุมภวาปี; 2566.
7. กฤษดา แสวงดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กองการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
8. ฟุรซาน บินซา, เนตรนภา คู่พันธวี, ขนิษฐา นาคะ. การพัฒนาแอพพลิเคชั่นการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำบนอุปกรณ์เคลื่อนที่. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 4 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา; 2563: 17-26.
9. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill; 1971.
10. ราชวัช ทวีคูณ, ชัจคเณศ์ แพรขาว. ผลการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บนสมาร์ทโฟนก่อนการจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563; 20(2): 272-279.
11. ณชนก เอียดสุย, วริษา กันบัวลา, สมจิตต์ จันทร์กูล. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563; 28(4): 49-62.
12. ศิรดา วิพัทนะพร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563; 2(1): 59-75.
13. ปภาณิน ศรีแสง. ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563; 4(7): 144-152.
14. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2561; 3(3): 19-27.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Factors in Related to People's Satisfaction towards Health Services of Nong Nam Sai Subdistrict Health Promoting Hospital after Transferring Mission to Local Administrative Organization

(Received: January 18,2025 ; Revised: January 26,2025 ; Accepted: February 1,2025)

ปรียานุช ใยยอง[1] จีระศักดิ์ ทัพผา[2]
Preeyanuch Yaiyong1 Jerasak Thappha2

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสที่มีต่อการบริการสุขภาพแก่ประชาชน 2) ศึกษาความพึงพอใจของประชาชน และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิ์การรักษา จำนวนครั้งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์และอยู่จริงในเขตตำบลหนองน้ำใส อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 312 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคว์สแคว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสเปียแมน

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสในระดับมาก 2) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ในระดับมาก และ 3) เพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่สิทธิ์การรักษา และจำนวนครั้งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชน

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ ประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The survey research aimed to 1) study social support of Nong Nam Sai Subdistrict Health Promoting Hospital towards providing health services for people, 2) study people's satisfaction and 3)examine relationship between personal factors including gender, age, educational level, right to treatment, number of times accessing health services,and social support with people's satisfaction towards health services of Nong Nam Sai subdistrict health promoting hospital after transferring mission to Local Administrative Organization. The The sample size was 312 people whose name was in the civil registration and actually resides in Nong Nam Sai subdistrict, Sikhio District, Nakhon Ratchasima Province. The sample selected by multi-stage 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 correlation coefficient.

The study results revealed that 1) the social support of Nong Nam Sai Subdistrict Health Promoting Hospital towards providing health services to people at a high level. 2) The people's satisfaction at a high level. 3) The gender

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา
[2] คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

showed relationship with people's satisfaction at a statistically significant level of. 01. The educational level showed very low negative relationship with people's satisfaction at a statistically significant level of. 05. The age showed very low positive relationship with people's satisfaction at a statistically significant level of. 05. The social support including emotional, evaluation, information, and tools showed high positive relationship with people's satisfaction at a statistically significant level of. 01. The right to treatment, number of times accessing health services showed not relationship with people's satisfaction.

Keywords: Satisfaction, Social support, Health services, People, Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ

การให้บริการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นผลมาจากผู้ให้บริการในสถานบริการปฐมภูมิที่จะต้องมีความเข้าใจถึงความซับซ้อนของพฤติกรรมและมิติทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพมากกว่าระดับอื่น นอกจากนี้ระบบดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นจะต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องและตอบสนองต่อการให้บริการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบในปัจจุบันได้ ดังนั้น การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญและเป็นกลไกที่สำคัญที่นำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดส่งผลให้แนวโน้มสุขภาพของประชากรดีขึ้นและช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลง[1]

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่งได้มีการถ่ายโอนภารกิจไปอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องจากเป็นภารกิจหนึ่งที่กำหนดไว้ในแผนกระจายอำนาจ ซึ่งจะเป็นผลให้กระทรวงสาธารณสุขจะต้องโอนภารกิจงานการบริการด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุขเป็นนโยบายและวาระสำคัญของชาติ โดยหลักการ คือ งานบริหารราชการส่วนกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องกระจายอำนาจงานบริการด้านสาธารณสุขและทรัพยากรไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[2]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้มีการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 350 แห่ง ถ่ายโอนไปแล้ว 182 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52 อำเภอสีคิ้ว มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดจำนวน 15 แห่ง โดยมีการถ่ายโอนไปแล้ว 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสีคิ้วทั้งหมด[3]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมาเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่ได้ถูกถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ.2565 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ (L) ที่มีพื้นที่รับผิดชอบ 18 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวน 12,000 คน และมีผู้เข้ารับบริการประมาณ 50-120 คนต่อวัน เดิมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาที่พบ คือ การขาดแคลนอัตรากำลังของบุคลากรในการทำงาน หลังจากได้มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาแล้ว ก็ยังขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรเช่นเดิม ซึ่งไม่เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนดให้ มีการขาดแคลนแพทย์ในการรักษาพยาบาล การขาดแคลนเภสัชกรในการดูแลให้ยารักษาโรค รวมทั้งปัญหาการขาดแคลนวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ วัคซีนบาดทะยัก สารเคมีกำจัดแมลงนำโรค ทรายที่มีฟอส เครื่องพ่นหมอกสารเคมี การขาดแคลนยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ซึ่งยังเบิกจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่ได้ทั้งหมด ในด้านการฟื้นฟูยังขาดสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และนักจิตวิทยา[4]

ในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่

เข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนภารกิจ เกิดความไม่มั่นใจและเกิดความกังวลใจในด้านการให้บริการที่ไม่เหมือนเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส จึงส่งผลให้มีประชากรบางราย เดินทางไปรับบริการเบื้องต้นที่โรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากระเบียบและกฎหมาย กลายเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ไม่สามารถบริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดด้านการจัดสรรงบประมาณในการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข การจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ การปรับปรุงและสร้างอาคารสถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีขนาดใหญ่เพียงพอต่อการรองรับประชาชนในการให้บริการ จึงเป็นปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน[5] ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสลดน้อยลง[6]

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค และป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลที่ในการบริหารและพัฒนาระบบการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้รับบริการและนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสที่มีต่อการบริการสุขภาพแก่ประชาชน หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิ์การรักษา จำนวนครั้งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร คือ ประชาชนที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่จริง ในเขตตำบลหนองน้ำใส อำเภอสีคิ้ว จำนวน 8,684 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่จริง ในเขตตำบลหนองน้ำใส อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 312 คน กำหนดสัดส่วนกลุ่มประชากรตามแนวคิดของโคเชน[8] โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นเพศหญิงและเพศชาย
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. มีประวัติเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ในระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567
4. อ่านและเขียนหนังสือได้
5. ยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมทำการวิจัย

เครื่องมือที่ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) มี 3 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิ์การรักษา และจำนวนครั้งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็น

แบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

2. ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ มีข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ[9] คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

3. ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ[9] คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

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 0.968

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการตรวจสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ ไคสแควร์ (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 (76.6%) มีอายุระหว่าง 30-54 ปี มากที่สุด (48.1%) มีการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (61.50%) ได้รับสิทธิ์การรักษามากที่สุด คือ บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท (89.40%) และจำนวนครั้งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ มากที่สุด คือ 1-2 ครั้งต่อเดือน (85.90%)

2. ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสที่มีต่อการบริการสุขภาพแก่ประชาชน หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.79, S.D.=0.563) ด้านที่มีแรงสนับสนุนมากที่สุด คือ ด้านอารมณ์ ($\bar{X}$=3.91, S.D.=0.646) รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}$=3.84, S.D.=0.678) และด้านการประเมินผล ($\bar{X}$=3.78, S.D.=0.652) และน้อยที่สุด คือ ด้านเครื่องมือ ($\bar{X}$=3.65, S.D.=0.733)

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ($\bar{X}$=3.78, S.D.=0.575) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$=3.81, S.D.=0.658) รองลงมา คือ ด้านการควบคุมและป้องกันโรค ($\bar{X}$=3.79, S.D.=0.673) และมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ($\bar{X}$=3.76, S.D.=0.714) และด้านการรักษาพยาบาล ($\bar{X}$ = 3.76, S.D.= 0.608)

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส หลังถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่สิทธิ์การรักษา และจำนวนครั้งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุอยู่ระว่าง 30-54 ปีมากที่สุด และรองลงมา คือ กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสิทธิการรักษาจากบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท ซึ่งเป็นสิทธิการรักษาที่ครอบคลุมแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อเข้ารับการบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ซึ่งมีความพร้อมทั้งในด้านการให้บริการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษา รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส มีวัสดุอุปกรณ์ที่พอเพียง มีสถานที่ให้บริการที่มีความสะดวก และบุคลากรผู้ให้บริการมีศักยภาพและเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสทุกด้านในระดับมาก ตามความรู้ที่ตนเองได้รับ และการได้สัมผัสอย่างแท้จริงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสมอบให้ในด้านการให้บริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา ธูปหอม[10] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชน ซึ่งพบว่า ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์ในการตัดสินใจต่อการให้บริการการแพทย์ไทยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่

ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา รวงผึ้ง[11] ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4 ที่พบว่า คุณลักษณะของพยาบาล ได้แก่ อายุ การศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รายได้ และประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทุกคนด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียม โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก มีการให้บริการแก่ประชาชนตามลำดับก่อน-หลัง การที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลการทำงานโดยการให้บริการเชิงรุกอย่างครอบคลุม มีการแจ้งข้อมูลแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการประชาชนที่เพียงพอ เช่น ห้องน้ำ จุดบริการน้ำดื่มสะอาด ที่นั่งรอรับบริการที่จอดรถ จึงทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้นต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส ซึ่งสอดคล้องกับ วิรัช ประวันเตา และจามจุรี เพียรทำ[12] ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการมีป้ายสัญลักษณ์/การประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย การได้รับการบริการที่ดีและมีคุณภาพของโรงพยาบาล และการให้บริการผู้ป่วยเป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ และสอดคล้องกับบุษกร คงผอม และวิวัฒน์ชัย อัตถากร[13] ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการมาก ได้แก่ ความสะดวกในการใช้บริการ ความคุ้มค่า ยุติธรรมในราคาของระบบบริการที่ได้รับ อัธยาศัยไมตรี ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ และจริยธรรมของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าประชาชนเห็นด้วยกับประสิทธิภาพการให้บริการในระดับมาก แต่ยังสามารถพัฒนาให้มีคุณภาพที่สูงขึ้นได้ โดยเฉพาะในด้านการฟื้นฟูสภาพ ที่ยังมีความคิดเห็นในระดับปานกลางที่ค่อนข้างสูง

2. ควรเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในด้านอารมณ์ การประเมินผล ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือ เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการให้บริการ

4. ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่มีการศึกษาระดับต่ำและเข้าถึงบริการน้อย ควรได้รับการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายและมีการติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนสามารถรับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเพียงพอ

5. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาในด้านอื่นๆ เช่น ประสิทธิภาพการบริหารจัดการหลังจากถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่น เพื่อหาข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำมาใช้ปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.จีระศักดิ์ ทัพผา ที่ปรึกษางานวิจัย ที่ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิธาน กระสังข์ ที่ปรึกษาร่วม คุณเกรียงศักดิ์ มุ่งโตกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส คุณเจนณรงค์ เทียวสูงเนิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัน และ ดร.จิตชยา น้อยหมื่นไว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองทอง ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสทุกท่านที่ให้ข้อมูล และเอื้อสถานที่ต่อการวิจัย ตลอดจนผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Starfield Babara. (1998). Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University: U.S.A.
2. จรวยพร ศรีศศลักษณ์, จเร วิชาไทย และรำไพ แก้ววิเชียร.(2552). ประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีอนามัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 3(1): 16-24.
3. พัฒฑิกรณ์ ทองคำ. (2567). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 10 (1): 176-198.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส. (2566). สถิติการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส.
5. อรพรรณ โยธาสมุทร. (2565). การถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงยี่โถ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. กลุ่มวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น, คณรัฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
6. สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลตำบลหนองน้ำใส. (2566). ข้อมูลประชากร. เทศบาลตำบลหนองน้ำใส.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส. (2565). รายงานการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส; 2565
8. Cochran, W.G. (1953). Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons, Inc.
9. บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
10. รุ่งนภา ธูปหอม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
11. มินตรา รวงผึ้ง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 9 (2): 1-18
12. วิรัช ประวันเตา และจามจุรี เพียรทำ. (2564). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 31(2): 307-318.
13. บุษกร คงผอม และวิวัฒน์ชัย อัตถากร.(2562). ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. เวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 36(5): 373-390

การพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุพรรณบุรี : Cov19-Suphanburi Platform

Development of information system for emergency situation to support prevention and control of coronavirus disease 2019, Suphan Buri Province: Cov19-Suphanburi Platform.

(Received: February 1,2025 ; Revised: February 6,2025 ; Accepted: February 7,2025)

สัญญา สุขขำ[1] ชัยณรงค์ สุขขำ[1]
Sanya Sookkham[1] Chainarong Sukkum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วย (1) การวางแผนและกำหนดความต้องการโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ และการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (2) การพัฒนาต้นแบบการออกแบบและโดยผู้ใช้ (3) การสร้างระบบ (4) การทดสอบระบบและการเปลี่ยนระบบ กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน จำนวน 183 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการดำเนินงาน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที (One-sample t-test) ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี 2563 ถึง 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 11, 14,662 และ 35,304 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นการระบาดเพิ่มมากขึ้น ต้องพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถจัดเก็บ และบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสร้างแอปพลิเคชัน ที่ชื่อว่า Cov19-Suphanburi Platform

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระบบสารสนเทศด้วยระบบจัดการข้อมูลเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถใช้บูรณาการข้อมูลเฝ้าระวังโรคในกลุ่มเสียงเพื่อประกอบการตัดสินใจในการกำหนดมาตรการควบคุมโรคระดับจังหวัดได้ ส่วนโครงสร้างทางวิศวกรรมซอฟต์แวร์ที่พัฒนาขึ้นสามารถต่อยอดใช้เป็นต้นแบบและต้นทุนเพื่อรับมือกับโรคระบาดอื่นๆ ในอนาคตได้ และเมื่อศึกษาผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการพัฒนาระบบและการปรับแก้ในระยะเวลาที่จำกัดช่วงภาวะฉุกเฉิน ความร่วมมือระหว่างทีมตระหนักรู้สถานการณ์ และทีมเทคโนโลยีสารสนเทศที่รวดเร็ว ทำให้ทีมตระหนักรู้สถานการณ์สามารถลดเวลาในการดำเนินงานในแต่ละวันได้ ทำให้สามารถส่งรายงานได้ทันเวลา ลดปัญหาความเครียดของเจ้าหน้าที่ ทีมสอบสวนโรคในแต่ละพื้นที่ได้รับการส่งต่อและคืนข้อมูลกันได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำและอยู่บนพื้นฐานความปลอดภัยของระบบข้อมูล และขยายกลุ่มผู้ใช้งานไปยังกลุ่มต่างๆ ในระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบสารสนเทศ, สถานการณ์ฉุกเฉิน, การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This action research aimed to study the development of information system for emergency situation to support prevention and control of the COVID-19 virus in Suphan Buri Province. The study design as follows: (1) Planning and define requirements, it was a quantitative study using secondary data, and a document study to study the situation of COVID-19, (2) Design and user prototype development, (3) System Creation, (4) System testing and changeover. The sample consisted of 183 emergency personnel. The research tools comprise questionnaires, and operational reports, while it analyzed quantitative data with descriptive statistics and a One-sample t-test.

The study showed that the situation of the 2019 coronavirus disease in Suphan Buri Province between 2020 and 2022 found 15, 14,662 and 35,304 patients, respectively, which is an increasing outbreak. Therefore, it is necessary to develop an information system that can store and manage big data efficiently. Therefore, Application called Cov19-Suphanburi Platform was created. When studying the results of the surveillance, prevention, and control of the 2019 coronavirus disease, an information system employing a real-time database management system

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

proved to be a valuable tool for COVID-19 surveillance and screening; integrated data and information systems can support decision-making processes in implementing COVID-19 measures at the provincial level; and the data structure and software engineering approach employed in this study can serve as a model to aid in combating future outbreaks. it was found that the system which was developed and adjusted in a limited time during the emergency, the cooperation between the situation awareness team, and the rapid of information technology team allowed the situation awareness team to reduce the daily working time that was able to submit the reports on time, reduce stress for officers. The disease investigation teams in each area received information forwarding and returning quickly, accurately, and based on the security of the information system, and expand the user groups to various groups in the emergency response system.

Keywords: Development of information system, emergency, prevention and control of coronavirus disease 2019

บทนำ

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยและในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้เกิดการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 5 และในจังหวัดสุพรรณบุรี ต้องใช้ข้อมูลสถานการณ์ในการวางแผน กำหนดมาตรการ และสนับสนุนในการตัดสินใจ ของผู้บริหารและทุกภาคส่วน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาวะฉุกเฉิน มีข้อมูลและรายงานจำนวนมากที่ระดับพื้นที่ จนถึงระดับจังหวัด ต้องใช้และรายงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ ในช่วงแรกของการระบาดยังไม่มีการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐาน หน่วยงานต่างๆ ขอสนับสนุนข้อมูลในรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่มีความซ้ำซ้อนกัน อีกทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กับทีมสอบสวนโรคในจังหวัด ทำให้ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ฯ มีภาระต้องจัดทำรายงานหลายชุดและแจงนับจากข้อมูลในรูปแบบตารางคำนวนพื้นฐาน ทำให้ใช้เวลานานในการทำรายงานในแต่ละวัน การติดตามรวบรวมรายงานจากหน่วยบริการต่างๆ เช่น รพ.สต. 174 แห่ง รพ. 10 แห่ง รพ.เอกชน 5 แห่ง ทำได้ค่อนข้างยาก บางครั้งไม่สามารถรายงานได้ทันเวลา ถูกตำหนิ เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาพักผ่อน และเสียสุขภาพ[1,2]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้สามารถจัดการข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและช่วยในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ ส่งผลไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในพื้นที่เป็นวงกว้าง และนำไปสู่การพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังโรคอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรีระหว่างปี 2563 และ 2565

2. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี : Cov19-Suphanburi Platform

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและผลของการพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : Cov19-Suphanburi Platform

วิธีการวิจัย

แบบของการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

1. การพัฒนาต้นแบบ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

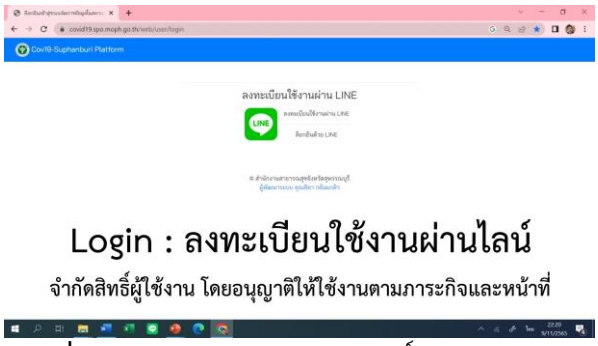
1.1 การศึกษาบริบท และสภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน ประกอบด้วย สถานการณ์การ

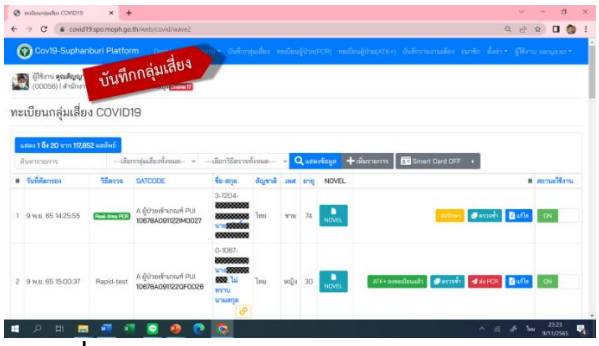
ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหวัดสุพรรณบุรี นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบ (มุมมองของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน) และความต้องการใช้งานระบบ ของผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ในการพัฒนาต้นแบบ โดยใช้เทคนิคการระดมสมอง (Brain Storming) จากผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หัวหน้าและสมาชิกกลุ่มภารกิจตามโครงสร้างศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ กลุ่มภารกิจสอบสวนโรค กลุ่มภารกิจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลามภารกิจดูแลรักษาผู้ป่วย และผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) ส่วนการศึกษาทบทวนเอกสาร (Document Study) จากแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข แนวทางการสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวคิดเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ และการพัฒนาระบบแอพลิเคชั้น รวมทั้งข้อมูลจากโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง R506 รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะเวลาดำเนินการ มิถุนายน - กรกฎาคม 2564

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ ทำให้ได้แนวคิดในการจัดทำระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี ต้นแบบ ซึ่งต้องประกอบด้วย การลงทะเบียนใช้งานของเจ้าหน้าที่ การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การลงพิกัดบ้านโดยใช้ ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ การส่งออกของระบบรายงานและแบบฟอร์มต่างๆ

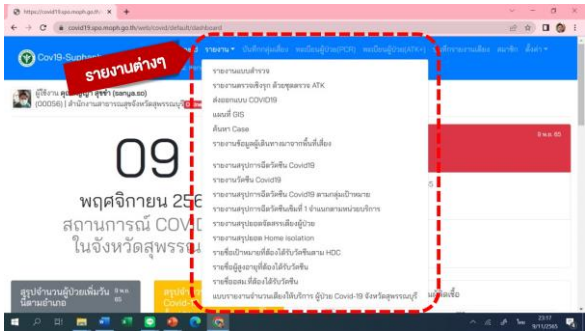
1.2 ระยะพัฒนากระบวนการ (Process) เป็นการพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี : Cov19-Suphanburi Platform เพื่อทำการออกแบบระบบงาน การทำงานของระบบ การแสดงผล และการใช้งาน โดยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานกลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ และกลุ่มภารกิจสอบสวนโรคของกลุ่มภารกิจตามโครงสร้างศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 15 คน เครื่องมือ ได้แก่ แนวคำถามในการอภิปรายกลุ่มแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) จากนั้นดำเนินการตรวจสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานต้นทางที่นำเข้าข้อมูลระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน โดยเริ่มดำเนินการเพื่อปรับปรุงต้นฉบับ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อคิดเห็นและข้อสังเกตจากการใช้งาน และการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบ ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม - ตุลาคม 2564

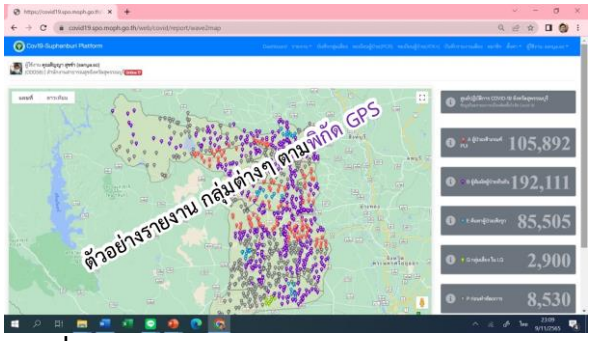
ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้คือ ได้ระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ตั้งชื่อว่า Cov19-Suphanburi Platform หน้าจอแสดงผลตัวอย่างตามภาพที่ 1 -4





ภาพที่ 1 การลงทะเบียนโดยจำกัดสิทธิ์ผู้ใช้งานตามภารกิจ **ภาพที่ 2** การบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมและการทดสอบระบบ





ภาพที่ 3 การส่งออกรายงาน **ภาพที่ 4** การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์

2. การทดลองใช้นวัตกรรม : ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ภายหลังการพัฒนานวัตกรรมและได้นำระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี : Cov19-Suphanburi Platform ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศตรวจสอบ ได้ทดลองใช้จริงในระยะแรก ดำเนินการในการกลุ่มผู้ปฏิบัติงานต้นทางที่นำเข้าข้อมูลระดับปฐมภูมิ ในช่วงพฤศจิกายน 2564 – มกราคม 2565 และขยายเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทีมค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในทุกระดับ จากนั้นมีการขยายการดำเนินงานไปยังทุกสถานพยาบาลและทุกทีมค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกครอบคลุมทุกอำเภอ (10 อำเภอ) ในปี 2565 จึงได้มีการประเมินผลการใช้งานระบบดังนี้

2.1 การศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี : Cov19-Suphanburi Platform ซึ่งสอบถามในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ หัวหน้าและสมาชิกกลุ่มภารกิจตามโครงสร้างศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ กลุ่มภารกิจสอบสวนโรค กลุ่มภารกิจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลามภารกิจดูแลรักษาผู้ป่วย และผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบฯ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบสอบถามปลายปิด โดยสอบถามจากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 183 คน ผู้วิจัยกำหนดเป็นโควตา ดังนี้ ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ และกลุ่มภารกิจสอบสวนโรค ของกลุ่มภารกิจตามโครงสร้างศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 13 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานต้นทางที่นำเข้าข้อมูลระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานต้นทางที่นำเข้าข้อมูลระดับปฐมภูมิ จำนวน 150 คน ข้อคำถามมีจำนวน

13 ข้อ แบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีลักษณะการตอบเป็นการประเมินความถี่มากน้อย ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ พึงพอใจระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนนตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลคือ 1.00-1.80 คะแนนมีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด 1.81-2.60 คะแนนมีความพึงพอใจระดับน้อย 2.61-3.40 คะแนนมีความพึงพอใจระดับปานกลาง 3.41-4.20 คะแนนมีความพึงพอใจระดับมาก และ 4.21-5.00 คะแนนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด โดยแบบสอบถามทั้งฉบับได้ผ่านการทดลองใช้ (Try Out) ในผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 30 คน ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.975 นอกจากนี้ข้อคำถามแต่ละชุดจะมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผู้ตอบสามารถเติมคำในช่องว่างได้โดยอิสระ

2.2 การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ ดำเนินการในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4 แห่ง โดยสุ่มเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง จากนั้น ดำเนินการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้ U071, U072, U073 ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2565 เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รายงาน ในแอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506)

ใช้กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณโดยใช้สูตร

$$n \quad \frac{Z^2_{\propto\ 2}P \quad -P}{d^2}$$

โดย

n = ขนาดตัวอย่าง, $Z_{\propto\ 2}$ = 1.96, d = 5%, P = 0.57 อ้างอิงจากการศึกษาของ ทัศนีย์กร ภูษา[1]

ดังนั้นขนาดตัวอย่างสำหรับศึกษาคิดเป็น 377 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และค่าสัดส่วน โดยการวิเคราะห์คุณลักษณะและตัวแปรที่ศึกษา ได้ปรับปรุงตามแนวทางของ European Centre for Disease Prevention and Control (CDC)[2] ดังนี้

1) ความครบถ้วนหรือความไวของการรายงาน (Sensitivity) คือ สัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามการรายงานโรค ที่ถูกรายงานในแอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform คำนวณได้จาก

<u>จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform และเข้าตามนิยาม x 100</u>
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยาม ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ศึกษา

= A/A+C x 100 (รายละเอียดดังตารางที่ 1) การศึกษาครั้งนี้จำแนกระดับความครบถ้วนของการรายงานเป็น 3 ระดับ ดังนี้

(1) ระดับดี ตั้งแต่ 70.0% ขึ้นไป

(2) ระดับพอใช้ ระหว่าง 50 – 69.9%

(3) ระดับต้องปรับปรุง ระหว่าง 0 – 49.9%

2) ความถูกต้อง (Accuracy) คือ ความถูกต้องของการบันทึก ตัวแปรต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ที่รายงานเข้าในแอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

(1) ความครบถ้วนของการบันทึกทุกตัวแปรตาม ในแอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform

(2) ความถูกต้องของการบันทึกตัวแปร ดังนี้ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ที่อยู่ (หมู่ที่ บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด) อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส วันเริ่มป่วย ประเภทผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน) โดยเปรียบเทียบกับเวชระเบียน

ตารางที่ 1 การคำนวณค่าความครบถ้วน หรือความไว และค่าพยากรณ์บวกของรายงาน

การรายงานในระบบ	ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์นิยามผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์นิยามผู้ป่วย	รวม
รายงานในแอปพลิเคชัน	A True Positive	B False Positive	A+B
ไม่รายงานในแอปพลิเคชัน	C False Negative	D True Negative	C+D
รวม	A+C	B+D	A+B+C+D

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ One-Sample t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหวัดสุพรรณบุรีระหว่างปี 2563 ถึง 2565 พบว่าได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งสิ้น 11, 14,662 และ 35,304 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 1.77, 1,732.48 และ 4,171.92 ตามลำดับ เสียชีวิต 0, 269 และ 172 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2563 พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนธันวาคม จำนวน 9 ราย ปี 2564 พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนกรกฎาคม จำนวน 4,282 ราย และปี 2565 พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมีนาคม จำนวน 12,718 ราย ในปี 2563 อำเภอสองพี่น้องพบผู้ป่วยสูงสุด จำนวน 9 ราย ปี 2564 อำเภอสองพี่น้องพบผู้ป่วยสูงสุด จำนวน 3,994 ราย และปี 2565 อำเภออู่ทองพบผู้ป่วยสูงสุด จำนวน 6,448 ราย

2. แอปพลิเคชัน ที่ชื่อว่า Cov19-Suphanburi Platform เป็นการพัฒนาระบบสารสนเทศที่ช่วยให้สามารถจัดเก็บ และบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน รวบรวมรายงานทั้งหมดที่ต้องส่งหน่วยงานต่างๆ และที่ต้องใช้ในการควบคุมโรค นำไปทบทวน และวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานการเฝ้าระวัง การเก็บรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล และการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในทีม พัฒนาระบบการทำงาน และปรับขั้นตอนการทำงานใหม่ ปรับระบบการทำงานลดความซ้ำซ้อนของงาน และรายงาน ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่จำเป็น พัฒนาทีม และขอรับการสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยแบ่งเบาภาระงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงานช่วงแรก ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ลดเวลาการทำงานได้ แต่ยังพบปัญหาการรวบรวมรายงานจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ซึ่งดำเนินการได้ยาก เช่น ทีมออกคัดกรองเชิงรุก LQ HQ CQ เป็นต้น ดังนั้นการปรับปรุงและพัฒนาในช่วงที่ 2 จึงมีความสำคัญ ซึ่งเริ่มต้นจากกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐาน (โดยคำนึงถึงการลดภาระผู้บันทึกและเก็บข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นต้องใช้) กำหนดรายงานที่จะส่งออกจากระบบได้ ทีมสารสนเทศพัฒนาระบบ ทดสอบการใช้งานและปรับแก้ และเผยแพร่ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องใช้

งาน ผลลัพธ์ พบว่า ทีมสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายงานและควบคุมโรคได้ทันเวลา นำเสนอสถานการณ์ได้ทันเหตุการณ์ ลดความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพึงพอใจ การพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดสุพรรณบุรี เกิดเป็นแอปพลิเคชัน ที่ชื่อว่า Cov19-Suphanburi Platform มีความสามารถในการดำเนินการ ดังนี้ 1) สามารถลงทะเบียนใช้งานผ่านไลน์ โดยจำกัดสิทธิ์ผู้ใช้งานอนุญาติให้ใช้งานตามภาระกิจและหน้าที่ 2) แดชบอร์ด ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน เช่น สถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำแนกรายเดือน รายอำเภอ และรายสถานบริการ เป็นต้น 3) รายงานต่างๆ ที่ครอบคลุมการใช้งาน เช่น รายงานแบบสำรวจ รายงานตรวจเชิงรุก ด้วยชุดตรวจ ATK รายงานผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง รายการสรุปการฉีดวัคซีน เป็นต้น 4) การแสดงระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ที่ทำงานโดยการป้อนข้อมูลทางภูมิศาสตร์ เช่น ภาพแผนที่แสดงความหนาแน่นของผู้ป่วยในพื้นที่ 5) การบันทึกกลุ่มเสี่ยงและนำเข้าข้อมูล ที่มีความหลายหลายและสะดวกต่อการใช้งาน เช่น บันทึกด้วยระบบ Manual หรือ Upload File ผ่านคอมพิวเตอร์ บันทึกด้วยระบบ Manual ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ และนำเข้าข้อมูล ผ่าน Smart Card และ 6) แพลตฟอร์ม์สามารถใช้งานผ่านเครื่องสมาร์ทโฟนได้

3. ความพึงพอใจของการพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : Cov19-Suphanburi Platform พบว่า ผลการศึกษาความพึงพอใจในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ที่เคยใช้แอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform มีความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบโดยเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88)

จากการสำรวจและสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2565 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอู่ทอง พบจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และนำมาทำการศึกษาในรายละเอียดคุณลักษณะเชิงปริมาณ จำนวน 377 ราย

ความครบถ้วนหรือความไวของการรายงาน (Sensitivity) ผลการศึกษาในรายละเอียดข้อมูลทางเวชระเบียนเปรียบเทียบกับข้อมูลการรายงานในแอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform ซึ่งประเมินโดยใช้นิยามผู้ป่วยตาม นิยามการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้านิยาม จำนวน 30 ราย ความไว ร้อยละ 53.33 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความครบถ้วนหรือความไว (Sensitivity) ของการรายงานโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

การรายงาน	**ทบทวนเวชระเบียน**		**รวม**
ในระบบ รง.506	**เข้านิยาม**	**ไม่เข้านิยาม**	
รายงาน	A (16)	B (0)	A+B (16)
ไม่รายงาน	C (14)	D (347)	C+D (361)
รวม	A+C (30)	B+D (347)	A+B+C+D (377)

Sensitivity = A/A+C*100 = 16/(16+14)*100 = 53.33%

ความถูกต้องของการรายงาน (Accuracy) จากข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วยที่รายงานในแอปพลิเคชัน Cov19-Suphanburi Platform เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ทำการสำรวจจากเวชระเบียน พบว่า ข้อมูลของผู้ป่วยที่รายงานเข้ามาในระบบ รง.506 ไม่มีการคลาดเคลื่อนของตัวแปร ทั้งตัวแปรที่อยู่ อายุ เพศ

อาชีพ สถานภาพสมรส แผนกที่รักษา (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน) และวันเริ่มป่วย ความถูกต้อง ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนานี้มุ่งศึกษาพัฒนาระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การคัดกรอง (screening) และการเฝ้าระวัง (surveillance) กลุ่มเสี่ยงในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งระบบดังกล่าวฯ สามารถช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคสามารถจัดการวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และยาในช่วงการระบาดของโรคได้อย่างเหมาะสม มีการเก็บและนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยยืนยันที่ครบมิติ อาทิเช่น ข้อมูลประชากร ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลทางระบาดวิทยา และข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สัมผัสที่สามารถเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยันและกลุ่มก้อนได้[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี มีระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ระบบ ซึ่งถูกออกแบบมาให้เป็นระบบเฝ้าระวังเฉพาะโรค เพื่อใช้งานในจังหวัด โดยเป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรุก บังคับให้รายงานตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 และครอบคลุมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในทุกมิติ จากการดำเนินการเปิดใช้งานระบบตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2564 มีการบันทึกข้อมูลผู้สงสัยป่วยผ่านระบบ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ดังนั้นหากใช้ระบบจัดการข้อมูลแบบเรียลไทม์จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ใช้งานในทุกระดับ ตลอดจนประชาชนที่รอรับข้อมูลสถานการณ์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า web-based application ทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ (1) โปรแกรมสำหรับทีมค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (2) โปรแกรมสำหรับติดตามกลุ่มเสี่ยง และ (3) โปรแกรมจัดการชุดข้อมูลสถานการณ์ในระบบเฝ้าระวังโรค สามารถใช้เป็นเครื่องมือจัดการข้อมูลเพื่อสนับสนุนมาตรการในการควบคุม ป้องกันโรคได้อย่างเป็นระบบ[4] ผลการพัฒนาระบบเชิงคุณภาพในการเฝ้าระวังโรค พบว่า นอกจากความถูกต้องของข้อมูลการคัดกรองและความครอบคลุม ในการเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงแล้ว ความรวดเร็วทันเวลาของระบบเป็นคุณสมบัติสำคัญของระบบสารสนเทศเพื่อการสนับสนุนการเฝ้าระวังและการเตือนภัยสุขภาพในระดับชุมชน[5] ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้สมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชัน เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการช่วยบริหารจัดการข้อมูลจำนวนมากในภาวะวิกฤติจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[6] นอกจากนี้งานวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าการใช้วิธีการพัฒนาแอปพลิเคชันอย่างรวดเร็ว และเทคนิคการพัฒนาแอปพลิเคชันร่วมกัน[7] เป็นโมเดลการพัฒนาซอฟต์แวร์ที่มีประสิทธิภาพสูง ช่วยลดระยะเวลาและมีความยืดหยุ่นสูงเหมาะแก่การพัฒนาระบบงานเพื่อเตรียมความพร้อมเชิงยุทธศาสตร์และแผนการตอบสนองต่อปัญหาการระบาดของโรค[8] ถึงแม้ว่าระบบจะพัฒนาบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ใช้งานทุกระดับ แต่เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคทำให้ระบบมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องตามมาตรการควบคุมโรคในแต่ละระยะ การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้ใช้งานถึงแม่จะอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มผู้ใช้งานส่วนหนึ่งยังขาดความเข้าใจในด้านการใช้งาน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากข้อจำกัดที่ไม่สามารถจัดการอบรมแบบเต็มรูปแบบให้กับกลุ่มผู้ใช้งานระบบได้ ดังนั้น การนำระบบไปใช้งานในอนาคตควรพิจารณาปรับรูปแบบวิธีการถ่ายทอดความรู้ในการใช้งานระบบแก่กลุ่มผู้ใช้งานให้เหมาะสมมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า ระบบสารสนเทศด้วยระบบจัดการข้อมูลแบบเรียลไทม์เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถใช้บูรณาการข้อมูลเฝ้าระวังโรคในกลุ่มเสี่ยงเพื่อประกอบการตัดสินใจในการกำหนดมาตรการควบคุมโรคของคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดและอำเภอได้ ช่วยสนับสนุนให้ชุมชนและเครือข่ายเกิดการเฝ้าระวังและป้องกันโรคอย่างเข้มแข็ง นอกจากนี้ยังพบว่าโครงสร้างทางวิศวกรรมซอฟต์แวร์ที่พัฒนาขึ้น เช่น แอปพลิเคชัน โมดูล (module) ชุดคำสั่ง (instruction sets) วิธีการ

และเครือข่ายผู้ใช้งาน สามารถต่อยอดใช้เป็นต้นแบบและต้นทุนเพื่อรับมือกับโรคระบาดอื่นๆ ในอนาคตได้ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าวิธีการพัฒนาแอปพลิเคชันอย่างรวดเร็ว และเทคนิคการพัฒนาแอปพลิเคชันร่วมกัน เป็นโมเดลที่มีประสิทธิภาพสำหรับการพัฒนาซอฟต์แวร์ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และการเชื่อมต่อฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคกับระบบภูมิสารสนเทศออนไลน์[9] จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบสามารถตอบสนองต่อปัญหาการระบาดของโรคได้ดียิ่งขึ้น ส่วนการประเมินความพึงพอใจของรูปแบบรายงานโรคโควิด-19 บนระบบออนไลน์ เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้งานในรูปแบบออฟไลน์ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในความสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธนันท์ คงทอง และชาคริต สัตยารมณ์[10] นอกจากนี้ ในอนาคตหากสามารถพัฒนาการใช้แอปพลิเคชันเป็นช่องทางการสื่อสารความรู้ที่เพิ่มเติมจากความรู้ และคำแนะนำที่ได้จากแพทย์ พยาบาล โดยที่เป็นสื่อความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถนำติดตัวไปเปิดดูได้ทุกที่ ผู้ป่วยมีความสะดวก และการเข้าใช้งานบ่อยๆก็ช่วยกระตุ้นเตือนให้คอยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความถูกต้อง เหมาะสม เช่น มาตรการ DMHTT เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบสารสนเทศด้วยระบบจัดการข้อมูลแบบเรียลไทม์เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถใช้บูรณาการข้อมูลเฝ้าระวังโรคในกลุ่มเสี่ยงเพื่อประกอบการตัดสินใจในการกำหนดมาตรการควบคุมโรคของคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดและอำเภอ

2. โครงสร้างทางวิศวกรรมซอฟต์แวร์ที่พัฒนาขึ้น เช่น แอปพลิเคชัน โมดูล (module) ชุดคำสั่ง (instruction sets) วิธีการและเครือข่ายผู้ใช้งาน สามารถต่อยอดใช้เป็นต้นแบบและต้นทุนเพื่อรับมือกับโรคระบาดอื่นๆ ในอนาคตได้

3. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้ทราบกระบวนการของการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรค สามารถนำมาปรับใช้กับการศึกษาผลลัพธ์ของแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังโรค ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณลักษณะเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.ทัศนีย์กร ภูษา. (2564). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. เผยแพร่ผลงานวิจัย. โรงพยาบาลชุมแพ, https://cphos.go.th/new-cphos/announce_details.php?anncode=VkZod1NtVUQVDA9&status=active

2.World Health Organization. Dengue - Global situation. Disease Outbreak News. [Internet]. 2024 [cited 2024 June 24]. Available from: URL https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518

3.ประจักร์ โสภา. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเก็บข้อมูลเฉพาะรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 – 2565. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2565.

4.นภดล สุดสม, สุภัคชญา เชียงหนุ้น, บรรจง กิตติสว่างวงศ์, ดิษพงษ์ ขัติยะ, ศุภกร ธีระไพรพฤกษ์, อำไพ สุดสม, ราเชนทร์ กันใจมา, กมล พรมลังกา, พุจิศักดิ์ วรเดชวิทยา. การพัฒนาระบบสารสนเทศด้วยระบบจัดการข้อมูลแบบเรียลไทม์สำหรับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน, วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 32 ฉบับเพิ่มเติม 1 กรกฎาคม - สิงหาคม 2566.

5.มานิตา สองสี, ภิรมย์รัตน์ อินทร์ทองคำ, ดนุพัฒน์ กชชาดาปภาดา, ชัยณรงค์ ทรงทอง. ระบบสารสนเทศเพื่อการสนับสนุนการเฝ้าระวังและการเตือนภัยโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา ตำบลที่วัง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารควบคุมโรค 2559;42(4):315-26.

6.Iyengar K, Upadhyaya GK, Vaishya R, Jain V. COVID-19 and applications of smartphone technology in the current pandemic. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews 2020;(14):733-7.

7.โอภาส เอี่ยมสิริวงศ์. การวิเคราะห์และออกแบบระบบ (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2555.

8.(World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): strategic preparedness and response plan [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-newcoronavirus)

9.วัชราภรณ์ ตาบูรี, ชิงชัย หุมห้อง, ชฎา ณรงค์ฤทธิ์. ต้นแบบระบบภูมิสารสนเทศออนไลน์เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563;35(1):59-65.

10. พัทธนันท์ คงทอง และ ชาคริต สัตยารมณ์, การพัฒนาระบบรายงานโรคโควิด-19 ระลอกแรกของประเทศไทย บนระบบออนไลน์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19,วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (2022): กันยายน - ธันวาคม 2567

โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน

Digital Interventions for Improving Relapse Prevention of Adults with Amphetamine Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis

(Received: February 1,2025 ; Revised: February 6,2025 ; Accepted: February 7,2025)

ไกรวุฒิ ศรีจันทร์[1] รัชณีย์ วรรณขาม[2] ปณิตา แคล้วอ้อม[3] กมลชนก จงวิไลเกษม[4]

Kraiwut Srijan[1] Rachanee Vannakam[2] Panita Kleawaom[3] Kamonchanok Jongwilaikasem[4]

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และรายงานผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน. โดยการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2567 โดยใช้ฐานข้อมูล PubMed, CINAHL และ Cochrane เพื่อค้นหางานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยเป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2567 การศึกษาครั้งนี้ได้นำ The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาและรายงานผลการวิจัย โดยมีผู้วิจัยสองคนประเมินคุณภาพของการศึกษาเชิงระเบียบวิธีวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยเป็นอิสระต่อกัน และมีผู้วิจัยคนที่สามเป็นผู้พิจารณากรณีมีความคิดเห็นที่แตกต่าง

งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม จำนวน 7 เรื่อง ได้ถูกนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีงานวิจัย 3 เรื่องที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์อภิมานจากกลุ่มตัวอย่าง 271 คน เนื่องจากมีความแตกต่างของงานวิจัยที่นำมาศึกษาสูง ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยโดยใช้โมเดลแบบคงที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลโดยการใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงกระตุ้นให้เกิดความอยากในการใช้ยาเสพติดได้มากกว่ากลุ่มควบคุม (หลักฐานมีคุณภาพต่ำ) แม้ว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลยังไม่สามารถสรุปได้เนื่องจากมีความแตกต่างของงานวิจัยที่นำมาศึกษาสูง มีจำนวนการศึกษาค่อนข้างจำกัดในการวิเคราะห์อภิมาน และหลักฐานมีคุณภาพต่ำ จากการทบทวนนี้ผู้วิจัยเสนอแนะว่า การปฏิบัติการพยาบาลและกิจกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำควรมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล หรือเทคโนโลยีเสมือนจริงที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายเพื่อยกระดับของการส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำให้ทันสมัยกับยุกต์ปัจจุบันที่มีความท้าทายทางด้านเทคโนโลยี อย่างไรก็ตามควรปรับเปลี่ยนรูปแบบของโปรแกรมตามทรัพยากรที่มีอยู่และความเหมาะสมตามบริบท การวิจัยเพิ่มเติมที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นและคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัยที่สูงขึ้นจะทำให้ประเด็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบำบัดรักษามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แข็งแกร่งมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัล, การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ, ผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, การวิเคราะห์อภิมาน

Abstract

This systematic review and meta-analysis to investigate and report digital interventions' effects on improving relapse prevention of adults with amphetamine dependence. A comprehensive search was conducted from August to October 2024 using PubMed, CINAHL, and Cochrane to identify eligible intervention studies published in English from 2014 to 2024. The PRISMA guidelines were used to guide the study's method and report. Two reviewers independently evaluated the included studies' methodological quality and extracted data. A third reviewer resolved discrepancies.

Seven randomized controlled trials were included for systematic review, of which three studies qualified for meta-analysis involving 271 participants. Due to high heterogeneity, subgroup analysis with a fixed effects model was

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

[4] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

conducted. The digital interventions using virtual reality technology stimulate drug cravings more effectively than in the control group (low-quality evidence). Although the effectiveness of digital interventions remains inconclusive due to high heterogeneity, a limited number of studies in the meta-analysis, and low-quality evidence, this review suggested that nursing practices and activities that promote relapse prevention should integrate digital technology or accessible virtual reality technology to modernize relapse prevention efforts and align with the technological challenges of the current era. However, the program format should be adjusted based on available resources and contextual factors. Further research with larger sample sizes and higher methodological quality is warranted to strengthen the evidence base in this area.

Keyword: Digital intervention, Relapse prevention, Amphetamine dependence, Systematic review, Meta-analysis

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลกที่ทุกองค์กรให้ความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยทั่วโลกมีผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 296 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้เสพแอมเฟตามีนมากถึง 36 ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากที่สุด[1] ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีแนวโน้มการระบาดมากขึ้น แม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับชาติแล้วก็ตามโดยเฉพาะสารเสพติดแอมเฟตามีนคิดเป็นร้อยละ 79.20 โดยพบในเพศชายร้อยละ 89.66 มีอายุระหว่าง 20-39 ปี[2] โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 ประเทศไทยมีผู้เสพติดแอมเฟตามีนเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เท่ากับ 1,287, 1,699 และ 2,035 ราย ตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีการกลับไปเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษาซึ่งเกิดจากหลากหลายสาเหตุทั้งด้านบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะอาการอยากยา (craving) ซึ่งเป็นอาการของโรคสมองติดยาที่จดจำเรื่องราวต่างๆ ในระหว่างการใช้ยาเสพติด เมื่อถูกกระตุ้นส่งผลให้ผู้ติดแอมเฟตามีนไม่สามารถต่อต้านกับความรู้สึกอยากเสพได้จึงหันกลับไปเสพยาซ้ำอย่างง่ายดาย[4]

การกลับไปเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้เสพติดแอมเฟตามีน[5] โดยส่งผลกระทบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาภายในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับการก่อคดีอาชญากรรมต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น และพบว่าสาเหตุของคดีเหล่านี้เกิดจากการใช้สารเสพติด[6] นอกจากนี้ประเทศชาติจะต้องสูญเสียงบประมาณในการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาเป็นมูลค่ามากถึง 4 พันล้านบาทต่อปี[7] จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการกลับไปเสพซ้ำนำมาซึ่งความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติที่ยากต่อการประมาณค่า จึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีเป้าหมายสำคัญคือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและสามารถหยุดได้เลิกได้ โดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นมาตรฐานกลางในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เน้นการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง โดยมีระยะเวลาในการบำบัด 120 วัน[8] ซึ่งจากผลลัพธ์การบำบัดรักษาพบว่า ภายหลังการบำบัดรักษามีผู้ติดสารเสพติดกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 517 (37.11%), 998 (43.18%) และ 1,365 (41.97%)[3] ราย ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอในการป้องกันไม่ให้ผู้ติดสารเสพติดกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของรัศมน กัลป์ยาศิริ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร[8] ที่พบว่าการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดยังไม่พบวิธีการบำบัดใดที่จะทำให้ผู้เสพหยุดใช้ได้อย่าง

ถาวรจึงจำเป็นจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย ดังนั้น การบำบัดรักษาในปัจจุบันที่จะช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้นั้นควรมีการผสมผสานระหว่างการใช้เทคนิควิธีการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในยุคปัจจุบัน

การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเป็นเรื่องที่เป็นความท้าทายและได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษา ลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำ และสามารถช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และยังเพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว[9] ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีมาใช้สามารถเพิ่มขีดความสามารถและลดข้อจำกัดให้กับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน โดยเฉพาะวิธีการในการส่งเสริมให้ผู้เสพติดแอมเฟตามีนสามารถจัดการกับตัวกระตุ้นได้ ซึ่งปัจจุบันใช้วิธีการสอนและแสดงบทบาทสมมติซึ่งขาดความสมจริงในการฝึกทักษะการเผชิญกับเหตุการณ์จริงที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำเนื่องจากข้อจำกัดของการบำบัดรักษาทำให้ผู้ป่วยรู้แค่หลักการแต่ไม่สามารถนำไปปรับใช้กับสถานการณ์จริงได้ ส่งผลให้หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำในช่วง 2-4 วันหลังจำหน่ายเพิ่มมากขึ้น[10] แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอมเฟตามีนยังมีน้อย และยังไม่พบการศึกษาที่เจาะจงเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลที่เหมาะสมกับผู้เสพติดแอมเฟตามีน รวมทั้งการศึกษาผลลัพธ์ในมิติของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลและผลลัพธ์ในมิติของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำตามแนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานของเอกเกอร์[11] เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน และนำผลการศึกษาไปจัดทำเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนโดยการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน
2. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมผลลัพธ์มิติการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) เพื่อศึกษาโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน โดยใช้หลัก PICO ในการตั้งคำถามเพื่อสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัล ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population: P) ได้แก่ Methamphetamine patients, Amphetamine patients, Patients with amphetamine กิจกรรม/รูปแบบการบำบัด (Intervention: I) ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลที่ส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การรักษาที่ต้องการเปรียบเทียบ (Comparison: C) ได้แก่ Usual care (Standard care) or Control group และผลลัพธ์การศึกษา (Outcome: O) ได้แก่ Relapse prevention (Craving, Coping Skill, Physiological indicators, Biofeedback, Emotional regulation,

Heart Rate Variability , Drug abstinence) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางมาตรฐาน Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA 2020) ซึ่งประกอบด้วยข้อกำหนด จำนวน 27 ข้อ และแผนผังการจัดทำ 4 ระยะ ได้แก่ Identification, Screening, Eligibility และ Included

เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นการศึกษาในผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นการศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial: RCT) 3) เป็นการศึกษาที่เป็นโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง 4) เป็นการศึกษาการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นการศึกษาที่ไม่ใช่รายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) และ 2) ไม่สามารถเข้าถึงบทความวิจัยได้ หรือเข้าถึงเฉพาะบทคัดย่อ (abstract)

การสืบค้นงานวิจัย

ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, CINAHL และ Cochrane โดยสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2567 (ค.ศ. 2014 – 2024) โดยทำการสืบค้นในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2567 และรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Zotero

การคัดเลือกงานวิจัย

ผู้วิจัยจำนวน 2 ท่านทำการคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด (inclusion criteria) ร่วมกันซึ่งพิจารณารูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โปรแกรมการบำบัด ผลลัพธ์ และผลการศึกษา หลังจากนั้นได้ทำการคัดเลือกงานวิจัยที่ซ้ำกัน (duplication) ออก และพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อซึ่งเป็นการพิจารณาโดยอิสระ หากผู้วิจัยทั้ง 2 ท่านมีความเห็นไม่ตรงกันจะใช้ผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นผู้พิจารณาอีกท่านหนึ่ง

การประเมินคุณภาพของงานวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Jadad scale ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างกว้างขวางสำหรับประเมินระเบียบวิธีวิจัยและคุณภาพของการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial: RCT) ประกอบด้วยการประเมิน 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ การสุ่ม (randomization) การปกปิด (double blinding) ข้อมูลเกี่ยวกับการถอนตัวหรือสูญหาย (withdrawal and dropouts) โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน แบ่งคุณภาพของงานวิจัยออกเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพต่ำ (low-quality) มีคะแนนระหว่าง 0 – 2 คะแนน และคุณภาพสูง (high quality) มีคะแนนระหว่าง 3 – 5 คะแนน การประเมินคุณภาพงานวิจัยผู้วิจัยจำนวน 2 ท่านจะประเมินโดยมีความเป็นอิสระต่อกัน เมื่อผลการประเมินแตกต่างกันจะมีผู้วิจัยท่านที่ 3 เป็นผู้ร่วมให้ความคิดเห็น

การสกัดข้อมูล

การสกัดข้อมูลจากงานวิจัยผู้วิจัยใช้แบบสกัดข้อมูลของคอกแคลน[12] ในการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยโดยผู้วิจัยจำนวน 2 ท่านดำเนินการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยโดยมีความเป็นอิสระต่อกัน การสกัดข้อมูลจากงานวิจัยประกอบด้วยหัวข้อ ชื่อผู้แต่ง รูปแบบการวิจัย ประเทศ/สถานที่ในการศึกษา จำนวน/กลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยอายุ เพศ ประเภทกิจกรรม เครื่องมือวิจัย ทฤษฎี/แนวคิด รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา และผลการวิจัย หากผลการสกัดข้อมูลมีความแตกต่างกันจะมีผู้วิจัยท่านที่ 3 เป็นผู้ร่วมให้ความคิดเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Jadad scale) ของจาแดด และคณะ[13] ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางสำหรับประเมินระเบียบวิธีวิจัยและคุณภาพของการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial: RCT) ประกอบด้วยการประเมิน 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ การสุ่ม (randomization) การปกปิด (double blinding) ข้อมูลเกี่ยวกับการถอนตัวหรือสูญหาย (withdrawal and dropouts) โดยมี

คะแนนเต็ม 5 คะแนน แบ่งคุณภาพของงานวิจัยออกเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพต่ำ (low-quality) มีคะแนนระหว่าง 0 – 2 คะแนน และคุณภาพสูง (high quality) มีคะแนนระหว่าง 3 – 5 คะแนน

2. แบบประเมินอคติ RoB2 (risk of bias) ของฮิกกิน และคณะ[14] ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงอคติ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ การคัดเลือก (selection bias) การดำเนินการ (performance bias) การตรวจพบ (detection bias) การรายงานผล (reporting bias) จำนวนผู้เข้าร่วมในการวิจัย (attrition bias) และอคติอื่น การแปลผล ได้แก่ ความเสี่ยงอคติต่ำ (low risk of bias) ความเสี่ยงอคติสูง (high risk of bias) และอคติไม่ชัดเจน (unclear risk of bias)

3. แบบสกัดข้อมูลของคอกแคลน[12] ประกอบด้วยหัวข้อ ชื่อผู้แต่ง รูปแบบการวิจัย ประเทศ/สถานที่ในการศึกษา จำนวน/กลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยอายุ เพศ ประเภทกิจกรรม เครื่องมือวิจัย ทฤษฎี/แนวคิด รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา และผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

2. โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จากงานวิจัยจำนวน 2 เรื่องที่มีผลลัพธ์ทางสถิติเพียงพอ ส่วนงานวิจัยอีก 5 เรื่องวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (narrative summary) โดยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม RevMan 5.4.1 มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ค่าสถิติที่นำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลลัพธ์ของแต่ละงานวิจัยคือค่า Mean difference เนื่องจากเป็นข้อมูลต่อเนื่องที่มีหน่วยการวัดแตกต่างกันจึงต้องวิเคราะห์หาค่า Standardized Mean difference ซึ่งมีวิธีการในการวิเคราะห์ ดังนี้

2.1.1 ทดสอบความแตกต่างของผลการวิจัยจากงานวิจัย (Heterogeneity) ด้วยสถิติ Cochrane Q-test และ I^2 กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบเท่ากับ 0.1 ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อมูลในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน (Heterogeneity) จึงวิเคราะห์โดยใช้ Random-effects model เพื่อเปรียบเทียบขนาดของผลลัพธ์ (effect size) ระหว่างสองกลุ่มโดยการแปลงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มให้เป็นหน่วยมาตรฐาน (Standardized mean differences: SMD)

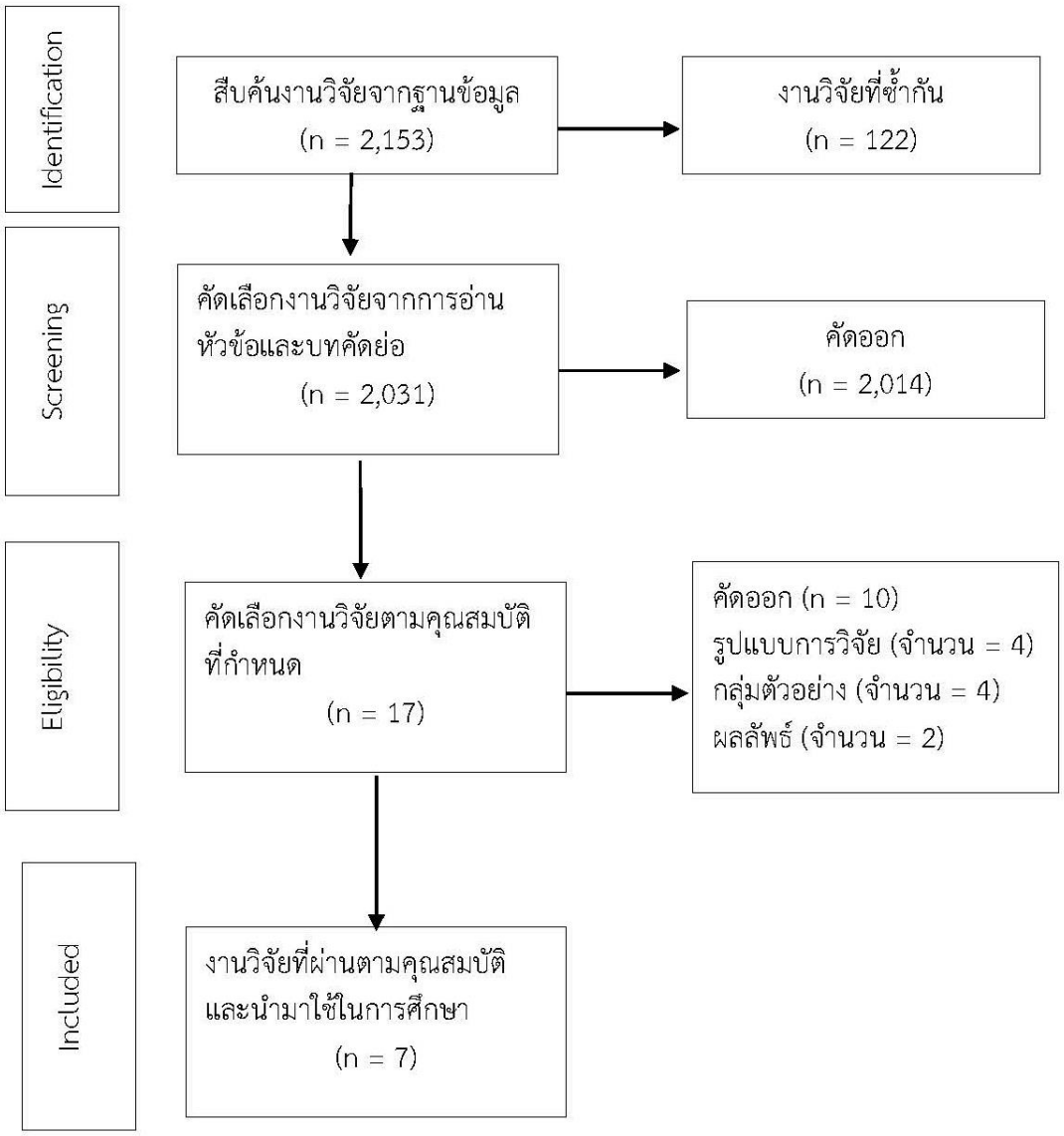
2.1.2 วิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) โดยใช้ Fixed-effect model เพื่อหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (weighted mean difference: WMD)

2.1.3 ตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์ โดยพิจารณาจากกราฟ Funnel plot กรณีรูปกรวยมีลักษณะสมมาตร คือ จำนวนจุดที่เกิดขึ้นแต่ละด้านของค่าผลรวมมีความใกล้เคียงกัน แสดงว่าผลการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ไม่มีอคติจากการตีพิมพ์

ผลการวิจัย

ผลการสืบค้น

จากการสืบค้นงานวิจัยพบงานวิจัยทั้งหมด 2,153 งานวิจัย คัดออก จำนวน 122 งานวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกันจากทุกฐานข้อมูล คงเหลือ 2,031 งานวิจัย หลังจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบชื่อของบทความวิจัยและบทคัดย่อจึงได้คัดงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องออกอีก จำนวน 2,014 งานวิจัย คงเหลือ 17 งานวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประเมินบทความตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด จึงได้คัดออกอีก จำนวน 10 งานวิจัยเนื่องจากไม่เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด (รูปแบบการวิจัย จำนวน 4 งานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 งานวิจัย และผลลัพธ์ จำนวน 2 งานวิจัย) คงเหลืองานวิจัยที่เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 7 งานวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการค้นหาและคัดเลือกงานวิจัยตามหลัก PRISMA

คุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

บทความวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 7 บทความวิจัย เป็นบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2567 (ค.ศ. 2014 – 2024) ทุกบทความวิจัยเป็นงานวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง (RCT)[15,16,17,18,19,20,21] การศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ ประเทศจีน ประเทศญี่ปุ่น และประเทศไต้หวัน โดยเป็นการศึกษาในโรงพยาบาล จำนวน 3 การศึกษา และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน จำนวน 4 การศึกษา

การศึกษาทั้งหมดประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,332 คน ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพและบุคคลที่มีสุขภาพดี โดยมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 23 – 888 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (n = 1,125, 84.46%) มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31.57 – 39.88 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนทุกการศึกษา แต่สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 4 การศึกษา[16,19,20,21] และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี จำนวน 3 การศึกษา[15,17,18] ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการถอนพิษยา และอาการทางจิตเวช ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของบทความวิจัยที่คัดเข้า และระดับของคุณภาพงานวิจัย

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/สถานที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/จำนวน	ค่าเฉลี่ยอายุ (M, SD)	เพศ (% เพศชาย)	ประเภทของกิจกรรม	เครื่องมือ	คุณภาพของงานวิจัย (JADAD)
Lin et al. (2022)	การวิจัยแบบทดลอง (Randomized Controlled Trial)	ประเทศจีน/ ศูนย์ฟื้นฟูบังคับใช้กฎหมายซิหลีพิงมณฑลเจ้อเจียง	Total = 65 Intervention = 35 Control = 30	IG = 33.69 (6.46) CG = 31.57 (9.15)	IG = 100% CG = 100%	IG: VR cue-induced CG: VR cue-induced	- เครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography: EEG) - มาตรวัดความอยากด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS)	JADAD 1
Takano et al. (2020)	การวิจัยแบบทดลอง (Randomized Controlled Trial)	ประเทศญี่ปุ่น/ โรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง	Total = 48 Intervention = 23 Control = 25	IG = 37 (7.30) CG = 39.50 (7.50)	IG = 60.90% CG = 76%	IG: Web-based relapse prevention program: e-SMARPP CG: self-monitoring group	ผลลัพธ์หลัก - ระยะเวลาการงดใช้สารเสพติดติดต่อกันนานที่สุด - ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด (Stimulant Relapse Risk Scale: SRRS) ผลลัพธ์รอง - แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale-8: SOCRATES-8) - ความเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการความอยากสารเสพติด (Self-efficacy Scale for Drug Dependence)	JADAD 5
Tsai et al. (2021)	การวิจัยแบบทดลอง (Randomized Controlled Trial)	ประเทศไต้หวัน/ โรงพยาบาล Kaohsiung Chang Gung Memorial	Total = 23 Intervention = 16 Control = 7	IG = 39.88 (11.58) CG = 37.29 (6.70)	IG = 81% CG = 86%	IG: VR System CG: การดูแลแบบปกติ	- เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram; ECG) - การตอบสนองของผิวหนังต่อกระแสไฟฟ้า (Gal- vanic Skin Response: GSR) - การเคลื่อนไหวของดวงตา (Eye Tracking)	JADAD 2
Wang et al. (2018)	การวิจัยแบบทดลอง (Non-blinded RCT)	ประเทศจีน/ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหลางจู ในจังหวัดเจ้อเจียง	Total = 108 Intervention = 61 Control = 45	IG = 33.62 (7.29) CG = 34.33 (8.56)	IG = 100% CG = 100%	IG: VR System CG: การดูแลแบบปกติ	- เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram; ECG) - มาตรวัดความอยากด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS)	JADAD 1
Wang et al. (2019)	การวิจัยแบบทดลอง (Randomized Controlled Trial)	ประเทศจีน/ โรงพยาบาลในเมืองหางโจว	Study 1: Total = 60 Intervention = 31 Control = 29 Study 2: Total = 888 Intervention = 612 Control = 276	Study 1: IG = 35.03 (7.53) CG = 32.55 (6.64) Study 2: IG = 33.95 (7.64) CG = 33.38 (7.77)	Study 1: IG = 100% CG = 100% Study 2: IG = 83.17% CG = 75%	Study 1: IG: VDO VRCP CG: การดูแลแบบปกติ Study 2: IG: computerized VRCP CG: การดูแลแบบปกติ	- เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram; ECG) - อัตราหัวใจเต้น (Heart Rate Variability; HRV) - มาตรวัดความอยากด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS)	JADAD 2

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของบทความวิจัยที่คัดเข้า และระดับของคุณภาพงานวิจัย

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ประเทศ/สถานที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/จำนวน	ค่าเฉลี่ยอายุ (M, SD)	เพศ (% เพศชาย)	ประเภทของกิจกรรม	เครื่องมือ	คุณภาพของงานวิจัย (JADAD)
Zhang et al. (2022)	การวิจัยแบบทดลอง (Randomized Controlled Trial)	ประเทศจีน/ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน เมืองเฉิงตู	Total = 100 Intervention = 52 Control = 48	ไม่มีการรายงาน	IG = 83% CG = 90%	IG: DTx Application CG: การดูแลแบบปกติ	- แบบวัดความอยาก (Visual analog scale: VAS) - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ9) - Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD7) - Meaningless Figure Recognition Test (MFRT)	JADAD 5
Zhu et al. (2018)	การวิจัยแบบทดลอง (Randomized Controlled Trial)	ประเทศจีน/ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเมืองเซี่ยงไฮ้	Total = 40 Intervention = 20 Control = 20	IG = 32.70 (5.27) CG = 35.05 (8.02)	IG = 100% CG = 100%	IG: Computerized Cognitive Addiction Therapy (CCAT) ร่วมกับการดูแลแบบปกติ CG: การดูแลแบบปกติ	- แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านกระบวนการคิด (Cognitive function) (CogState Battery) - แบบวัดการตัดสินใจในสถานการณ์เสี่ยง (Iowa Gambling Task: IGT) - แบบวัดพฤติกรรมการยอมรับความเสี่ยง (Balloon Analog Risk Task: BART) - แบบวัดพฤติกรรมการตัดสินใจ (Delay Discounting Task: DDT) - แบบวัดอคติด้านความสนใจที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน (Methamphetamine Stroop Task) - แบบฟอร์มบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการฝึก CCAT (Self-Administered CCAT Training Form)	JADAD 3

ตารางที่ 2 สกัดเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลสำหรับผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน

การศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	แนวคิด/ทฤษฎี	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	ผลการวิจัย
Lin et al. (2022)	- ผู้ติดแอมเฟตามีนที่ผ่านระยะถอนพิษยาเป็นระยะเวลา 1 เดือน (กลุ่มทดลอง) จำนวน 35 คน - บุคคลที่มีสุขภาพดี (กลุ่มควบคุม) จำนวน 30 คน	- เทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality)	รูปแบบกิจกรรม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมรายบุคคล ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์บันทึก EEG VR helmet และหูฟัง - ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความอยากยา - ขั้นตอนที่ 3 บันทึก EEG ในสภาวะพัก 6 นาที และบันทึกตลอดการรับชม VR - ขั้นตอนที่ 4 รับชม VR เป็นระยะเวลา 8 นาที ประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เริ่มต้นด้วยภาพจอดำเพื่อกระตุ้นความอยากและเสียงพูดเชิญชวนให้เล่นยาเสพติด ตอนที่ 2 กลุ่มคนกำลังเล่นแอมเฟตามีน ตอนที่ 3 ผู้ป่วยเดินไปร่วมวงกับเพื่อนที่กำลังใช้แอมเฟตามีน ตอนที่ 4 กลุ่มคนที่กำลังเล่นยาแสดงพฤติกรรมสนุกสนานเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากใช้ยา ตอนที่ 5 แสดงวิธีการเล่นยาแบบละเอียด ตอนที่ 6 เพื่อนมอบอุปกรณ์เล่นยาให้กับผู้ป่วย - ขั้นตอนที่ 5 ประเมินความอยากยาซ้ำ ระยะเวลา	- ในสภาวะถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า คะแนนความอยากยา (craving) ในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสภาวะพัก (resting state) และกลุ่มควบคุม - การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองโดยกลุ่มทดลอง: microstate class B และ C เพิ่มขึ้น และ microstate class C ลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุม: microstate class B และ C เพิ่มขึ้น และ microstate class D ลดลง

ตารางที่ 2 สกัดเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลสำหรับผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน

การศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	แนวคิด/ทฤษฎี	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	ผลการวิจัย
			- ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละ 14 นาที	
Takano et al. (2020)	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยติดสารเสพติดจาก 6 โรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 48 คน	- ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Theory) - ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) - แนวคิดการลดความเสี่ยงของการกลับไปใช้ยา (Relapse Prevention) - การประเมินตนเองและการกำกับดูแลพฤติกรรม (Self-Monitoring and Self-Regulation) - แนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์การใช้สารเสพติด - information and communication technologies (ICT)	รูปแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรายบุคคลโดยใช้โปรแกรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดทางเว็บไซต์ ดังนี้ กลุ่มทดลอง - เรียนรู้ด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ (VDO) เรื่อง การป้องกันการเสพซ้ำ จำนวน 6 ครั้ง ภายใน 8 สัปดาห์ พร้อมส่งการบ้านผ่านระบบออนไลน์ทุกครั้ง - บันทึกข้อมูลการใช้ยาเสพติดประจำวันผ่านระบบคอมพิวเตอร์ หากไม่บันทึกจะมีระบบแจ้งเตือน กลุ่มควบคุม - ไม่สามารถเข้าถึงบทเรียนคอมพิวเตอร์ (VDO) เรื่อง การป้องกันการเสพซ้ำได้ - บันทึกข้อมูลการใช้ยาเสพติดประจำวันผ่านระบบคอมพิวเตอร์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ หากไม่บันทึกจะมีระบบแจ้งเตือน ระยะเวลา - 8 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง (สามารถขยายเวลาการเรียนรู้ได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์) - เก็บข้อมูลระยะเวลาที่หยุดเสพ 8 สัปดาห์ (56 วัน) - เก็บข้อมูลความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำในช่วง 2, 5 และ 8 เดือน	- ระยะเวลาหยุดเสพในกลุ่มทดลอง 48.8 (SD=14.7) และกลุ่มควบคุม 41.2 (SD=20.3) ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.45, p=0.16) - ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ความสามารถแห่งตน และการใช้จ่ายเงินกับยาเสพติดในระยะติดตามผลเดือนที่ 2, 5 และ 8 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Tsai et al. (2021)	- ผู้ติดแอมเฟตามีนที่ (กลุ่มทดลอง) จำนวน 20 คน - บุคคลที่มีสุขภาพดี (กลุ่มควบคุม) จำนวน 11 คน	- การบำบัดด้วยการกระตุ้นสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง (Virtual Reality Exposure Therapy หรือ VRET)	รูปแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรายบุคคล โดยใช้ VR helmet แบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้ - ช่วงที่ 1 ก่อนการกระตุ้นด้วย VR (Pre-VR stimulation) กลุ่มตัวอย่างทุกคนพักผ่อนในภาวะสงบเป็นเวลา 5 นาที โดยวัดค่า ECG และ GSR - ช่วงที่ 2 ระหว่างการกระตุ้นด้วย VR (VR stimulation) กลุ่มตัวอย่างใช้ VR เป็นระยะเวลา 12 นาที และทำภารกิจ VR ตามคำแนะนำ โดยในขั้นตอนนี้เปิดใช้งานการติดตามดวงตา (Eye tracking) ตลอดระยะเวลา ประกอบด้วย 4 ระยะ ละ 3 นาที ดังนี้ - ระยะที่ 1 การรับรู้ยา (Drug Cognition) โดยให้ผู้ป่วยเห็นภาพยาเสพติด 16 ภาพ ภาพละ 6 วินาที - ระยะที่ 2 ระยะยั่วยุให้ใช้ยา (Drug Temptation) เป็นการกระตุ้นความทรงจำโดยใช้สิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมเสมือนจริงในสถานบันเทิง - ระยะที่ 3 ระยะการกระตุ้นยา (Drug Stimulation) โดยเพิ่มการกระตุ้นความอยากด้วยการแสดงภาพการใช้แอมเฟตามีน และมีเสียงการสนทนาจากตัวละครเสมือนจริงชักชวนให้ใช้ยาเสพติด เพื่อเป็นการสร้างภาพเส้นทางการใช้แอมเฟตามีนในจิตใจของผู้ป่วย - ระยะที่ 4 ระยะการยั่วยุให้ใช้ยา (Drug Provocation) เป็นระยะที่ตัวละครเสมือนพูดคุยโดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความอยากที่รุนแรงขึ้น - ช่วงที่ 3 หลังการกระตุ้นด้วย VR (Post-VR stimulation) กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนในสภาพสงบเป็นเวลา 5 นาที พร้อมวัดค่า ECG และ GSR ระยะเวลา - ครั้งละ ประมาณ 20 -30 นาที	- ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (HRV) ของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการกระตุ้นด้วย VR - การตอบสนองของผิวหนัง (GSR) ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้ VR แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) - การเคลื่อนไหวของดวงตา (Eye Tracking) ในกลุ่มทดลองพื้นที่สนใจส่วนใหญ่อยู่ที่ภาพยาเสพติด ในขณะที่กลุ่มควบคุมพื้นที่สนใจอยู่ที่พื้นที่นอกภาพยาเสพติด และการตอบสนองต่อภาพน้อย - ตัวแปร HRV, GSR และ Eye Tracking มีความแม่นยำในการบ่งชี้การกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาเสพติดได้ เท่ากับ 82.9%, 89.8%, และ 88.4% ตามลำดับ
Wang et al. (2018)	- ผู้ติดแอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาครบระยะถอนพิษยา 1 เดือน (กลุ่มทดลอง) จำนวน 61 คน	- เทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality)	รูปแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรายบุคคลโดยใช้ VDO เสมือนจริง และให้กลุ่มตัวอย่างใส่ helmet โดยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้	- พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความอยากใช้แอมเฟตามีน และค่าต่างๆ ของ HRV (SDNN, RMSSD, SD1, SD2) ในสถานการณ์ที่กระตุ้นความอยากยา (p

ตารางที่ 2 สกัดเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลสำหรับผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน

การศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	แนวคิด/ทฤษฎี	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	ผลการวิจัย
	- ผู้ชายที่มีสุขภาพดี (กลุ่มควบคุม) จำนวน 45 คน		- ขั้นตอนที่ 1 วัด ECG ในระยะพัก เป็นระยะเวลา 8 นาที และบันทึกตลอดระยะเวลาการรับชม VDO เสมือนจริง (ทั้ง 2 กลุ่ม) - ขั้นตอนที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มรับชม VDO เสมือนจริง (VR) ความยาว 8 นาที จำนวน 6 ฉาก ดังนี้ - ฉากที่ 1 หน้าจอเป็นสีดำเพื่อดึงดูดให้ผู้เข้าร่วมอยากใช้ยาพร้อมกับเสียงที่ชักชวนให้กลุ่มตัวอย่างต้องการใช้แอมเฟตามีน - ฉากที่ 2 ภาพกลุ่มคนกำลังเล่นกับ "ยาไอซ์" และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับยา - ฉากที่ 3 สภาพแวดล้อมของบุคคล จำนวน 6 คนที่กำลังล้อมวงกันเล่นยาเสพติด ฉากที่ 4 กลุ่มบุคคลที่กำลังล้อมวงกันเล่นยากำลังเล่นยาแบบสนุกสนาน ฉากที่ 5 แสดงวิธีการเล่นยาอย่างละเอียด ฉากที่ 6 เพื่อนที่อยู่ในวงเล่นยายื่นอุปกรณ์เล่นยาให้กับกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความอยากยาหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ระยะเวลา - ครั้งละ 16 นาที	< 0.05) โดยคะแนนความอยากยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ยาในระดับปานกลาง (r=0.585, p<.001) - การจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะอยากเสพแอมเฟตามีนสามารถจำแนกได้ด้วย HRV ซึ่งมีความแม่นยำสูง 86.9%
Wang et al. (2019)	การศึกษาที่ 1 - ผู้ติดแอมเฟตามีนเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 61 คน - กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 29 คน การศึกษาที่ 2 - ผู้ติดแอมเฟตามีนเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 888 คน - กลุ่มทดลอง จำนวน 612 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 276 คน	- ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิค (Classical conditioning theory) - การบำบัดโดยการเผชิญกับสิ่งยั่วยุ (Cue-exposure therapy: CET) - เทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality)	รูปแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยการบำบัดที่ใช้เทคโนโลยี VR เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Virtual reality counterconditioning procedure (VRCP) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 แนะนำการใช้อุปกรณ์ และบันทึก ECG ในระยะพัก เป็นเวลา 8 นาที - ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มทดลองได้ใช้เทคโนโลยี VR ที่นำเสนอเรื่องราวของผู้ป่วยที่กำลังร่วมกันเสพยา และในช่วงต่อมาจะแสดงผลกระทบในรูปแบบวิดีโอ จำนวน 4 ฉาก ดังนี้ - ฉากที่ 1 หน้าจอสีดำประกอบกับเสียงที่ทำให้เกิดอาการอยากยา ฉากที่ 2 ผู้เสพแอมเฟตามีนกำลังใช้อุปกรณ์การเสพยา เช่น ไฟแช็ก แผ่นอะลูมิเนียม หรือท่อ ฉากที่ 3 ผู้เสพแอมเฟตามีนกำลังเสพยาอยู่ด้วยกันในห้อง ฉากที่ 4 ผู้เสพแอมเฟตามีนกำลังถูกจับกุมโดยตำรวจ ระยะเวลา - 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที จำนวน 6 ครั้ง - เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	- ความอยากมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการใช้ยาเสพติดซ้ำในระดับปานกลาง (r = 0.557, p < 0.001) - VRCP สามารถลดอาการอยากยา (craving) ความชื่นชอบ (METH-linking) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - VRCP สามารถลดความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การใช้แอมเฟตามีนหลังได้รับการดูแลด้วย VRCP กับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน
Zhang et al. (2022)	- ผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน จำนวน 100 คน - กลุ่มทดลอง จำนวน 52 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 48 คน	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านอินเทอร์เน็ต (Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy: ICBT) - การฝึกปรับทัศนคติทางความคิด (Approach Bias Modification: ApBM) - การฝึกสมอง (Cognitive Function Training)	รูปแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรายบุคคลโดยการใช้แอฟพลิเคชั่นบนโทรศัพท์มือถือ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ - ICBT บำบัดในรูปแบบมัลติมีเดียเชิงโต้ตอบด้วยวีดีโอ ภาพประกอบ และข้อความ ครอบคลุมเนื้อหา หลักการ CBT ปัจจัยกระตุ้น การจัดการความอยาก ทักษะการปฏิเสธ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ - ApBM เป็นการใช้ภาพเกี่ยวกับแอมเฟตามีน และภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่ดีมาใช้ในการฝึก ประกอบด้วย 156 ภาพ (ภาพสะท้อนสุขภาพดี 6 ภาพ X 13 รอบ และภาพที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน 6 ภาพ X 13 รอบ) - การฝึกสมอง (Cognitive Function Training) โดยใช้เกมในการพัฒนาความจำและการทำงานของสมอง - ระบบรางวัลและการเสริมพฤติกรรมเชิงบวก แอปพลิเคชันจะให้คะแนน (Points) เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมเชิงบวกของผู้ป่วย ดังนี้ 1. รางวัลล็อกอินรายวัน (Daily Login Rewards) จะมีคะแนนให้ในการล็อกอินในแต่ละวัน และหากล็อกอินติดต่อกันหลายวันจะมีคะแนนโบนัสให้	- โปรแกรมสามารถลดความอยากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.026) - โปรแกรมสามารถไม่เพิ่มการทำหน้าที่ของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.094)

ตารางที่ 2 สกัดเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลสำหรับผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน

การศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	แนวคิด/ทฤษฎี	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	ผลการวิจัย
			2. คะแนนสำหรับการทำกิจกรรม แบ่งเป็น 2.1 กรณีปลอดล็อกกิจกรรม ICBT ได้สำเร็จรับ 100 คะแนน 2.2 กรณีทำกิจกรรม ApBM หรือ Cognitive Function Training สำเร็จรับ 50-100 คะแนน - การแลกคะแนน แอฟพลิเคชั่นสามารถแลกเป็นเครดิตสำหรับจ่ายค่าโทรศัพท์ได้ โดยทุก 1,000 คะแนนสามารถแลกเป็นเครดิตจ่ายค่าโทรศัพท์ได้ USD 1.6 โดยคะแนนไม่มีการกำหนดเพดาน และไม่มีวันหมดอายุ ระยะเวลา ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย - ICBT จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที - ApBM จำนวน 26 ครั้งๆ ละ 3 นาที - Cognitive function training ครั้งละ 3-5 นาที - เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)	
Zhu et al. (2018)	- ผู้ป่วยเพศชายที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบังคับในเชี่ยงไฮ้ และได้รับการวินิจฉัยว่าติดแอมเฟตามีนตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าติดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง จำนวน 40 คน - กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน	- การใช้เทคโนโลยีมือถือและอุปกรณ์พกพาในการบำบัดรักษา (mHealth technology) - แนวทางการบำบัดที่ใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์หรือแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (computerized cognition addiction therapy: CCAT) - การปรับเปลี่ยนความเบี่ยงเบนความสนใจที่เกี่ยวกับเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine Attention Bias Modification) - การฝึกด้านการรับรู้ (cognitive training)	รูปแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลโดยใช้แอฟพลิเคชั่นบนไอแพด ประกอบด้วยภารกิจการฝึกการรับรู้ 4 ภารกิจ ได้แก่ ภารกิจการฝึกความจำในการทำงาน 2 ภารกิจ และภารกิจการควบคุมการเบี่ยงเบนความสนใจที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีน 2 ภารกิจ ดังนี้ - การปรับเปลี่ยนความเบี่ยงเบนความสนใจที่เกี่ยวกับเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine Attention Bias Modification) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความไวต่อสิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีน ลดความเบี่ยงเบนด้านความสนใจ และเสริมสร้างการควบคุมความคิด ด้วยการใช้คำและภาพที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีนแสดงบนหน้าจอมือถือ แล้วให้ผู้ป่วยกดตอบ โดยการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 8 นาที - การฝึกการควบคุมตนเองจากแอมเฟตามีน (Methamphetamine Attention Control Training) โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นรูปภาพมีที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีนโดยผู้ป่วยจะต้องฝึกการเบี่ยงเบนความสนใจ - การฝึกการทำงานด้านความจำ (Working Memory Training (N-Back Task)) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจดจ่ออยู่กับสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ยาเสพติด และการจดจำสิ่งที่กำลังจดจ่อ ระยะเวลาของการฝึกครั้งละ 10 นาที - การฝึกฝนเกี่ยวกับความจำเชิงพื้นที่ (Spatial Working Memory Training (Memory Matrix Task) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจำสีตามพื้นที่ที่กำหนด โดยมีภาพที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีน และภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน โดยฝึกครั้งละ 10 นาที ระยะเวลา - 4 สัปดาห์ จำนวน 20 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที - ฝึกกิจกรรมละ 2 ครั้ง - หลังการฝึกแต่ละครั้งจะให้กลุ่มตัวอย่างพัก 5 นาที ด้วยการฟังดนตรีเบาๆ และการดูภาพที่ผ่อนคลาย - เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4)	- การทำหน้าที่ด้านกระบวนการคิด อารมณ์ และด้านสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม - การตัดสินใจในสถานการณ์เสี่ยงเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม - ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มในเรื่องของอคติด้านความสนใจ

แนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 7 บทความวิจัย (ตาราง 3) พบว่า มีการนำแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ แนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์การใช้สารเสพติดและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ซึ่งแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบหลักในการสร้างกิจกรรมคือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior change theory) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) แนวคิดการลดความเสี่ยงของการกลับไปใช้ยา (Relapse Prevention) การประเมินตนเองและการกำกับดูแลพฤติกรรม (Self-Monitoring and Self-Regulation) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิค (Classical conditioning theory) การบำบัดโดยการเผชิญกับสิ่งยั่วยุ (Cue-exposure therapy: CET)[19] แนวคิดเกี่ยวกับการลดอคติ (Approach bias modification: ApBM) แนวคิดการบำบัดโดยการให้รางวัล (Contingency management)[20] แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกกระบวนการทางความคิด (Cognitive function training)[20,21] แนวคิดการปรับเปลี่ยนอคติทางด้านความคิด[21] ส่วนใหญ่มีการใช้แนวคิด/ทฤษฎีมากกว่า 1 แนวคิดมาบูรณาการร่วมกัน และนำมาประยุกต์กับแนวคิดทางด้านเทคโนโลยี ได้แก่ แนวคิดด้านเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร[16] แนวคิดเทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality)[19] แนวคิดการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดโดยการใช้อินเตอร์เน็ต (Internet-based cognitive behavioral therapy)[20] แนวคิดเทคโนโลยีมือถือและอุปกรณ์พกพาในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (mHealth technology) และแนวคิดการบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ (computerized cognition addiction therapy: CCAT)[21] เพื่อสร้างเป็นรูปแบบการบำบัดที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน

รูปแบบของกิจกรรม

รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลเป็นรูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ โปรแกรมที่พัฒนาจากการจำลองบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนรวมทั้งสิ่งกระตุ้นที่ทำให้กลับไปใช้แอมเฟตามีนซ้ำ โดยลักษณะเนื้อหาพัฒนาจากผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนโดยตรง ซึ่งมีความจำเพาะและสามารถกระตุ้นให้เกิดความอยากได้จริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีในการจัดการกับความอยากด้วยตนเอง จำนวน 4 การศึกษา[15,17,18,19] โปรแกรมการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำทางเว็บไซต์ ซึ่งเป็นการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำผ่านทางเว็บไซต์ในรูปแบบของวีดีโอ จำนวน 1 การศึกษา[16] และโปรแกรมฝึกปฏิบัติทางด้านทักษะในการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำผ่านระบบอินเตอร์เน็ต เป็นการออกแบบที่มีลักษณะคล้ายเกมส์ มีการทำภารกิจที่กำหนด หากทำภารกิจได้สำเร็จจะมีการสะสมคะแนนเพื่อนำไปแลกรางวัลต่างๆ ในส่วนของภารกิจนั้นก็จะเกี่ยวข้องกับทักษะที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด จำนวน 2 การศึกษา[20,21]

ความถี่และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ความถี่และระยะเวลาสำหรับโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากในการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน มีระยะเวลาที่น้อยที่สุดที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เสมือนจริงแล้วกระตุ้นให้เกิดความอยาก คือ 8 นาที/ครั้ง[18,19]และระยะเวลาที่มากที่สุดคือ 14 นาที/ครั้ง[15] สำหรับความถี่และระยะเวลาสำหรับโปรแกรมฝึกปฏิบัติทางด้านทักษะในการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำผ่านระบบอินเตอร์เน็ต มีระยะเวลาที่น้อยที่สุดที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพคือ 4 สัปดาห์[21] และระยะเวลาที่มากที่สุดคือ 8 สัปดาห์[20]

ผลลัพธ์

การวัดผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับมิติการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจะมีการวัดในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่

1. คลื่นไฟฟ้าสมอง จากการศึกษาของลิน และคณะ[15] พบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองโดยกลุ่มทดลอง: microstate class B และ C เพิ่มขึ้น และ microstate class C ลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุม:

microstate class B และ C เพิ่มขึ้น และ microstate class D ลดลง

2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ[17,18,19]

3. คะแนนความอยากใช้ยาเสพติด จากการศึกษาของลิน และคณะ[15] พบว่า ในสภาวะถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า คะแนนความอยาก (craving) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับสภาวะพัก และกลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาของแวง และคณะ[18] พบว่า คะแนนความอยากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการอยากใช้ยาเสพติดในระดับปานกลาง (r=0.585, p<.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแวง และคณะ[19] พบว่า คะแนนความอยากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาเสพติดซ้ำในระดับปานกลาง (r = 0.557, p < 0.001) และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกด้วยสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง (VRCP) จะทำให้มีระดับความอยากลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ VRCP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) เมื่อพิจารณาคะแนนการชื่นชอบแอมเฟตามีนก็พบว่าคะแนนการชอบแอมเฟตามีนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ VRCP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ในขณะเดียวกัน พบว่าการใช้แอมเฟตามีนลดลงจากก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม [F(1, 58) = 24.332, p < 0.001] แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง [F(1, 58) = 0.908, p = 0.343] ส่วนการศึกษาของแซงและคณะ[20] พบว่า คะแนนความอยากลดลงหลังได้บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านอินเทอร์เน็ต (effect size = −0.402, p = 0.026, 95% Bootstrap CI = (−0.638, −0.087))

4. ระยะเวลาในการหยุดเสพในกลุ่มทดลอง 48.8 (SD=14.7) และกลุ่มควบคุม 41.2 (SD=20.3) ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.45, p=0.16) และความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ความสามารถแห่งตน และการใช้จ่ายเงินกับยาเสพติดในระยะติดตามผลเดือนที่ 2, 5 และ 8 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ[16]

การประเมิน Risk of bias

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม Revman 5.4.1 ในการวิเคราะห์ประเมิน risk of bias พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีอคติน้อย (Low risk of bias) ในส่วนของการสร้างลำดับแบบสุ่ม (Random Sequence Generation) อคติในการเลือก (Selection Bias) ที่เกิดจากการสร้างลำดับแบบสุ่มที่ไม่เหมาะสมพบว่า มีความเป็นอคติสูง ซึ่งมี 4 การศึกษา[15,17,18,20] ขาดการสร้างลำดับการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษามีทั้งการใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นได้ยากที่จะมีการสร้างลำดับการสุ่ม ดังภาพที่ 2 และ 3

การประเมินคุณภาพงานวิจัย

การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Jadad scale เนื่องจากงานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial) ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า 4 การศึกษามีคุณภาพต่ำ (low quality)[15,17,18,19] และ 3 การศึกษามีคุณภาพสูง (high quality)[16,20,21] ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์อภิมาน

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 7 บทความวิจัย พบว่ามีการวัดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (EEG, ECG, Gal- vanic Skin Response) ความอยากยาเสพติด ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ การตัดสินใจในสถานการณ์เสี่ยง พฤติกรรมการยอมรับความเสี่ยง และพฤติกรรมตัดสินใจ ซึ่งมี 4 การศึกษาที่มีการวัดผลลัพธ์ความอยากยา (craving) เป็นผลลัพธ์หลัก และมีเพียง 3 การศึกษาเท่านั้นที่รายงานผลการศึกษาเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) เพื่ออธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลในการส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยพิจารณาผลลัพธ์เป็นความอยากยา (craving) เนื่องจากหากผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนสามารถจัดการกับอาการอยากยา (craving) ของตนเองได้ก็จะทำให้ความเสี่ยงในการใช้แอมเฟตามีนซ้ำลดน้อยลง ผู้วิจัยจึงนำทั้ง 3 การศึกษามาวิเคราะห์อภิมานโดยรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (pooled data) จำนวน 271 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน (Heterogeneity) ไม่

สามารถนำผลการศึกษามารวมกันได้ จึงวิเคราะห์โดยใช้ Random-effects model เพื่อเปรียบเทียบขนาดของผลลัพธ์ (effect size) ระหว่างสองกลุ่มโดยการแปลงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มให้เป็นหน่วยมาตรฐาน (Standardized mean differences : SMD) ผลการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า คะแนนความอยากใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (craving) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง (VR) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD = 1.32; 95%CI = -0.32 – 2.96, p = 0.12; I^2 = 97%) (ภาพที่ 4) แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าคะแนนความอยาก (craving) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากข้อมูลมีความแตกต่างกันสูงมาก (Heterogeneity) ผู้วิจัยจึงได้ค้นหาสาเหตุของความแตกต่าง (Heterogeneity) ซึ่งพบว่าการศึกษาของแซงและคณะ[20] เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในขณะที่อีก 2 การศึกษาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีเป็นกลุ่มควบคุม เมื่อค้นพบสาเหตุของความแปรปรวนผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) โดยรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (pooled data) จำนวน 171 คน โดยใช้ Fixed-effect model เพื่อหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (weighted mean difference: WMD) ผลการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (VR) เกิดความอยากยาในการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (craving) 4.07 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (WMD = 4.07; 95%CI = 3.50 – 4.65, p < 0.001; I^2 = 0%) (ภาพที่ 5)

การตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์

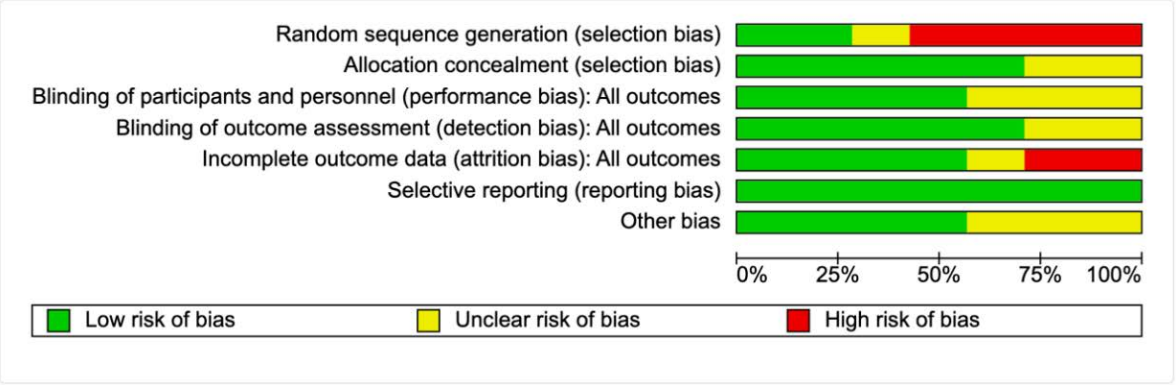
ผู้วิจัยตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์ (publication bias) โดยการใช้ funnel plot ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าที่แสดงถึงขนาดอิทธิพลในงานวิจัยที่นำเข้ามาศึกษามีการกระจายมากและเป็นการกระจายตัวที่เท่ากัน (equally distributed) รอบค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล

สรุปและอภิปรายผล

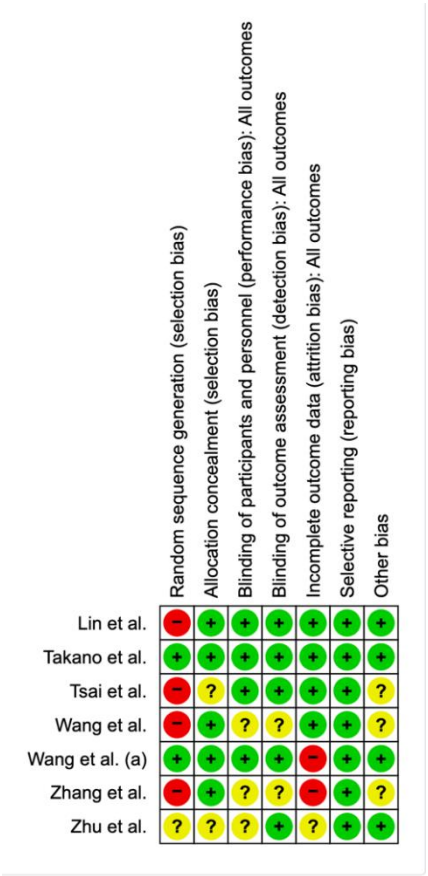
1. โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัล

งานวิจัยทั้งหมดที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 7 การศึกษา เป็นการนำแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำมาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดทางด้านเทคโนโลยี เพื่อเป็นการบูรณาการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำประกอบด้วย ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior change theory) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) แนวคิดการลดความเสี่ยงของการกลับไปใช้ยา (Relapse Prevention) การประเมินตนเองและการกำกับดูแลพฤติกรรม (Self-Monitoring and Self-Regulation) แนวคิดการบำบัดโดยการให้รางวัล (Contingency management)[20] แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกกระบวนการทางความคิด (Cognitive function training) ซึ่งครอบคลุมตามทฤษฎีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของมาลาสและโดโนแวน[22] ที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สถานการณ์เสี่ยง ทักษะการเผชิญปัญหา ผลกระทบจากการใช้ซ้ำ และความสามารถในตนเอง ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่มีการนำแนวคิด/ทฤษฎีมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมมากกว่า 1 แนวคิดเนื่องจากการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ตนเอง การรับรู้สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการใช้ซ้ำ การฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะในการเผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการควบคุมอารมณ์ ทักษะการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีแนวคิดที่แตกต่างกันไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัศมน กัลป์ยาศิริ และคณะ[8] ที่พบว่า การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเพียงแนวคิดเดียวในการบำบัดรักษาได้ จำเป็นจะต้องใช้แนวคิดที่หลากหลายในการบำบัดรักษาและจะต้องมีการพัฒนาการบำบัดรักษาให้ทันสมัยตลอดเวลา ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมีความซับซ้อนซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และต้องได้รับการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจึงจำเป็นจะต้องนำ

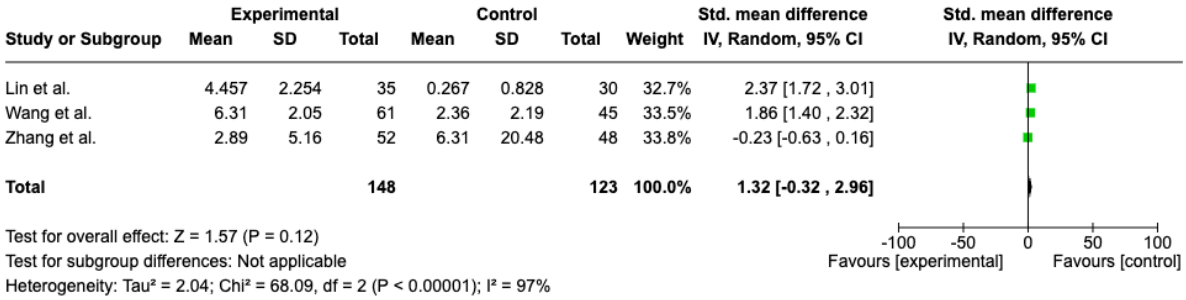
เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ได้บูรณาการการบำบัดให้อยู่ในรูปแบบของเทคโนโลยีต่างๆ เช่น การใช้แอปพลิเคชั่น การใช้แว่นตา 3 มิติ การใช้ไอแพด และการใช้อินเตอร์เน็ต เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบำบัด และเพิ่มช่องทางในการเข้าถึง รวมทั้งสร้างความเสมือนจริงให้กับผู้บำบัด โดยแนวคิดทางด้านเทคโนโลยีที่นำมาบูรณาการการบำบัด ได้แก่ แนวคิดเทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality) แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง (Virtual Reality Exposure Therapy: VRET) แนวคิดด้านเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร (Information and communication technologies: ICT) แนวคิดการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดโดยการใช้อินเตอร์เน็ต (Internet-based cognitive behavioral therapy) แนวคิดเทคโนโลยีมือถือและอุปกรณ์พกพาในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (mHealth technology) และแนวคิดการบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ (computerized cognition addiction therapy: CCAT) ซึ่งแนวคิดเหล่านี้สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยมีความต้องการบำบัดรักษา ผู้ป่วยรู้สึกสนุกกับการบำบัด อีกทั้งยังเป็นการจำลองบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเผชิญกับเหตุการณ์เสมือนจริงที่กระตุ้นให้เกิดการเสพซ้ำซึ่งมีความจำเพาะและสามารถกระตุ้นให้เกิดความอยากได้จริง และทำให้ผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนได้เรียนรู้วิธีในการจัดการกับความอยากด้วยตนเอง นอกจากนั้นยังมีการฝึกปฏิบัติโดยการใช้เทคโนโลยีที่มีการพัฒนาในลักษณะคล้ายเกมส์โดยการทำภารกิจที่กำหนดซึ่งภารกิจเหล่านี้จะเป็นการนำกิจกรรมที่เคยทำในรูปแบบการสอน การบรรยายมาสร้างเป็นภารกิจให้อยู่ในรูปแบบของเทคโนโลยีซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเพื่อตอบโจทย์ปัญหาของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นโดยผู้ป่วยสามารถบำบัดได้ทุกที่ทุกเวลา และไม่จำกัดจำนวนครั้งในการเข้ามาเรียนรู้เพื่อฝึกฝนตนเอง ในส่วนของรูปแบบกิจกรรมมีค่อนข้างหลากหลาย ซึ่งบางงานวิจัยจัดทำในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ รูปแบบคลิปวีดีโอที่มีลักษณะเสมือนจริง และรูปแบบภาพยนตร์ 3D สำหรับผู้ป่วยที่กำลังบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ส่วนรูปแบบแอฟพลิเคชั่น รูปแบบอินเตอร์เน็ตเบส และรูปแบบเกมส์ สำหรับผู้ป่วยที่บำบัดรักษาในชุมชน ซึ่งแต่ละรูปแบบสามารถช่วยในการเสริมทักษะเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้



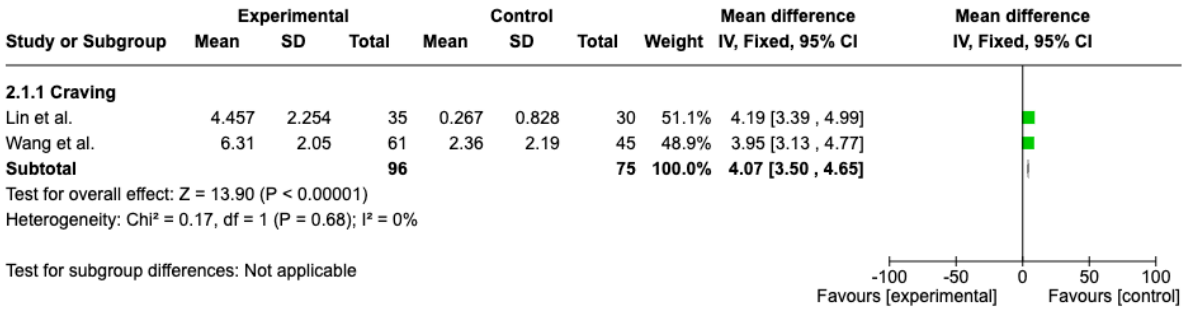
ภาพที่ 2 กราฟการประเมิน Risk of bias โดยใช้โปรแกรม RevMan 5.4.1



ภาพที่ 3 สรุป Risk of bias โดยใช้โปรแกรม RevMan 5.4.1



ภาพที่ 4 ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อการกระตุ้นความอยาก



ภาพที่ 5 การวิเคราะห์กลุ่มย่อย: ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริงต่อความอยาก

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมในการกระตุ้นให้เกิดอาการอยากยา (craving)

จากการศึกษา 4 การศึกษาที่มีการวัดผลลัพธ์ความอยากยา (craving) แต่มีเพียง 3 การศึกษาเท่านั้นที่รายงานผลการศึกษาเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) โดยรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (pooled data) จำนวน 271 คน ซึ่งข้อมูลในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน (Heterogeneity) จึงวิเคราะห์โดยใช้ Random-effects model ผลการวิเคราะห์อภิมานพบว่า คะแนนความอยากใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (craving) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง (VR) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD = 1.32; 95%CI = -0.32 – 2.96, p = 0.12; I^2 = 97%) แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าคะแนนความอยาก (craving) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากข้อมูลมีความแตกต่างกันสูงมาก (Heterogeneity) ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละงานวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของความแตกต่าง (Heterogeneity) ซึ่งพบว่าการศึกษาของแซง และคณะ[20] เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในขณะที่อีก 2 การศึกษาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีเป็นกลุ่มควบคุม เมื่อค้นพบสาเหตุของความแปรปรวนผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) โดยรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (pooled data) จำนวน 171 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Fixed-effect model เพื่อหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (weighted mean difference: WMD) ผลการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (VR) เกิดความอยากยาในการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (craving) 4.07 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (WMD = 4.07; 95%CI = 3.50 – 4.65, p < 0.001; I^2 = 0%) การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเผชิญกับสถานการณ์เสมือนจริงสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากใช้ยาเสพติดซ้ำแม้จะได้รับการบำบัดรักษาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วก็ตาม ซึ่งความอยาก (craving) เป็นอาการของโรคสมองติดยาที่จดจำเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เมื่อถูกกระตุ้นจะทำให้กลับไปเสพซ้ำได้อย่างง่ายดายยากที่จะต้องต้านหากไม่ได้รับการฝึกฝน[4] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮนเดียนและอุทิส[23] ที่พบว่า ความอยากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดซ้ำ (r=0.509, p<0.01) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความอยากได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะเพิ่มโอกาสในการกลับไปเสพซ้ำ แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความอยากโดยการใช้สถานการณ์เสมือนจริงอย่างต่อเนื่องก็สามารถทำให้ความอยากในการใช้ยาเสพติดลดลงเนื่องจากสมองเริ่มจดจำพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองเมื่อเผชิญกับตัวกระตุ้นด้วยการฝึกด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชนและต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแซงและคณะ[20] ที่พบว่าการฝึกเผชิญกับสถานการณ์เสมือนจริงอย่างต่อเนื่องสามารถลดความอยากในการใช้ยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาในหัวข้อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำควรส่งเสริมให้มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล หรือเทคโนโลยีเสมือนจริงที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น คลิปวีดีโอหรือภาพยนตร์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสมจริงในการเรียนรู้ และรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวยังสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความอยากใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหากผู้ป่วยได้เผชิญกับสถานการณ์เสมือนจริงอย่างต่อเนื่องสามารถ

ลดการตอบสนองต่อความอยากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ควรนำรูปแบบการบำบัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนเพื่อเพิ่มความสมจริงและทันสมัยในการบำบัดรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณ รศ.ดร.ศศิวิมล รัตนศิริ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และแนวทางในการศึกษาวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ที่เป็นส่วนสนับสนุนให้การพัฒนางานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Global overview: drug demand drug supply. USA; 2023.
2. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ปีงบประมาณ 2561-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. Available from: https://www.oncb.go.th/ONCB_OR9/picture/.pdf
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษา. ปทุมธานี: สบยช.; 2567.
4. ไกรวุฒิ ศรีจันทร์, อัญชลี เจตวรานนท์, รัชณีย์ วรรณขาม, ทิพสุคนธ์ มูลจันที. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2567;16(3):149-172.
5. สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเหรัญ, อุษา คงทอง. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน. Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University. 2559;10(1):195-209.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/SYB-2021/index.html
7. สำนักงบประมาณรัฐสภา. รายงานการวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานงบประมาณรัฐสภา; 2565.
8. รัศมน กัลป์ยาศิริ, ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร, บรรณาธิการ. คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
9. Smith J, Brown A, Taylor R. The role of AI in addiction treatment. J Behav Health. 2023;12(3):215-223.
10. Rockefeller Neuroscience Institute. Can zapping the brain help treat addiction? [Internet]. 2023. Available from: https://www.wsj.com
11. Egger M, Smith GD, Altman DG. Systematic reviews in health care: meta-analysis in context. 2nd ed. London: BMJ; 2001.
12. The Cochrane Collaboration. Data extraction forms. Available from: https://dplp.cochrane.org/data/extraction-forms. Accessed 2024 Jan 20.
13. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? Controlled Clin Trials. 1996;17(1):1-12. doi:10.1016/0197-2456(95)00134-4.
14. Higgins JPT, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. West Sussex: John Wiley & Sons; 2008.
15. Lin Q, Li D, Hu C, Shen Z, Wang Y. Altered EEG microstates dynamics during cue-induced methamphetamine craving in virtual reality environments. Front Psychiatry. 2022;13:891719. doi:10.3389/fpsyt.2022.891719.
16. Takano A, Miyamoto Y, Shinozaki T, Matsumoto T, Kawakami N. Effects of a web-based relapse prevention program on abstinence: Secondary subgroup analysis of a pilot randomized controlled trial. Neuropsychopharmacol Rep. 2022;42(3):362-367. doi:10.1002/npr2.12272.
17. Tsai MC, Chung CR, Chen CC, Chen JY, Yeh SC, Lin CH, Chen YJ, Tsai MC, Wang YL, Lin CJ, Wu EHK. An intelligent virtual-reality system with multi-model sensing for cue-elicited craving in patients with methamphetamine use disorder. IEEE Trans Biomed Eng. 2021;68(7):2270-2280. doi:10.1109/TBME.2021.3058805.
18. Wang YG, Shen ZH, Wu XC. Detection of patients with methamphetamine dependence with cue-elicited heart rate variability in a virtual social environment. Psychiatry Res. 2018;270:382-388. doi:10.1016/j.psychres.2018.10.009.
19. Wang YG, Liu MH, Shen ZH. A virtual reality counterconditioning procedure to reduce methamphetamine cue-induced craving. J Psychiatr Res. 2019;116:88-94. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.06.007.

20. Zhang L, Li N, Li Y, Zhang T, Li D, Liu Y, Liu X, Hao W. Preliminary efficacy of a digital therapeutics smartphone application for methamphetamine use disorder: An experimental study. Front Psychiatry. 2022;13:1027695. doi:10.3389/fpsyt.2022.1027695.
21. Zhu Y, Jiang H, Su H, Zhong N, Li R, Li X, Chen T, Tan H, Du J, Xu D, Yan H, Xu D, Zhao M. A newly designed mobile-based computerized cognitive addiction therapy app for the improvement of cognition impairments and risk decision making in methamphetamine use disorder: Randomized controlled trial. JMIR mHealth uHealth. 2018;6(6):e10292. doi:10.2196/10292.
22. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 2005.
23. Hendianti GN, Uthis P. Factors related to methamphetamine relapse risk among clients in the substance rehabilitation center of National Narcotics Board in West Java, Indonesia. J Health Res. 2018;32(4):279-287. doi:10.1108/JHR-05-2018-035.

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำเยาวชน ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The development of health literacy with a participatory learning mechanisms for Village Health Volunteers and youth leaders in surveillance and control of tobacco consumption in Selaphum District, Roi-Et Province.

(Received: February 1,2025 ; Revised: February 6,2025 ; Accepted: February 7,2025)

วิม เหมโส[1]
Wim Hemso[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ระยะที่ 2 พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ และระยะที่ 3 ศึกษาผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 168 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และเครื่องมือเชิงปริมาณ 2 ชุด ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.900 และ 0.878 ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 12.90 กลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ 25 - 40 ปี ร้อยละ 22.24 ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 61 คน มีร้านค้าของชำที่มีการจำหน่ายบุหรี่ จำนวน 132 ร้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 58.93 และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 0.64 ผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเด็นการเฝ้าระวัง ณ จุดขาย และการโฆษณาผ่านสื่อ พบว่าส่วนใหญ่ร้านค้าขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ร้อยละ 75.52 โดยประเด็นปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบ โดยมีการจำหน่ายในงานประเพณีชุมชนที่มีการแสดงมรสพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมการซื้อและพฤติกรรมการขายบุหรี่ พบว่ามีคนขายที่อายุอายุต่ำกว่า 18 ปีขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในวัดและในสวนสาธารณะเมื่อมีงานประเพณีชุมชนหรือมีมหรสพ รวมถึงการขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีการแบ่งซองขายเป็นมวน การเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ พบว่าผู้สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำจาก อสม.และแกนนำเยาวชนให้เลิกบุหรี่จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ จำนวน 328 คน ลดลง ร้อยละ 29.31 และผู้ที่มีโรคประจำตัวสามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 80.33

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ,กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,แกนนำเยาวชน, การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

Abstract

This action research aims to develop health literacy through a participatory learning mechanism for Village Health Volunteers (VHVs) and youth leaders in monitoring and controlling tobacco consumption in Selaphum District, Roi-Et Province. The research divided into 3 phases, with Phase 1: studying the situation of monitoring and controlling tobacco consumption. Phase 2 : developing health literacy through participatory learning mechanisms for Village health volunteers and youth leaders monitor and control tobacco consumption. And phase 3 : studies development

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

results. The sample consisted of 168 people by purposive selection according to inclusion and exclusion criteria. Data were collected using 2 sets of qualitative tools. The tools were checked for content and construct validity by 3 experts. And 2 sets of quantitative tools to check confidence using the Cronbach's Alpha Coefficient method. Cronbach's Alpha Coefficient values were equal to 0.900 and 0.878, respectively.

The results of the research found that ; The situation of monitoring and controlling tobacco consumption The smoking rate of people aged 15 years and over is 12.90 percent. The age group with the highest smoking rate is 25 - 40 years old, 22.24 percent, and those with chronic diseases. There were 61 people who had smoking habits. There were 132 grocery stores that sold cigarettes. Most of the sample had poor health literacy, 58.93 percent, and participation in monitoring and controlling tobacco consumption was low, with an average of 0.64. The results of surveillance and control of tobacco consumption Issues of surveillance at the point of sale and advertising through the media It was found that the majority of stores sold tobacco products in compliance with the Tobacco Product Control Act 2017, 75.52 percent. Issues of improper practice include selling tobacco products outside the premises specified in the tobacco sales license. They are sold at traditional community events where there are performances. Monitoring cigarette buying and selling behavior. It was found that there were sellers under the age of 18 selling tobacco products in temples and in public parks when there were traditional community events or entertainment. This includes selling or giving tobacco products to people under 20 years of age and cigarettes sold in packets. Access to smoking cessation services It was found that smokers received advice from Village health volunteers and youth leaders urged them to quit smoking until 328 people were able to quit, a decrease of 29.31 percent, and those with chronic diseases were able to quit smoking 80.33 percent.

Keywords : Health Literacy, Participatory Learning Mechanisms, Village Health Volunteers , Youth leaders
Tobacco Surveillance and Control

บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่างๆทั่วโลกล้วนให้ความสำคัญกับการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น เนื่องจากยาสูบเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการใช้ยาสูบที่สามารถป้องกันได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรทั่วโลกมีผู้บริโภคยาสูบมากกว่า 1.1 พันล้านคน ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบหรือการได้รับควันสูงถึง 6 ล้านคนต่อปี หรือมากกว่า 600,000 คน ที่เสียชีวิตจากการสัมผัสควันบุรี่มือ สอง นอกจากนั้นยังพบว่าการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของธุรกิจยาสูบที่ต้องการจำนวนผู้สูบหน้าใหม่มากขึ้น โดยกลยุทธ์การเข้าถึงยาสูบที่ง่ายขึ้น ประกอบกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทำให้เกิดปัจจัยที่ซับซ้อน[1] การบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยพบว่าสาเหตุการตายจาก 6 ใน 8 อันดับของโรคเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคยาสูบ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคถุงลมปอดอุดตัน วัณโรค และมะเร็งหลอดลม[2]

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทยในรอบ 30 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ.2534 - 2564 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวมลดลงร้อยละ 45.6 (จากร้อยละ 32 เป็น 17.4) และกลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดคือ กลุ่มอายุ 25 - 40 ปี ร้อยละ 21 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41 - 59 ปี , 19 - 24 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20, 18 และ 12.7 ตามลำดับ จำนวนมวนบุหรี่ส่วนใหญ่ที่สูบต่อวัน 1-10 มวน ร้อยละ 66.6 โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรก ปี พ.ศ.2564 คือ 18.5 ปี และอายุเฉลี่ยที่สูบจนเป็นปกตินิสัยคือ 19.7 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน 6 - 30 นาที ร้อยละ 38.4 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในการซื้อบุหรี่คือ 486 บาท สำหรับสถานการณ์การบริโภคยาสูบของจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 22.86 ในปี พ.ศ.2560 เป็นจังหวัดที่มีอัตรา

การสบบุหรี่สูงเป็นลำดับที่ 15 ของประเทศ ส่วนในปี พ.ศ.2564 อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 19.49 จัดเป็นลำดับที่ 24 ของประเทศ [3] ส่วนอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปี 2565 อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.51 จึงมีความจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบในพื้นที่[4]

ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ความหมายของ“ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” คือ ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืช Nicotiana tabacum รวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ส่วนภาวะ“เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ” เป็นภาวะที่ร่างกายต้องบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบ ส่วน “ขาย” หมายความรวมถึง การจำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน หรือให้ เพื่อประโยชน์ในทางการค้า[5] ซึ่งในเขตชนบทมักจะมีร้านค้าของชำ ในหมู่บ้านเป็นแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากนั้นยังมีระเบียบคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ได้แก่ การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยน ผลิตภัณฑ์ยาสูบกับสินค้าอื่น การให้บริการ หรือสิทธิประโยชน์อื่น ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยกระทำการในลักษณะ ที่แสดงถึงการลดราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย ขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจก แถม ให้ ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ เร่ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ขายปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบแสดงหรือยินยอมให้แสดง ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ สถานที่ขายปลีก ผู้ขายปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่แสดงชื่อ และราคาของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการแสดงการเป็นสถานที่ขายปลีกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรี ประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ[6] จึงต้องมีการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ

การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบเป็นการเฝ้าระวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ เพื่อติดตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบเพื่อเสนอข้อมูลการ เฝ้าระวังนำไปสู่การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ โดยเฉพาะ 4 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวัง ณ จุดขาย และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ การโฆษณาผ่านสื่อ ความชุกของการบริโภคยาสูบ ชนิดของผลิตภัณฑ์ ปริมาณการสูบ การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ค่าใช้จ่ายจากการบริโภคยาสูบ และพฤติกรรมการซื้อ การขาย และ การชักชวนเลิกบุหรี่รวมถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ [3] ซึ่งองค์ประกอบสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนต้องได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระบบ โดยในระดับหมู่บ้านนั้นจะมีองค์กรที่สำคัญทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติถึงระดับครัวเรือน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุดคือกลุ่มเยาวชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ อสม.และแกนนำเยาวชนจะต้องมีความรู้ แรงจูงใจและสมรรถนะ ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินค่าและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อการให้คุณค่าและตัดสินใจในการใช้ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การโต้ตอบซักถามจนสามารถประเมินตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้[7] นอกจากนั้นยังพบว่ากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ของบุคคลเพื่อพัฒนาตนเอง โดยมีลักษณะการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่อาศัยประสบการณ์เดิมของตนเองนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลอื่นๆ ในกลุ่มในลักษณะร่วมกันวิเคราะห์วิพากษ์ จนนำมาซึ่งความคิดรวบยอดและหากพิจารณาโดยเน้นที่บทบาทของผู้เรียนในการร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยครู

เปลี่ยนบทบาทจากผู้สอนไปเป็น ผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้เรียน[8]

ผู้วิจัยในฐานะที่ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และเป็นผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้ให้ความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบจึงได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาการบิโภคยาสูบด้วยกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ โดยใช้วงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ[9] เพื่อนำเสนอผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยนำแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[10] และกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[11] มาประยุกต์ใช้กับวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ(Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อปรับแผนการปฏิบัติเข้าวงจรใหม่ให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแก้ปัญหาได้สำเร็จ พื้นที่วิจัยอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2567 รวมระยะเวลา 11 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.และ แกนนำเยาวชน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 168 คน โดยเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive criteria) ได้แก่ 1) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) มีทักษะการจดบันทึกผลการปฏิบัติงาน และการรายงานผลการปฏิบัติงาน และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ หลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ 2 ชุด และเครื่องมือเชิงคุณภาพ 2 ชุด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

2.1.1 แบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 12 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ รวม 16 ข้อ ประกอบด้วย ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของกองสุขศึกษา (2565)[12] ดังนี้

คะแนนที่ได้	ระดับ	แปลผล
16-47 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
48-55 คะแนน หรือ 60–69% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อย
56-63 คะแนน หรือ 70–79% ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ
64-80 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและยั่งยืน

3) ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ

2.1.2 แบบรายงานผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ 4 ประเด็น ได้แก่

1) การเฝ้าระวัง ณ จุดขายและการโฆษณาผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ

2) การโฆษณาผ่านสื่อ

3) ฐานที่ 3 ความชุกของการบริโภคยาสูบ ชนิดของผลิตภัณฑ์ ปริมาณการสูบ การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ค่าใช้จ่ายจากการบริโภคยาสูบ และพฤติกรรมการซื้อ การขายบุหรี่ในชุมชน

4) ฐานที่ 4 การชักชวนเลิกบุหรี่และระบบบริการเลิกบุหรี่

2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่

2.2.1 แบบสังเกตการณ์ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

2.2.2 แบบสังเกตการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 4 ชุด ไปขอรับคำปรึกษาและคำแนะนำจากผู้มีทรงคุณวุฒิในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบของจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง จำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างแล้วได้นำไปปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น

2.1 เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1

2.1.1 ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.900

2.1.2 ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) โดยการสัมภาษณ์ อสม.และเยาวชนในพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีบริบททางสังคมใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 ตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.878

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามขั้นตอน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการและศึกษาสถานการณ์

1.1ผู้วิจัยจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ
โดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ผ่านการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีรายวิชาที่สำคัญ ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและ
สังคม รวมถึงคุณภาพชีวิต

2) สถานการณ์ปัญหาและความสำคัญของการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

3) การวิเคราะห์ปัญหาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน

4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย

4.1) ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

4.2) ทักษะด้านการทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

4.3) ทักษะด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ

4.4) ทักษะด้านการตัดสินใจ

4.5) ทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

4.6) ทักษะด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

5) ฝึกปฏิบัติ 4 ฐานการเรียนรู้

5.1) ฐานที่ 1 การเฝ้าระวัง ณ จุดขายและการโฆษณาผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ

5.2) ฐานที่ 2 การโฆษณาผ่านสื่อ

5.3) ฐานที่ 3 ความชุกของการบริโภคยาสูบ ชนิดของผลิตภัณฑ์ ปริมาณการสูบ การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ค่าใช้จ่ายจากการบริโภคยาสูบ และพฤติกรรมการซื้อ การขายบุหรี่ในชุมชน

5.4) ฐานที่ 4 การชักชวนเลิกบุหรี่และระบบบริการเลิกบุหรี่

6) เรื่องเล่าประสบการณ์ อสม.และแกนนำเยาวชนกับการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบในชุมชน

7) การวางแผนดำเนินงานการควบคุม กำกับและการติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ

1.2จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1.3เตรียมผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นวิทยากรร่วมในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

2.1.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

2.1.2 ศึกษาสถานการณ์ โดยดำเนินการดังนี้

1) สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใช้ข้อมูลฐานภูมิจากรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ ประจำปี 2565 อำเภอเสลภูมิ

2) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

3) ประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ

2.1.3 ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับกลุ่มตัวอย่างตามหลักสูตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบที่จัดทำขึ้น ระยะเวลาฝึกอบรม 2 วัน และจัดฐานการเรียนรู้เพื่อฝึกปฏิบัติ 4 ฐาน

2.1.4 กลุ่มตัวอย่างจัดทำแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นรายตำบล โดยมีรายละเอียด เป้าหมาย กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ และผู้รับผิดชอบในแผนปฏิบัติการอย่างชัดเจน

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Acting)

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามกิจกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการรายตำบล โดย

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างได้จับคู่บัดดี้ระหว่าง อสม. 1 คน กับ แกนนำเยาวชน 1 คน รวม 84 คู่ ซึ่งเป็นคู่บัดดี้ที่มีการประสานการทำงานกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะ “บัดดี้”

2.2.2 แบ่งละแวกคุ้มในหมู่บ้านรับผิดชอบในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชนในคุ้มที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน และใช้กลไกการเรียนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 4 ประเด็น ซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญในการเฝ้าระวัง คือ ร้านค้าจำหน่ายของชำที่มีการจำหน่ายบุหรี่ในหมู่บ้าน โดยใช้มาตรการทางกฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2555[5] และระเบียบคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560[6] โดยผู้วิจัยมีและทีมผู้ช่วยนักวิจัยเป็นที่ปรึกษาภาคสนาม รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครู นักเรียน ผู้นำชุมชน และกลุ่มแม่บ้าน

2.3 ขั้นตอนการสังเกตและบันทึกผล (Observing)

กลุ่มตัวอย่างใช้แบบบันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบรายบุคคล เป็นเครื่องมือในการบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติงาน และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้าน - ตำบล ทุกเดือน

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflecting)

ผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมกับทีมผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อติดตามผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประสานผู้นำชุมชนเพื่อประกาศเกียรติคุณชื่นชมยกย่องให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างที่แนะนำบุคคลในการเลิกสูบบุหรี่ ร้านค้าของชำในหมู่บ้านที่ปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องรวมถึงและร้านค้าของชำที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และระเบียบคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560

3. ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนา โดยประเมินผลการพัฒนา 3 ประเด็น ได้แก่

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการขับเคลื่อนงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อน - หลัง การขับเคลื่อนงานวิจัย

3.2 การมีส่วนร่วมของ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

3.3 ผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ 4 ประเด็น

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1752566 รับรองวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

1.1ผลการศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ปี พ.ศ.2565 พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่วิจัย 3 ตำบล มีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 1,531 คน ร้อยละ 14.51 กลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ 25-40 ปี ร้อยละ 22.24 รองลงมาคืออายุ 41-59 ปี ร้อยละ 19.21 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 61 คน มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่ 2 คน และมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากสูบบุหรี่ จำนวน 4 คน มีร้านค้าของชำในหมู่บ้านที่มีการจำหน่ายบุหรี่ จำนวน 132 ร้าน

1.2ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 58.93 รองลงมาคือระดับพอใช้ และระดับดี ร้อยละ 37.50 และ 3.57 ตามลำดับ โดยไม่มีผู้ที่มีความรอบร้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

1.3 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนการขับเคลื่อนงานวิจัย พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 0.64

2.การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบ 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน 3) ขั้นตอนการสังเกตและบันทึกผล และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล ซึ่งมีความเชื่อมโยงกัน

3. ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

3.1 ภายหลังการขับเคลื่อนงานวิจัย พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการสูบบุหรี่ จำนวน 1,033 คน (ร้อยละ 9.79) ลดลงร้อยละ 3.11 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่ายังสูบบุหรี่ จำนวน 12 คน ซึ่งลดลง 49 คน เป็นผลจากการแนะนำให้เลิกบุหรี่ของ อสม. และแกนนำเยาวชน

3.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการขับเคลื่อนงานวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังดำเนินการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังพัฒนา

ตัวแปร	M	SD	M dif	95% Cl	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	52.1	9.33	1.817	1.452-3.846	<0.001
หลังดำเนินการ	73.4	6.69			

3.2 การมีส่วนร่วมของ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่าหลังการขับเคลื่อนงานวิจัยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.42 เมื่อพิจารณาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบรายประเด็น พบว่าประเด็นที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือ การชักชวนเลิกบุหรี่และระบบบริการเลิกบุหรี่ ค่าเฉลี่ย 1.49 รองลงมาคือความชุกของการบริโภคยาสูบชนิดของผลิตภัณฑ์ปริมาณการสูบ การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ค่าใช้จ่ายจากการบริโภคยาสูบ และพฤติกรรมการซื้อ การขายบุหรี่ในชุมชน และ การเฝ้าระวัง ณ จุดขายและการโฆษณาผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ ค่าเฉลี่ย 1.44. และ 1.41 ตามลำดับ ส่วนประเด็นการโฆษณาผ่านสื่อ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.77

3.3 ผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเด็นการเฝ้าระวัง ณ จุดขาย และการโฆษณาผ่านสื่อ พบว่าร้านค้าส่วนใหญ่ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ร้อยละ 76.52 และพบว่าประเด็นที่ร้านค้าไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้แก่ การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบซึ่งพบเห็นได้ในงานแสดงมหรสพต่างๆในชุมชน ส่วนประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการ

บริโภคยาสูบและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ พบว่ามีการจำหน่ายบุหรี่ในสถานที่ห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานที่ คือมีการจำหน่ายบุหรี่ในวัด โดยการจำหน่ายในงานประเพณีชุมชนที่มีการแสดงมรสพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมการซื้อและพฤติกรรมการขายบุหรี่ พบว่าร้านขายของชำในพื้นที่ที่มีคนขายอายุต่ำกว่า 18 ปี มีการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในวัดและในสวนสาธารณะเมื่อมีงานประเพณีชุมชนหรือมีมหรสพ รวมถึงการขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีการแบ่งซองขายบุหรี่เป็นรายมวน ส่วนการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 12.90 โดย อสม.และแกนนำเยาวชนสามารถแนะนำให้ประชาชนเลิกบุหรี่ได้จำนวน 328 คน ร้อยละ 29.31 และในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้ จำนวน 49 คน ร้อยละ 80.33 โดยวิธีการที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากที่สุดคือ ได้รับคำแนะนำให้เข้ารับบริการที่คลินิกฟ้าใสโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 74.39 รองลงมาคือ การใช้สมุนไพรในชุมชน ร้อยละ 15.55 และเลิกสูบบุหรี่โดยการหักดิบ ร้อยละ 10.06

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 12.90 ในปี พ.ศ.2565 ซึ่งมีความชุกของการสูบบุหรี่สูงกว่าภาพรวมของประเทศ คือ ร้อยละ 10.48[3] นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีการสูบบุหรี่ จำนวน 61 คน ถือว่าเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบได้เป็นอย่างดี ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี อาจเป็นเพราะว่ายังไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากขาดทักษะในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง

รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตและบันทึกผล และการสะท้อนผลติดตามผล ซึ่งเป็นวงจรของการพัฒนาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานศึกษาการปฏิบัติงานในหน้าที่ โดยใช้ระเบียบวิธีวิทยาศาสตร์เพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติ หรือเป็นการแก้ปัญหา โดยการกำหนดปัญหาในการปฏิบัติงาน การแสวงหาลู่ทางในการแก้ปัญหา การใช้วิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา การบันทึกรายละเอียดผลการปฏิบัติการ และ การสรุปและเสนอผลการแก้ปัญหา[9] และเป็นการรวบรวมหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ สามารถดำเนินการได้หลายๆครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบโดยรวมอยู่ในระดับสูง เป็นเพราะผู้เข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนขับเคลื่อนงาน พร้อมทั้งมีข้อตกลงร่วมกันในออกปฏิบัติงานเชิงรุกให้ต่อเนื่อง ประกอบกับทีมวิทยากรทำหน้าที่ในการถ่ายทอดเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่ อสม.และแกนนำเยาวชนอย่างเข้มข้น ซึ่งวิทยากรทุกคนเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักการมีส่วนร่วมและการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งมีความสนใจในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้กลไกการฝึกอบรมเป็นไปอย่าง

ต่อเนื่องและมีระบบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญเลิศ พิมศักดิ์[13] ที่พบว่าการสร้างกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลให้ อสม.จังหวัดร้อยเอ็ดมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับสูงทั้งการเฝ้าระวัง ณ จุดขาย การเฝ้าระวังในสถานที่สาธารณะ สถานที่ราชการ สถานศึกษา หน่วยบริการสุขภาพ และสถานที่อื่นๆในชุมชน นอกจากนั้น อสม.และแกนนำเยาวชนยังได้ลงปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องรวมถึงการประสานงานกับเครือข่ายและองค์กรชุมชนร่วมกันดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นทุกประเด็นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินการมีส่วนร่วมก่อนขับเคลื่อนงานวิจัย แต่ยังพบว่ามีประเด็นที่ไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่สำคัญ ได้แก่ การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบ ซึ่งส่วนใหญ่พบเห็นได้ในงานแสดงมหรสพต่างๆ ในชุมชน รวมถึงมีการแบ่งซองขายบุหรี่เป็นรายมวน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้จำหน่ายบุหรี่ที่มาจากพื้นที่นำมาจำหน่ายในงานมหรสพ และมีร้านขายของชำในพื้นที่ที่มีคนขายอายุต่ำกว่า 18 ปี อาจเป็นเพราะผู้ประกอบการหรือผู้ขายขาดองค์ความรู้ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งต้องเร่งรัดการสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ประกอบการร้านค้าของชุมชนในชุมชนต่อไป ส่วนข้อมูลการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่นั้น พบว่า อสม.และแกนนำเยาวชนได้ให้คำแนะนำ ชักชวนผู้สูบบุหรี่ในการลด ละเลิกบุหรี่ อย่างเข้มข้นและต่อเนื่องจนสามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลา 9 เดือน จำนวน 328 คน ลดลงร้อยละ 3.11 ดังนั้นจึงถือได้ว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.และแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นวิธีการปฏิบัติที่ดีเยี่ยม (Best Practice) ที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 รวมถึงเป็นการจัดวางระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในมิติที่สามารถจัดการได้โดยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบที่พบว่า อสม.และแกนนำเยาวชนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือ การโฆษณาผ่านสื่อ ดังนั้นบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เช่น บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้การสนับสนุนและส่งเสริม อสม.และแกนนำเยาวชนโดยการส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังการโฆษณายาสูบผ่านสื่อโดยใช้วิธีการที่กระทำได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในเขตชนบท และจัดระบบการติดตามการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น

1.2 บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบควรนำสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการกำหนดทิศทางการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของอำเภอเสลภูมิ

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ควรสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ แก่ผู้ประกอบการร้านค้าของชำให้เกิดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.และภาคีเครือข่ายในด้านการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการอ้างอิงเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนาและต่อยอดรวมถึงการจัดระบบการมีส่วนร่วมและส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิติภัทร จันทรเกษม และธนัช กนกเทศ.(2563).การประเมินนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย ด้วยกรอบยุทธศาสตร์ MPOWER. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 15(3): 20-29
2. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค.(2565).แผนปฏิบัติการ ด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 – 2570.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
3. ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล.(2566).กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ.(2565). ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ อำเภอเสลภูมิ ประจำปี 2565. เอกสารอัดสำนา
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563).พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566).เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/lawbtc/001_1btc.PDF
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2562).ระเบียบคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560.(เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566).เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/lawbtc/007_1btc.PDF
7. วัชระ เพ็งจันทร์.(2561).สังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy Society.(เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566).เข้าถึงได้จาก https://mwi.anamai.moph.go.th/web- upload/migrated/files/mwi/n1141_12724c66e35424c4bf63fd1380e6b4b1_article_20180924133511.pdf
8. ยุรนันท์ ตามกาล. (2561). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลักวิถีชีวิตสีเขียวเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของครอบครัว. Journal of HR intelligence 13(1): 20-45
9. ชูศักดิ์ เอกเพชร. (2561). เอกสารประกอบการบรรยายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.(เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566).เข้าถึงได้จาก https://graduate.sru.ac.th/wp-content/uploads/2018/11/Action-Research-1.pdf.
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2563). แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือครูที่ปรึกษาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน. กรุงเทพมหานคร: ยูเรนัส อิมเมจกรุ๊ป
12. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.(เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566).เข้าถึงได้จาก https://skko.moph.go.th/dward/document_file/health_behavior/common_form_upload_file/20230427104744_360301399.pdf
13. บุญเลิศ พิมศักดิ์.(2561).การสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ จังหวัดร้อยเอ็ด.รายงานวิจัย

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolite ที่เกิดกลุ่มอาการมือและเท้า (Hand Foot Syndrome : HFS) และอาการชาปลายประสาท: กรณีศึกษา

The nursing care of colorectal cancer patients undergoing chemotherapy with antimetabolite agents who experience Hand-Foot Syndrome (HFS) and peripheral neuropathy: A case study.

(Received: February 1,2025 ; Revised: February 6,2025 ; Accepted: February 7,2025)

สุจิตรา ทองทรัพย์[1]
Sujitra Thongsup[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolite สูตร XELOX ซึ่งประกอบด้วยยา Capecitabine, Oxaliplatin ซึ่งส่งผลข้างเคียงที่รุนแรงกับผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มอาการมือและเท้า พิษต่อตับ อาการชาปลายประสาท วิธีดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยการซักประวัติจากผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบ แผนของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด และทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มมาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี มาตามแพทย์นัดเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด การวินิจฉัยโรค CA lower rectum staging probable III T2 or T3, N1M0 ได้รับการผ่าตัด Abdominoperineal resection (APR) with colostomy และรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Adjuvant chemotherapy สูตร XELOX ระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบเกิดผลกระทบต่อระบบผิวหนัง ได้แก่ อาการแดง บวม เจ็บ หรือผิวลอกบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ผื่นแดง หรือ ผิวลอก (Hand Foot Syndrome : HFS) ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันและบรรเทาได้ หากผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงวิธีการเตรียมตัวก่อนรับยาเคมีบำบัด ระหว่างรับยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวหลังรับยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรนี้เป็นการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เฉพาะในโรงพยาบาล แต่การรักษายังคงต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลป้องกันบรรเทาอาการ การป้องกันการบาดเจ็บจะเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงให้แก่ผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่, ยาเคมีบำบัด, กลุ่มอาการมือและเท้า

Abstract

This study was case study aimed at exploring the challenges and nursing care of a patient with colorectal cancer undergoing chemotherapy with the XELOX regimen, comprising Capecitabine and Oxaliplatin. These medications can cause severe side effects, including hand-foot syndrome (HFS), hepatotoxicity, and peripheral neuropathy. The study employed a purposive sampling method, focusing on a patient receiving treatment at the chemotherapy outpatient department of Lopburi Cancer Hospital. Data were collected through patient interviews, medical record reviews, and health assessment tools based on Marjory Gordon's 11 functional health patterns. Nursing diagnoses were formulated using Orem's Supportive-Educative Nursing System as a conceptual framework for planning nursing interventions.

Results: The patient was a 78-year-old Thai female who presented for scheduled chemotherapy for a diagnosis of CA lower rectum, staged as probable III (T2 or T3, N1M0). She underwent abdominoperineal resection (APR) with colostomy, followed by adjuvant chemotherapy with the XELOX regimen. During chemotherapy, the patient experienced dermatological side effects, including redness, swelling, pain, or peeling of the palms and soles, as well as rash or desquamation, collectively referred to as hand-foot

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

syndrome (HFS). These issues can be prevented or mitigated if patients receive adequate education on preparation prior to chemotherapy, self-care during treatment, and appropriate practices after chemotherapy. As this regimen involves continuous treatment beyond the hospital setting, it is crucial to educate patients and their families on managing and preventing complications at home. Providing comprehensive knowledge about self-care, injury prevention, and symptom management can significantly reduce severe complications and improve patient outcomes.

Keywords: Nursing care of colorectal cancer patients, chemotherapy, hand-foot syndrome (HFS)

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศแถบตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศทางยุโรป ในสหรัฐอเมริกาประชากรมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ตรงตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 6 หรือ 1 ต่อ 20 ของประชากร ประมาณการว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 138,000 ราย ต่อปี ของโรคมะเร็งของประชากรทั่วโลก[1] ในประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2565 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง แนวโน้มเริ่มพบโรคนี้ในคนอายุน้อยลง[2] ซึ่งการรักษาที่ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประโยชน์มากในการรักษาก็คือยาเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันมีด้วยกันหลายสูตร ซึ่งแพทย์จะพิจารณาการรักษาตามระยะโรค และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย[3]

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolites สูตร XELOX ประกอบด้วย ยา 2 ชนิด คือ 1) ยา Capecitabine (Xeloda®) เป็นยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน 2) ยา Oxaliplatin เป็นยาเคมีบำบัดชนิดฉีด

ยา Capecitabine หรือ ชื่อทางการค้า คือ Xeloda® ยา Capecitabine อยู่ในกลุ่มของ Antimetabolites พบว่ายา Capecitabine มีประสิทธิภาพในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ จึงเป็นยาเคมีบำบัดที่มีความสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่[4] เนื่องจากมีข้อบ่งใช้เป็นลำดับแรกในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย นอกจากนี้ ยา Capecitabine ใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อรักษาเสริมหลังจากรักษาด้วยวิธีหลัก เช่น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการให้ยาเม็ดสำหรับรับประทาน Capecitabine ร่วมกับยาฉีด Oxaliplatin หลังการรักษาโดยการผ่าตัด เป็นต้น ขนาดและปริมาณของยาที่ผู้ป่วยรับประทานขึ้นอยู่กับขนาดร่างกายของแต่ละคน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาคำนวณขนาดยาให้ถูกต้องและเหมาะสม แต่โดยทั่วไป ยา Capecitabine มีขนาดรับประทานยา คือ 1,250 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิวร่างกายหนึ่งตารางเมตร วันละ 2 ครั้ง ซึ่งยา Capecitabine ใช้เป็นยาเดี่ยว หรือใช้ร่วมกับยาอื่นในการรักษา วิธีการรับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็น เวลา 2 สัปดาห์ แล้วพักหยุดรับประทานยา 1 สัปดาห์ นับเป็น 1 ชุดการรักษา ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ใช้สูตร Capecitabine เป็นยาเดี่ยวรับประทานติดต่อกัน 2 สัปดาห์ พัก 1 สัปดาห์ ต่อ1 ชุด การรักษารวม 8 ชุด รวมทั้งหมด 6 เดือน หรือใช้ร่วมกับ ยาอื่น เช่น สูตรซีล็อก/แคฟพอค (XELOX, CAPOX) โดยให้ยาฉีด Oxaliplatin ในวันแรก และให้ยาเม็ดสำหรับรับประทาน Capecitabine รับประทาน 2 สัปดาห์ พัก 1สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวมทั้งหมด 6 ชุด และยังสามารถให้ร่วมกับยามุ่งเป้าได้ด้วย เช่น การให้ Bevacizumab + XELOX โดยให้ทุก 3 สัปดาห์เป็นต้น การรับประทาน ยา Capecitabine ต้องรับประทานหลังอาหาร และรับประทานยาเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่แบ่ง หักบด หรือเคี้ยวยา Capecitabine มีผล ข้างเคียงที่เด่นชัด คือ Palmar-Plantar Erythrodysesthesia (PPE) หรือ Hand-Foot Syndrome (HFS) ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 81[5] เป็นการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับความรุนแรงของ PPE ขึ้นอยู่

กับปริมาณยาที่ได้รับและปริมาณยาสะสม เกิดได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 2-3 สัปดาห์หลังจากรับประทานยา โดยมีอาการเริ่มแรกรู้สึกเจ็บแสบ หรืออาจมีผิวหนังเปลี่ยนแปลง เช่น ผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า มีสีคล้ำขึ้น ผิวลอก ช้ำ หรือมีอาการปวด บวม แดง ร้อน แสบ ทั้งสองข้าง ถ้าเป็นรุนแรง บางรายเกิดเป็นแผลพุพอง ปวดรุนแรง ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้

ยา Oxaliplatin (Eloxatin) เป็นยาต้านมะเร็ง Alkylating agent มีฤทธิ์เป็น Cytotoxic drugs ทำลาย DNA โดยตรง ทำให้ไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ ทำงานในทุกระยะของ Cell cycle จากการที่ทำลาย DNA ทำให้เกิดผลข้างเคียงระยะยาวได้กับไขกระดูก (Bone marrow) ยานี้มีผลทำลายต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ชาหรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกบริเวณปลายมือปลาย เท้า หรืออาจมีอาการปวดร่วมด้วย[6] อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างให้ยา หรือหลังจากได้รับยาอาการปลายประสาทอักเสบอาจจะเป็นมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยได้สัมผัสกับความเย็น เช่น ดื่มน้ำเย็น อยู่ในห้องแอร์เย็น ๆ จับตู้เย็น

จากปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และจากประสบการณ์การทำงาน ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเคมีบำบัด จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolite และเกิดกลุ่มอาการมือและเท้า (Hand Foot Syndrome : HFS) และอาการชาปลายประสาท เพื่อประเมินปัญหา การพยาบาล และนำมาวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolite สูตร XELOX และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรด้านการพยาบาล

วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antimetabolite สูตร XELOX ที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด จำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้อาสาสมัครได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่อาสาสมัครสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี ให้ประวัติว่า 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง ถ่ายเป็นเลือด ได้รับการตรวจ CT ผลเป็น CA lower rectum; staging probable III T2 or T3, N1M0 ผลการตรวจชิ้นเนื้อ Adenocarcinoma, moderately differentiated, Metastasis in 3 out of 18 lymph nodes ได้รับการผ่าตัด APR (Abdominoperineal resection) with colostomy และส่งปรึกษาแพทย์เคมีบำบัด แพทย์พิจารณาแผนการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด Adjuvant chemotherapy กลุ่ม Antimetabolite สูตร XELOX

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร XELOX

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ปฏิเสธสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติดทุกชนิด ปฏิเสธการแพ้ยา และสารอาหาร

การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[7]

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกต

แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และอยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร : ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงเวลา ชอบรับประทานผักมากกว่าเนื้อสัตว์ มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/วัน น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย : ขับถ่าย 1-2 วัน/ครั้ง ไม่เป็นเวลา บางครั้งมีเลือดปน ปัสสาวะสีเหลืองใสปกติ วันละ 4-6 ครั้ง

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย : สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ: พักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่นอนกลางวัน ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ

การประเมินสภาพทางร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยเดินมาเอง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อย น้ำหนัก 80 กิโลกรัมส่วนสูง 156 เซนติเมตร Body mass index 32.87กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC (Complete blood count)

WBC count = 4.45 10^3/uL, ANC (#NEUT) = 2.21 10^3/uL, Platelet count (PLT) = 112 10^3/uL, Hemoglobin (HGB) = 8.5 g/dL, Hematocrit (HCT) = 26.4 %

Creatinine (Blood) = 0.83 mg/dL, eGFR = 68.64 mL/min/1.73m2

LFT - Albumin 3.5-5.2 U/L, Globulin 1.5-3.5 U/L, AST 0-40 U/L, ALT 0-41 U/L

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ : มีความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งในเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรสและการสัมผัสปกติ มีความสามารถในการจดจำ พร้อมที่จะดูแลตนเองระหว่างรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยอมรับสภาพของโรคได้ และคิดว่าเป็นโรคที่รักษาหายได้ถ้าปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ หรือถ้าไม่หายก็ไม่เป็นไรเนื่องจากอายุมากแล้ว

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ : สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ดี ครอบครัวเป็นกำลังใจในการรักษาพยาบาลแบบ

แผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ : หมดประจำเดือนเมื่ออายุ 55 ปี

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด : เมื่อมีปัญหาผู้ป่วยจะปรึกษาสามีบุตร

แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ : ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ชอบใส่บาตรตอนเช้า มีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์

3) Body surface area 1.86 ตารางเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/82 มิลลิเมตรปรอท ECOG Score = 1 On colostomy หน้าท้องด้านซ้าย อุจจาระปกติ

- Total protein 6.4-8.3 U/L, Total bilirubin 0.0-1.2 mg/dl, Direct bilirubin 0.0-0.3 mg/dl

- Alkaline phosphatase (ALP) 40-130 U/L

การรักษา มาตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร XELOX

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการมาโรงพยาบาลครั้งนี้เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ขณะซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล 2. ประเมินคะแนนวิตกกังวล = 7 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ระหว่างรับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทักทาย สนทนาและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยนเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่ และขั้นตอนในการรักษาที่จะได้รับว่า ผู้ป่วยวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายในอนาคต 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ระบายความรู้สึกและซักถามปัญหาโดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดีและสนใจในการระบายความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้ป่วย 4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร XELOX โดยแจกคู่มือ และอธิบายดังนี้ 4.1 วัตถุประสงค์ของการให้ยาเคมีบำบัด 4.2 ขั้นตอนและวิธีการให้ยาเคมีบำบัด 4.3 ระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัด 4.4 ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะและหลังให้ยาเคมีบำบัด 4.5 การดูแลตนเองและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น 5. อธิบายวิธีการประเมินของแพทย์ก่อนให้ยาเคมีบำบัด โดยแพทย์จะให้ผู้ป่วยเจาะเลือดทุกครั้ง เพื่อประเมินความพร้อมก่อนให้ยาเคมีบำบัด ประเมินภาวะเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด ความเข้มข้นของเลือด ว่าอยู่ในเกณฑ์ให้ยาเคมีได้หรือไม่ ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 6. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวดังนี้ 6.1 แนะนำให้ดูแลรักษาสุขภาพ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง เน้นที่ปรุงสุกและสะอาด 6.2 แนะนำให้รักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 6.3 แนะนำผลข้าเคียงที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มอาการมือและเท้า 7. แนะนำวิธีการผ่อนคลายหรือซักถามความสนใจของผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การทำสมาธิ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ 8. ให้การดูแลด้วยความจริงใจ วางตัวเป็นกันเองกับผู้ป่วย ตลอดจนการเยี่ยมเยียนพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ **ประเมินผล** - ระดับความวิตกกังวลลดลงเหลือ 3 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับน้อย - ผู้ป่วยสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวก่อน-ขณะ-หลังได้รับยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 อาจเกิดความผิดพลาด คลาดเคลื่อนในการให้ยาเคมีบำบัด **ข้อมูลสนับสนุน** - ยาเคมีบำบัดเป็นยาอันตรายและมีความเสี่ยงสูง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันความผิดพลาดคลาดเคลื่อนในการให้ยาเคมีบำบัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรับยาฉีดเคมีบำบัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า BMI, BSA ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญโดยเฉพาะ CBC 2. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาเคมีบำบัด หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที 3. ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (ECOG) 4. ซักประวัติโรคประจำตัว และการรับประทานยาโรคประจำตัว 5. ซักประวัติการแพ้ยา 6. ในขั้นตอนการบริหารยาเคมี ยึดหลัก 7 R. อย่างเคร่งครัด ดังนี้ Right drug, Right dose, Right time, Right route, Right patient, Right record, Right reason 7. จัดเตรียมยาฉุกเฉินและอุปกรณ์จำเป็นที่พร้อมใช้งานในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแพ้ยา (Anaphylactic shock) หรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากการได้รับยาเคมีบำบัด 8. ตรวจสอบซ้ำในทุกขั้นตอนของการบริหารยาเคมี โดยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	9. บริหารยาเคมีบำบัดตามขั้นตอนโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Universal precaution technique) ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ (Infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบถ้วนตรงตามแผนการรักษา 10. ขณะบริหารยาเคมี ให้เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 11. ประเมินสภาพอาการผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นปกติก่อนอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 อาจเกิดอาการชาตามอวัยวะต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัด Oxaliplatin **ข้อมูลสนับสนุน** - ยาเคมีบำบัด Oxaliplatin อาจทำให้เกิดอาการชา หรืออาการผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย โดยมีลักษณะอาการทั้งแบบเฉียบพลัน (acute) และเรื้อรัง (chronic) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการชา 2. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบถ้วนตามแผนการรักษา	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. การประเมินอาการและติดตามผล โดยซักประวัติ และประเมินระดับความรุนแรงของอาการชา หรือเสียวซ่าน โดยใช้เครื่องมือ เช่น NCI-CTCAE (National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events) 2. สอบถามเกี่ยวกับอาการที่สัมพันธ์กับความเย็น เช่น การดื่มน้ำเย็น หรือการสัมผัสวัตถุเย็น การจัดการและให้คำแนะนำผู้ป่วยลดการสัมผัสกับความเย็น โดย 2.1 แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็นหรือสัมผัสวัตถุเย็นทันทีหลังได้รับยา 2.2 ป้องกันการบาดเจ็บโดยแนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังขณะใช้มือหรือเท้า เนื่องจากอาจสูญเสียความรู้สึก เช่น การสวมรองเท้าที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการสัมผัสของมีคม 2.3 การบรรเทาอาการ ใช้ความร้อนที่เหมาะสม (ประคบอุ่น) เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต 3. การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยเป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อแพทย์พิจารณาปรับลดขนาดยา หรือเปลี่ยนแผนการรักษา 4. แนะนำผู้ป่วยบริหารร่างกายที่ช่วยลดอาการชา หรือเสริมการฟื้นฟูระบบประสาท ด้วยวิธีกำแบมือหรืออาจกำแบลูกมะกรูดเพื่อเพิ่มความหอมใรระหว่างออกกำลังกาย 5. การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลข้างเคียงเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และลดความวิตกกังวล สนับสนุนด้านอารมณ์ในกรณีที่อาการชาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ 6. การติดตามหลังการรักษาด้วยการประเมินอาการ neuropathy อย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากอาการอาจยังคงอยู่ หรือดีขึ้นตามระยะเวลา 7. แนะนำอาหารที่ช่วยส่งเสริมระบบประสาท เช่น อาหารที่มีวิตามินบีรวม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ และฝ่าเท้า (Hand Foot Syndrome : HFS) หลังได้รับยา Cycle 1 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าระดับ 2. สีผิวตามฝ่ามือและฝ่าเท้ามีสีคล้ำ บวมแดง 3. ผิวลอกบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้าง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าทุกวัน โดยสังเกตจากสีผิว อาการบวม แดง ร้อน การแตกของผิวหนัง แผล อาการเจ็บปวด แสบร้อนบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า เพื่อประเมิน ความรุนแรงการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงอยู่ในระดับใด 2. แนะนำโดยให้ประคบด้วยความเย็น วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน นานครั้งละ 15-20 นาที เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปยังฝ่ามือและฝ่าเท้า 3. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความชุ่มชื้นของมือและเท้าควรใช้ cream ทามือและเท้าเบา ๆ วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังบริเวณมือและเท้า รวมทั้งลดอาการแห้งแตกของผิวหนังได้ 4. ดูแลแนะนำให้ใส่ถุงมือหรือถุงเท้านุ่มๆ ที่พอดีไม่รัดแน่นจนเกินไป รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น การประคบความร้อน เนื่องจากความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว จึงต้องหลีกเลี่ยงความร้อน เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปยังฝ่ามือและฝ่าเท้า 5. แนะนำหลีกเลี่ยงการเสียดสี หรือการทำงานที่ต้องใช้แรงกดของมือและเท้า ได้แก่ การเดิน นานๆ การใส่รองเท้า หรือถุงมือที่รัดแน่นเกินไป ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าเพิ่มมากขึ้น 6. แนะนำให้หนุนหมอนใต้เข่าเวลานอน เพื่อลดการเสียดสีของเท้ากับที่นอน ป้องกันการเกิด บาดแผลที่เท้าได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. มีอาการเจ็บบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้างพอทน pain score 4 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - อาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ และฝ่าเท้าลดลง สุขสบายขึ้น	7. แนะนำถ้าผู้ป่วยมีอาการบวมแดง ผิวหนังลอก หรือมีแผล รวมทั้งมีอาการเจ็บมือเจ็บเท้ามากขึ้น ตลอดจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ให้รีบแจ้งแพทย์และพยาบาลทันที **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยมีอาการสีผิวตามฝ่ามือและฝ่าเท้ามีสีคล้ำ แดงเท่าเดิม มีการอักเสบฝ่ามือ ฝ่าเท้าระดับ 2 เท่าเดิม 2. ผิวลอกบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าลดลง บริเวณมือและเท้าดูชุ่มชื่น ไม่แห้งกร้าน 3. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้างลดลง pain score 2 4. ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันตามปกติได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเยื่อบุช่องปากอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 1 คือ มีแผลบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวา 1 จุด เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร เจ็บแผลกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวาพอทน pain score 3 2. ผู้ป่วยบ่นรับประทานอาหารเผ็ด หรือรสจัดไม่ได้เนื่องจากรู้สึกเจ็บในปาก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - เยื่อบุช่องปากอักเสบลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สอนให้ผู้ป่วยประเมินตำแหน่ง ลักษณะความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบของตนเอง วันละ 2 ครั้ง รวมทั้งประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร 2. แนะนำรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างถูกวิธีโดยใช้วิธี modified bass technique วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันมีส่วนผสมของฟลูออไรด์ห้ามใช้ไหมขัดฟัน 3. แนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS ทุก 2 ชั่วโมง นาน 30 วินาที ยกเว้นเวลาหลับ เพื่อป้องกัน การเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบและบรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ และแนะนำอมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 5 นาที เนื่องจากความเย็นจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บในช่องปากได้ 4. หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เพราะแอลกอฮอล์จะทำลายเยื่อบุช่องปาก 5. ดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอด้วยวาสลิน เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ 6. แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนจัด เย็นจัด เผ็ดจัด รวมทั้งงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา เนื่องจาก สิ่งเหล่านี้จะทำลายเยื่อบุช่องปาก ทำให้เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบและอาการเจ็บปากเพิ่มขึ้นมากได้ 7. แนะนำเบี่ยงเบนความสนใจ หางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ คือ สวดมนต์ ปลูกต้นไม้ อ่าน หนังสือเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและบรรเทาความไม่สุขสบายจากเยื่อบุช่องปากอักเสบ 8. แนะนำถ้าผู้ป่วยมีแผลบริเวณช่องปากเพิ่มขึ้น เจ็บปากเจ็บคอรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งมีการติดเชื้อในช่องปาก ควรรีบรายงานแพทย์ พยาบาลทันทีเพื่อจะได้ให้การรักษาพยาบาลแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตับวายจากพิษของยา **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หลังได้รับยา Cycle 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าการทำงานของตับสูง AST 67 U/L และ ALT 63 U/L 2. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ซึ่งเป็นยาที่โอกาสเกิดพิษต่อตับสูง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** - ป้องกันไม่ให้เกิดการทำงานของตับล้มเหลว ไม่มีภาวะตับวาย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงที่มีพิษต่อตับ เช่น ผู้ป่วยมีอาการตา ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มขึ้น ท้องโต ปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา เป็นต้น 2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าการทำงานของตับโดยดูจากค่า Liver Function Test (LFT) เป็นระยะ ถ้าหากพบความผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์ทันที 3. แนะนำระมัดระวังการใช้ยาสมุนไพรทุกชนิด และใช้ยาหรือสมุนไพรเมื่อจำเป็นเท่านั้นเพื่อป้องกันเซลล์ตับถูกทำลายเพิ่มขึ้น 4. ดูแลแนะนำรับประทานอาหารครบ 5 หมู่อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ นม เพื่อบำรุงและซ่อมแซมฟื้นฟูตับให้ดีขึ้น 5. แนะนำหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันเซลล์ตับถูกทำลายเพิ่มขึ้น 6. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ อาการแสดงที่มีพิษต่อตับ เช่น ตัว ตาเหลือง ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา สีของปัสสาวะเข้มข้น ท้องโต หากพบอาการดังกล่าวห้ามาพบแพทย์ก่อนนัดทันที **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการตา ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่ปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา 2. ตรวจร่างกาย ไม่พบท้องโต ตับโต

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรงระยะที่ 3 ยังไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น แต่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบเป็นมะเร็งชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา หลังผ่าตัด APR (Abdominoperineal resection) with colostomy และได้รับยาเคมีบำบัด Adjuvant chemotherapy กลุ่ม Antimetabolite สูตร XELOX พบปัญหาผู้ป่วยกรณีศึกษาดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2) อาจเกิดความผิดพลาด คลาดเคลื่อนในการให้ยาเคมีบำบัด 3) อาจเกิดอาการชาตามอวัยวะต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัด Oxaliplatin 4) ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ และฝ่าเท้า (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia) หลังได้รับยา Cycle 1 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ 5) ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากเยื่อบุช่องปากอักเสบ 6) ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตับวายจากพิษของยา จากการศึกษาปัญหา และให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณีมาเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยจึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านอาจมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ ปัญหาทุพโภชนาการ ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงนับเป็นเรื่องสำคัญที่ควรให้ความสนใจอย่างยิ่ง[5,6,7]

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และยาเคมีบำบัดสูตรต่าง ๆ ข้อควรระวังและภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเคมีบำบัด จะสามารถเฝ้าระวังและให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การแนะนำสถานบริการสาธารสุขใกล้บ้าน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อน หรือการติดเชื้อในร่างกาย ทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1.จุฬาพร ประสังสิต. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.กรุงเทพ: ศิริยอดการพิมพ์; 2561.

2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. [อินเตอร์เน็ต]; กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2568/index.html

3.แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2564. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20Colon%20(020266-final).pdf

4.ฉันทนา บุญใจ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีสูตร XELOX เกิดภาวะภูมิไวเกินระดับรุนแรง: กรณีศึกษา. ปทุมธานี: โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี; 2567.

5.จันทิมา แจ่มจำรัส, พรณภา เพ็ชร์มาก. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช; 2560.

6.อภัย ราษฎรวิจิตร. ออกซาลิพลาทิน (Oxaliplatin) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://haamor.com/ออกซาลิพลาทิน?utm_source=chatgpt.com

7.สุนีย์ เนตรภิญโญ. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/Lt4Es

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
model for developing the potential of community leaders in preventing and controlling dengue fever.

(Received: February 1,2025 ; Revised: February 6,2025 ; Accepted: February 7,2025)

สมิง กมลเลิศ[1]
Saming Kamonlert[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 45 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 9 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: แกนนำชุมชน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This study was action research. The objectives are to study the situation of dengue fever and the development model of community leaders in preventing and controlling dengue fever at Na Charoen Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province. The research period is between October 2024 and December 2024, a total of 3 months. The sample group includes 45 community leaders of Na Charoen Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province, consisting of community leaders and village health volunteers, 5 people per village, 9 villages. 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, overall and in each aspect, it was at the highest level. The knowledge and understanding of dengue fever of community leaders, Na Charoen Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province, before and after the implementation were significantly different at the 0.05 level. After the implementation, the knowledge and understanding of dengue fever of community leaders, Na Charoen Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province was better than before the implementation.

Keywords: community leaders, prevention and control of dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Fever) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งแพร่กระจายโดยยุงลาย โดยเฉพาะยุงลายตัวเมียที่มีความชุกชุมในพื้นที่เขตร้อนและกึ่งเขตร้อน โรคนี้ถือเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 5-9 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค โรคนี้ติดต่อจากคนสู่คน โดยมียุงลายเป็นพาหะที่สำคัญ ยุง

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวเมียจะกัดและดูดเลือดของผู้ป่วยซึ่งมีเชื้อไวรัสเดงกี โดยเชื้อจะเข้าไปฟักตัวเพิ่มจำนวนในยุงหลังจากนั้นยุงจะมีเชื้อไวรัสอยู่ในตัวตลอดช่วงอายุ (ประมาณ 1-2 เดือน) และสามารถถ่ายทอดเชื้อให้คนที่ถูกกัดได้ ยุงลายเป็นยุงที่อาศัยอยู่ภายในบ้านและบริเวณบ้าน มักจะกัดเวลากลางวัน แหล่งเพาะพันธุ์ คือ น้ำใสที่ขังอยู่ตามภาชนะเก็บน้ำต่างๆ เช่น โอ่งน้ำ แจกันดอกไม้ ถ้วยรองขาตู้ จาน ชาม กระป๋อง หม้อ กระถาง ยางรถ เป็นต้น โดยทั่วไปโรคนี้จะพบมากในฤดูฝน เนื่องจากเด็กมักอยู่ในบ้านมากกว่าฤดูอื่นๆ และยุงลายมีการแพร่พันธุ์มากในฤดูฝน แต่ในเมืองใหญ่ๆ เช่น กรุงเทพฯ อาจพบโรคนี้ได้ตลอดปี การระบาดของโรคไข้เลือดออกมีลักษณะการแปรผันตามฤดูกาล โดยเริ่มมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงที่มีฝนตกหนักและสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะของโรค ปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ การขยายตัวของประชากร และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้จำนวนยุงลายเพิ่มขึ้นและทำให้การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเดงกีเป็นไปอย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวังและการป้องกันจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อควบคุมสถานการณ์นี้ให้ดีขึ้น[1]

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยในปี 2566 มีความรุนแรงอย่างมาก โดยมีผู้ป่วยสะสมถึง 156,097 ราย และมีผู้เสียชีวิต 175 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยในปี 2565 มีผู้ป่วยเพียง 45,145 ราย และเสียชีวิต 29 ราย ขณะที่ในปี 2564 มีผู้ป่วยเพียง 9,956 ราย และเสียชีวิต 6 ราย นอกจากนี้ ในปี 2562 มีผู้ป่วย 130,705 ราย และเสียชีวิต 142 ราย และในปี 2563 มีผู้ป่วย 71,292 ราย และเสียชีวิต 51 ราย[2]

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นสิ่งสำคัญที่กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการอย่างจริงจัง โดยมีมาตรการหลักที่มุ่งเน้นการลดจำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคและการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง มาตรการสำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวังและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยเจ้าหน้าที่จะสำรวจและทำลายลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น การกำจัดภาชนะที่มีน้ำขังหรือการใช้สารเคมีเพื่อฆ่าลูกน้ำ นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารความเสี่ยงให้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากยุงลาย เช่น การใช้ยาทากันยุง การสวมเสื้อผ้าที่ปกคลุมร่างกาย และการรักษาความสะอาดในบ้านเรือน เมื่อเกิดโรคระบาด เจ้าหน้าที่จะพ่นสารเคมีเพื่อฆ่ายุงในพื้นที่ที่มีผู้ป่วย รวมถึงพื้นที่รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร เพื่อหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรค การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานรัฐ ชุมชน และประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอย่างมีประสิทธิภาพ[3]

แกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชนในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยเป็นบุคคลที่ประชาชนในชุมชนให้ความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของพวกเขา การสร้างแกนนำชุมชนป้องกันโรคจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงานและชุมชนใช้คู่มือเป็นแนวทางในการสร้างแกนนำที่มีความรู้และเข้าใจในกระบวนการป้องกันโรค นอกจากนี้ แกนนำยังทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน จัดทำแผนงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดกิจกรรมสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรักษาความสะอาด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การพัฒนาแกนนำชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างสุขภาพที่ดีและยั่งยืนในชุมชน (วราภรณ์ อึ้งพานิชย์, 2559) แกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนสามารถช่วยในการจัดการและลดการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาในตำบลพราน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ (เลียง อุปมัย, 2567) พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนช่วย

เพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ซึ่งช่วยให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้และความสามารถในการดำเนินงานป้องกันโรคได้ดีขึ้น (ทองบน เนาว์แก้ว, 2565) การสร้างแกนนำชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือจากประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชน

สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคมถึง 23 เมษายน 2567 มีจำนวนผู้ป่วยรวม 36 ราย โดยมีการกระจายของผู้ป่วยในอำเภอต่าง ๆ ดังนี้ อำเภอนามนมีผู้ป่วยสูงสุดที่ 23 ราย (อัตราป่วย 63.22 ต่อประชากรแสนคน) ตามด้วยอำเภอนาคู 12 ราย (38.82), ฆ้องชัย 10 ราย (37.64), ท่าคันโท 7 ราย (21.96), ห้วยเม็ก 10 ราย (19.76), กมลาไสย 13 ราย (19.07), สหัสขันธ์ 6 ราย (14.11), เมืองกาฬสินธุ์ 19 ราย (13.19), สามชัย 3 ราย (11.83), ยางตลาด 13 ราย (10.23), กุฉินารายณ์ 8 ราย (7.94), เขาวง 2 ราย (5.93), คำม่วง 2 ราย (4.11), ดอนจาน 1 ราย (3.84), สมเด็จ 2 ราย (3.24), หนองกุงศรี 1 ราย (1.53) และไม่มีรายงานผู้ป่วยในอำเภอห้วยผึ้งและร่องคา[4]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อ แต่ยังเสริมสร้างความตระหนักรู้และความสามารถของชุมชนในการจัดการกับโรคนี้อย่างมีประสิทธิผลในอนาคต โดยการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนจะเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 45 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 9 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออก การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .878

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. การสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออก การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบ ความรู้ความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยมุ่งเน้นที่ คนและยุงลาย

3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
โอกาสเสี่ยง	3.52	0.52	4.38	0.47	44	-8.143	.000	-1.07325	-.64739
ความรุนแรง	3.42	0.73	4.40	0.45	44	-7.344	.000	-1.24611	-.70944
ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.33	0.71	4.43	0.58	44	-7.285	.000	-1.40229	-.79454
อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.47	0.58	4.35	0.60	44	-7.011	.000	-1.12805	-.62433
รวม	3.43	0.54	4.39	0.47	44	-8.398	.000	-1.18193	-.72442

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยมุ่งเน้นที่ คนและยุงลาย ตามแนวทาการสร้างแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรค[4] และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค[5,6] โดยมีปัจจัยหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งชุมชนต้องเข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกิดจากโรคไข้เลือดออกและการแพร่กระจายของยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยและอัตราการติดเชื้อในพื้นที่จะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ให้กับประชาชน นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับผลกระทบที่รุนแรงของโรค เช่น การเจ็บป่วยที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต จะช่วยกระตุ้นให้ประชาชนมีความสนใจในการป้องกันมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรค เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและการใช้ยาทากันยุง จะช่วยลดโอกาสในการติดเชื้อ ในขณะเดียวกัน การรับรู้อุปสรรคที่อาจทำให้

ประชาชนไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันได้ เช่น ขาดทรัพยากรหรือความรู้ในการดำเนินกิจกรรม จะช่วยให้สามารถวางแผนและพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำ HBM มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างสังคมที่เข้มแข็งและปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เกศรินทร์ รู้คงประเสริฐ.(2565) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตามบทบาทเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติต่อบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตนตามบทบาท อสม.เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -10.45, t = -10.15, t = -2.87, t = -8.13 ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 10.59, t = 6.18, t = 2.46,t = 7.80 ตามลำดับ) และค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เลียง อุปมัย[7] ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ้งตวัน จันทมณี[8,9] ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care unit : NPCU) ตำบลพะวง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยมุ่งเน้นที่ คนและยุงลาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในการศึกษาระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2565). ไข้เด็งกี่ (Dengue) ออนไลน์ https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
2. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.(2567). ยอดผู้ป่วยไข้เลือดออกปี 2566 พุ่งสูงมาก! ยอดเสียชีวิตสูงถึง 175 ราย. ออนไลน์ https://www.tropmedhospital.com/knowledge/54126.html
3. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.(2562). คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2567). สรุปสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2567. ออนไลน์ https://ksn.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/05/%คร.-สรุปสถานการณ์โรค-23-เมษายน-2567-1.pdf
5. วราภรณ์ อึ้งพานิชย์.(2559). คู่มือการสร้างแกนนำชุมชนป้องกันโรค. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี.5. อาภาพร เผ่าวัฒนา สุรินธร กลับพากร สุรีย์ ละกำปั่น ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ (2554) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและ ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ . กรุงเทพฯ.หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
6. Rosenstock, I. M. (1990). The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 39-62). CA: Jossey Bass.
7. เลียง อุปมัย.(2567). การเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 3(1) 171-85
8. รุ้งตวัน จันทมณี.(2567). การเสริมสร้างพลังแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care unit : NPCU) ตำบลพะวง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. รายงานการวิจัย. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
9. ทองบน เนาว์แก้ว.(2565). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 7(2). 150-59

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

Development of a 3E 2S health promotion model to prevent and reduce overweight In Village Health Volunteers, Ban Haet District, Khon Kaen Province.

(Received: January 22,2025 ; Revised: January 26,2025 ; Accepted: February 1,2025)

อารดา หายักวงษ์[1]
Arada Hayakwong

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกิน ความรู้และพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน รวมทั้งประเมินผลจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างประกอบการสนทนากลุ่ม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และแบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าฐานนิยม (Mode) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ก่อน หลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1. ก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายในภาวะปกติ รองลงมาคือมีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส อยู่ในระดับปานกลาง 2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) คณะทำงาน 2) เนื้อหา และทฤษฎี 3) รูปแบบกิจกรรม 4) ระยะเวลา 5) สถานที่จัดกิจกรรม 6) การประเมินผล 3. ผลจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส หลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง 4. ดัชนีมวลกายของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยหลังการใช้รูปแบบค่าดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 3 อ 2 ส, ภาวะโภชนาการเกิน

Abstract

This Action Research aims study the situation of overnutrition, knowledge, and health behaviors based on the 3E 2S principles among Health Volunteers Ban Haet District Khonkaen Province. It also aims to develop a health promotion model based on these principles to prevent and address overnutrition, as well as to evaluate the effectiveness of the developed model. The population of the study includes Health Volunteers in Ban Haet District Khonkaen Province with a sample group of 30 participants for model evaluation. The research tools used include a structured interview guide for focus group discussions, the developed health promotion model, and questionnaires assessing knowledge and health behaviors. The statistical methods used for data analysis include mean, percentage, standard deviation (SD), mode, and Paired t-test to analyze the relationship before and after applying the model.

The result of this study founds. 1) Before implementing the model, most of the sample group had a normal Body Mass Index (BMI), followed by those who were overweight and obese. The average scores for knowledge and health behaviors based on the 3A 2S principles were at a moderate level. 2) The health

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

promotion model for addressing overnutrition, collaboratively developed, consists of 6 key components Working group, Content and theory, Activity format, Duration, Location and Evaluation 3) The results from using the developed model indicated that knowledge and health behaviors based on the 3E 2S principles showed a statistically significant difference at the .05 level after implementing the model. Before using the model, the knowledge and behaviors were at a moderate level, while after using the model, they increased to a high level. 4) The Body Mass Index (BMI) of Health Volunteers overall showed a significant difference before and after the implementation of the developed health promotion model. After using the model, the BMI values tended to decrease.

Keywords: Model Development, Public health volunteers, 3E 2S, Overnutrition

บทนำ

โรคอ้วน (Obesity) หรือภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) หรือภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases, NCDs) เป็นภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมมากเกินไป จนส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติ เช่น กระทบต่อเส้นรอบเอว ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin Resistance) เพิ่มภาวะการอักเสบในร่างกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคไตเรื้อรัง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (Stroke), โรคหลอดเลือดแดงแข็งที่หัวใจ (Atherosclerotic Cardiovascular Disease; ASCVD) ตลอดจนโรคมะเร็ง[1] ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea; OSA) ปัญหาข้อต่อ ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ปัญหาทางเดินอาหารและตับ เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า การปลีกตัวออกจากสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างน้อยลง ความภาคภูมิใจในตัวเองลดลง จนไม่เชื่อมั่นในตัวเอง เฉื่อยชา และคุณภาพชีวิตลดลง จากการได้รับอคติต่อน้ำหนักตัว (Weight Stigma) บางครั้งอาจเกิดความวิตกกังวล ความเครียดสั่งสมภายในจิตใจ และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมเชิงลบออกมา เช่น การบริโภคอาหารมากกว่าปกติ (Binge eating disorder) มีความก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ฉุนเฉียวของตนเองไม่ได้ เป็นต้น และยังส่งผลเสียทางอ้อมต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย[2]

สหพันธ์โรคอ้วน World Obesity Federation[3] รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกราว 1 พันล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 7 คน กำลังเผชิญกับปัญหาโรคอ้วน สอดคล้องกับรายงาน World Health Statistics 2023 ขององค์การอนามัยโลก รายงานว่า มีผู้ใหญ่ 1.9 พันล้านคน หรือคิดเป็น 39% มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2566 คนไทยมีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน 48.35%[5] ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในปี พ.ศ.2565 ประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 52.67[6] จังหวัดขอนแก่น ในปี 2566 พบว่า มีประชากรวัยทำงานอายุระหว่าง 19- 59 ปี ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 37.16[7] และในช่วงต้นปี 2567 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด ได้เก็บรวบรวมข้อมูลค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด อายุระหว่าง 15-60 ปี จำนวน 637 คน พบว่า มี อสม. มีภาวะโภชนาการเกินหรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป หรือ อ้วนระดับ 1 ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 46.30 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดขอนแก่น[8]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนที่สุด ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแล

สุขภาพตนเอง แต่กลับพบว่า อสม. อำเภอบ้านแฮดเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะโรคอ้วน[8] ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ จึงต้องการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยคาดหวังว่าจะได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ความเหมาะสม สามารถทำให้ อสม. ที่อ้วนระดับ 1 ขึ้นไป มีเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง รวมทั้งเป็นป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และสามารถขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ โดย อสม. เป็นต้นแบบในการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้ชี้แนะบอกต่อแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ใกล้ชิด และประชาชนในเขตรับผิดชอบของตัวเอง ให้การดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บรรลุเป้าหมายประชาชนมีสุขภาพดี ลดป่วย ลดตาย ชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกิน ความรู้และพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ของ อสม. ในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกินใน อสม. อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะโภชนาการเกินใน อสม. อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ในเขต อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 637 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุไม่เกิน 60 ปี 2) มีภาวะโภชนาการเกิน โดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือเส้นรอบเอวในเพศชายมากกว่า 90 เซนติเมตร และ เส้นรอบเอวในเพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร 3) ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหอบหืด ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในขณะเข้าร่วมโครงการได้ 4) มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท ตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยประเด็นสำคัญเกี่ยวกับ สถานการณ์สุขภาพของ อสม. และประชาชนในพื้นที่ การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด (จุดเด่น / โอกาสพัฒนา) และรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่ควรจะเป็นและมีความเหมาะสม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ที่ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกิน ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. และใช้

ประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม รวม 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส รวม 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด มีค่า IOC เท่ากับ 0.93 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 สามารถนำไปใช้ได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส รวม 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (6-7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (3วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) และ ไม่ได้ปฏิบัติเลย มีค่า IOC เท่ากับ 0.89 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.784 สามารถนำไปใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกิน ความรู้ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ 2ส ของ อสม. ในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ใช้เวลาในการศึกษา 1 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ 2ส และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลา 1 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยการประเมินผลตัวแปรที่เกี่ยวข้องก่อนการทดลองใช้และดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ โดยใช้เวลาดำเนินการทดลอง 14 สัปดาห์ และดำเนินการประเมินผลลัพธ์ในตัวแปรที่เกี่ยวข้องภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ โดยในระยะการทดลองแต่ละสัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการประเมินผลก่อนดำเนินโครงการฯ ในด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมละลายพฤติกรรม สร้างความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพ เพื่อจัดการระบบความคิด และกระตุ้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการให้ความรู้ผ่านวิธีการบรรยาย การชมวีดีทัศน์ การยกตัวอย่างแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ และการสาธิตการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง สมวัย วิธีการจัดการความเครียด รวมถึงการสื่อสารวิธีการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ถูกต้องผ่านทางช่องทางการสื่อสาร เช่น Application Line

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการใช้กิจกรรมกลุ่มด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และแนวทางการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 5 – 12 กลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกิน โดยมีผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมเพื่อสังเกตพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 13 ดำเนินการประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 14 เก็บรวบรวม ประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการทดสอบรูปแบบ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ ECCERT67003 ลงวันที่ 20 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติความถี่ และค่าร้อยละ สถิติค่าเฉลี่ย สถิติค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส สถิติ Paired T-test

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกิน ความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกิน ความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จำนวน 240 คน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 72 ปี อายุเฉลี่ย 56 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีสถานภาพสมรส ด้านดัชนีมวลการพบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายในภาวะปกติ รองลงมาคือมีน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 10.73 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายระดับความรู้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับต่ำ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 7.08 ระดับปานกลาง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 56.75 และระดับสูง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 34.17

ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส เท่ากับ 38.64 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายระดับพฤติกรรมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับปานกลาง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 59.17 และระดับสูง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 40.83

2. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ 2ส เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3 อ 2 ส จากการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารในพื้นที่ พบว่าในปัจจุบันการดำเนินด้านการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกบริบท ส่วนในการส่งเสริมส่งภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ยังพบว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนยังมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ อาจมีสเหตุมาจากความเครียด ภาระงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูงในการดูแลประชาชนในพื้นที่ จนขาดการดูแลตนเอง และยังขาดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเฉพาะ จึงมีโอกาสพัฒนาที่ต้องดำเนินการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมในประเด็นการจัดการกับภาวะโภชนาการเกิน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะนำไปเป็นแบบอย่างและถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) คณะทำงาน 2) เนื้อหา และทฤษฎี 3) รูปแบบกิจกรรม 4) ระยะเวลา 5) สถานที่จัดกิจกรรม 6) การติดตาม และประเมินผล โดยมีรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) สร้างการรับรู้ 2) ฝึกปฏิบัติ 2) จดบันทึก 4) แลกเปลี่ยน/ เสริมพลัง 5) ติดตาม/กระตุ้น 6) สร้างเครือข่าย และต่อยอด

3. การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ 2ส เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ 2ส เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอยู่ในภาวะอ้วน จากการทดลองใช้รูปแบบ และวัดผลด้านความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงติดตามค่าดัชนีมวลการก่อน และหลังการใช้รูปแบบพบว่า

1) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง

2) ด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง

3) ดัชนีมวลกายของกลุ่มอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยหลังการใช้รูปแบบค่าดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลง

สรุป และอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนยังคงประสบปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ แม้ว่าจะมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ปัญหาเหล่านี้อาจเกิดจากความเครียด และภาระงานที่สูง เนื่องจากอาสาสมัครต้องรับผิดชอบในการดูแลประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้ขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้อื่น ความรับผิดชอบที่สูงอาจทำให้เกิดความเครียดสะสม และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การแก้ไขปัญหานี้ควรให้ความสำคัญกับการจัดการกับความเครียด และการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเฉพาะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถฟื้นฟูสุขภาพ และความเป็นอยู่ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาด้านสุขภาพของสาสมัครสาธารณสุขที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยในครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) คณะทำงาน 2) เนื้อหา และทฤษฎี 3) รูปแบบกิจกรรม 4) ระยะเวลา 5) สถานที่จัดกิจกรรม 6) การติดตาม และประเมินผล โดยมีรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) สร้างการรับรู้ 2) ฝึกปฏิบัติ 2) จดบันทึก 4) แลกเปลี่ยน/ เสริมพลัง 5) ติดตาม/กระตุ้น 6) สร้างเครือข่าย และต่อยอด ผลการประเมินพบว่ารูปแบบนี้สามารถเพิ่มความรู้และปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบดังกล่าวมีความยืดหยุ่น และสามารถปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ได้ การออกแบบรูปแบบที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกัน ซึ่งช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการนำไปใช้ การประยุกต์ใช้หลัก 3 อ 2 ส ยังเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการป้องกันปัจจัยเสี่ยง การพัฒนารูปแบบนี้เป็นตัวอย่างของ

การประสานงาน และการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับกับการดำเนินงานของผจงสุข เนียมประดิษฐ์และจันทร์ชลี มาพุทธ[9] ที่ได้พัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนิสิตมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 2) การออกแบบพัฒนาหลักสูตรกิจกรรม 3) การนำไปทดลองใช้ 4) การประเมินผล โดยรูปแบบกิจกรรมมี 11 กิจกรรมดังนี้ 1) การฝึกอบรม 2) การกำกับพฤติกรรมโดยใช้แบบบันทึก 3) การสาธิตโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ 4) การฝึกปฏิบัติ 5) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งเสริมสุขภาพ 6) การประกวดแข่งขัน 7) การตรวจสมรรถภาพทางกายสม่ำเสมอ 8) การให้ความรู้ต่อยอด 9) การสร้างต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพ 10) การสร้างความสนใจและการมีส่วนร่วม 11) การสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพและสอดคล้องกับสมศรี เรืองแก้ว และคณะ[10] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสติปัญญา และขั้นตอนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของนักเรียน มี 6 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นประเมินผลก่อนเรียน 2. ขั้นเตรียมความพร้อม 3. ขั้นการให้ลงมือกระทำ 4. ขั้นการปรับปรุง และประยุกต์ใช้ 5. ขั้นการสร้างลักษณะนิสัย 6. ขั้นการประเมินผลหลังเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงฤดี ลาศุขะ และคณะ[11] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการเรียนรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์จริงด้วยตนเอง 2) การค้นพบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3) การเตรียมการ และ 4) การร่วมคิดร่วมทำด้วยความเต็มใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา คุณพาที[12] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพด้านการเสริมสร้างสภาวะทางร่างกาย ด้านโรคติดต่อในชุมชน ด้านบทบาท อสม.กับการเป็นผู้นำสุขภาพในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของธนันญดา บัวเผื่อน[13] ได้ทำการศึกษารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในเขตเมือง การศึกษามี 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน 2) สร้างรูปแบบกิจกรรม และ 3) ทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบกิจกรรม รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของเอกพล เหมรา[14] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน บ้านคลองห้วยบ่า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ผลวิจัยพบว่าวิธีที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร การอบรมให้ความรู้และทักษะการเขียนโครงการ

ด้านความรู้ แลพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการเพิ่มพูนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งการปรับปรุงความรู้ดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ที่ชี้ให้เห็นว่าการ

เพิ่มพูนความรู้สามารถนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องได้ การสร้างความรู้ที่เข้าใจได้ง่ายและเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันจึงเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว และแสดงถึงความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมที่สามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มอาสาสมัครได้ โดยเฉพาะในด้านการจัดการภาวะโภชนาการเกินที่เป็นประเด็นสำคัญ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นนี้มีผลสืบเนื่องจากการได้รับข้อมูลความรู้ที่เพียงพอและการปฏิบัติในเชิงรุก ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของกลุ่มและเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เป็นไปตามแนวคิดของของชัยยงค์ พรหมวงศ์ และคณะ[15] ได้อธิบายว่าชุดกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้นเป็นสื่อประสมที่ได้จัดระบบการผลิต และการนำสื่อการสอนที่สอดคล้องกับเนื้อหาหัวข้อเรื่อง และวัตถุประสงค์จะช่วยให้เกิดองค์ความรู้ และการเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ และแนวคิดของวิจิตร อาวะกุล[16] ที่ว่าการฝึกอบรมให้ความรู้เป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มพูนความถนัด ความรู้ ทักษะหรือความชำนาญ และสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา คุณพาที[12] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอาสาสมัครสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้สุขภาพดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธันยกานต์ เอกสัน และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[(17)] ได้ทำการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่าหลังการดำเนินงาน นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 0.3, 0.21 และ 0.23 ตามลำดับ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมบัติ อ่อนศิริ และคณะ[18] ที่ได้ทำการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพัฒนาสมรรถภาพทางกายสำหรับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนราชินีบน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ดัชนีมวลกายของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยหลังการใช้รูปแบบค่าดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลงซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงภาวะโภชนาการเกินที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส การลดลงของค่าดัชนีมวลกายนี้สะท้อนถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การดำเนินงานในครั้งนี้เป็นตัวอย่างของการประยุกต์ใช้หลักการสุขภาพที่มีความเป็นระบบ และต่อเนื่องในการแก้ปัญหาโภชนาการเกิน ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวยังส่งผลในระยะยาวต่อสุขภาพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอกพล เหมรา[14] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน บ้านคลองห้วยบ่า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ผลวิจัยพบว่าผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย และค่าเส้นรอบเอวก่อน และหลังการดำเนินงาน พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยณรงค์ แก้วจำนงค์[19] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพเชิงนิเวศวิทยาสังคมต่อการควบคุม ภาวะโภชนาการเกินของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ผลทดสอบหลังการใช้โปรแกรมทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ พุทธปัญโญ และคณะ[20] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัย พบว่าการสร้างความฉลาดทางสุขภาพ การใช้สื่อโซเชียลมีเดีย ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของบุคลากรในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตรขึ้นไปได้

สามารถอภิปรายโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่นที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ และปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยผลการทดลองแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และดัชนีมวลกาย ซึ่งล้วนแต่เป็นดัชนีสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในระยะยาว นอกจากนี้การใช้หลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ และการสนับสนุนในทุกภาคส่วน ทำให้รูปแบบนี้สามารถนำไปปรับใช้ และขยายผลได้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน แม้ว่าผลการดำเนินการจะเป็นไปในทิศทางที่ดี แต่ก็ยังพบว่าอาสาสมัครบางส่วนยังประสบปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากภาระงานที่สูง และความเครียดสะสม ดังนั้นการสนับสนุนกิจกรรมเฉพาะสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสำคัญมากขึ้น การจัดการความเครียด จะช่วยให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งในท้ายที่สุดจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) ควรจัดทำกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะในด้านการจัดการกับภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วน

2) พัฒนาระบบการสนับสนุนเพื่อลดความเครียด และภาระงานของอาสาสมัครสาธารณสุข อาจจัดให้มีการฝึกอบรมหรือกิจกรรมที่เน้นการจัดการความเครียด และการสร้างสมดุลระหว่างงานและการดูแลสุขภาพตนเอง

3) ขยายการประยุกต์ใช้รูปแบบ 3 อ 2 ส ในกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน โดยควรเน้นการให้ความรู้และการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผ่านการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายผลในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพอื่น ๆ

4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้รูปแบบ 3 อ 2 ส เป็นแนวทางในการบูรณาการการทำงานร่วมกันในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Obesity and Overweight [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. ตนุพล วิรุฬหการุญ. (2567). โรคอ้วน.[ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567. แหล่งข้อมูล: https://www.bdmswellness.com/knowledge/obesity-crisis
3. World Obesity Federation. (2024). LET'S TALK ABOUT OBESITY AND... YOUTH [Internet]. cited 2024 Jan 26. Available from: https://www.worldobesityday.org/youth
4. World Health Organization. (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. (2566). วันอ้วนโลก. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2567. แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=32495 &deptcode=odpc7.
7. กรมอนามัย. (2566). ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ระดับจังหวัด. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2567. แหล่งข้อมูล: https://dashboard.anamai.moph.go.th.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแฮด. (2567). รายงานการศึกษาสถานะสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ้านแฮด. รายงานการประชุมประจำเดือน มีนาคม 2567.
9. ผจงสุข เนียมประดิษฐ์ และจันทร์ชลี มาพุทธ. (2555). รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนิสิตมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม. 8 (1), 61 – 72.
10. สมศรี เรืองแก้ว และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา. วารสารสมคมนักวิจัย. 25 (1), 23 – 35.
11. ดวงฤดี ลาศุขะ และคณะ. (2553). การพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน: รายงานการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. จรรยา คุณพาที. (2567). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 9 (3), 1 – 10.
13. ธนันญดา บัวเผื่อน. (2561). การศึกษารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในเขตเมือง. วารสารอินทนิลทักษิณสาร. 13 (1). 175 – 188.
14. เอกพล เหมรา. (2565). การพัฒนารูปแบบการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพด้วย 2 อ. (อาหารและการออกกำลังกาย) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน บ้านคลองห้วยบ่า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 3 (2), 24 – 38.
15. ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2551). นวัตกรรมการศึกษา. กรุงเทพฯ: ธรรกมลการพิมพ์.
16. วิจิตร อาวะกุล. (2540). การฝกอบรม : คูมือการฝกอบรมและพัฒนาบุคคล. พิมพครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.
17. ธันยกานต์ เอกสัน และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2563). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาล และการดูแลสุขภาพ. 38 (2), 33 – 42.
18. สมบัติ อ่อนศิริ และคณะ. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพัฒนาสมรรถภาพทางกายสำหรับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนราชินีบน. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ. 45 (2), 197 – 207.

19. ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์. (2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงนิเวศวิทยาสังคมต่อการควบคุม ภาวะโภชนาการเกินของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 31 (3), 25 – 37.
20. สุภาพ พุทธปัญโญ และคณะ. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพพฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 9 (4), 42 – 59.

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว:กรณีศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for Elderly Patients with Dementia in a Long-Term Care System: A Comparative 2 Case Study

(Received: February 2,2025 ; Revised: February 9,2025 ; Accepted: February 10,2025)

สุปัญญา นนทะเสน[1]
Supunya Nontasean

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 2 ราย ที่ได้รับการดูแลแบบระยะยาวที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา :พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 72 ปี หลานสาวเป็นผู้ดูแลหลัก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีคนคอยกำกับดูแล มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 76 ปี สามีเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N) พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน รายที่ 2 ต้องการการดูแลทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภาระการดูแลลดลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจในระบบการดูแลมาก

คำสำคัญ:การพยาบาล ,ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ,ระบบดูแลระยะยาว

Abstract

This study was case study aimed to provide guidelines for nursing care for elderly patients with dementia in a long-term care system. This study compares two dementia patients receiving long-term care at the community health center, Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province, from April 1, 2024, to June 26, 2024. Tools used included data collection forms, patient medical records, interviews, observations, analysis using Gordon's health patterns, disease pathology, treatment, nursing diagnosis planning, implementation, and evaluation of nursing outcomes.

Results: Both patients were diagnosed with dementia and had comorbid hypertension. Case 1: A 72-year-old female whose primary caregiver is her granddaughter. She is capable of performing daily activities but requires supervision. She exhibits inappropriate behavior and mood. Case 2: A 76-year-old female whose primary caregiver is her husband. She cannot perform daily activities and also exhibits inappropriate behavior and mood. Both patients were cared for using the nursing process combined with the Dementia Management (A-N) guidelines. It was found that: Case 1: The patient was able to perform some daily activities. Case 2: The patient required assistance with basic daily activities. Both patients exhibited reduced inappropriate behavior and mood, remained safe, and experienced no complications. Caregivers gained knowledge and understanding of dementia care, reduced caregiving burden, and reported improved quality of life and satisfaction with the care system.

Keywords: Nursing, Elderly with Dementia, Long-Term Care System

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจประเทศในโลก พบความชุกของโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5.2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จะทำให้มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะก่อให้เกิดความบกพร่องด้านความคิด ความจำและการตัดสินใจ ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ ซึ่งความผิดปกตินี้ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน[2,3] การวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน จึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการประยุกต์ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและทักษะประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาล มาประมวลเข้ากับการดูแลผู้ป่วย ญาติ ชุมชน ตามบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพของประเทศ จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี2565ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด[1] ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ(The United Nations UN) นิยามว่าประเทศใดมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่า ประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)[2]

ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 294,876 คน จากประชากรทั้งหมด 1,790,863 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 โดยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 2563 - 2564 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 15.11 และ 15.79 ตามลำดับ (ข้อมูลทั่วไป จาก Health Data Center 2565)ประชากรในอำเภอพล มีจำนวนทั้งหมด 85,660 คน มีประชากรสูงอายุ 16,404 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 19.15 ของประชากรทั้งหมดในเขตอำเภอพล

การศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N)[6]ซึ่งต้องใช้สมรรถนะการดูแลโดยเฉพาะสำหรับบุคลากรหน่วยปฐมภูมิที่ต้องร่วมวางแผนการดูแลในระบบดูแลระยะยาวในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุมอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแรระยะยาว

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาโดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล ระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ.2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2567 โดยแต่ละรายมีระยะเวลาในการศึกษา ดังนี้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์ 12 สัปดาห์ ขอเข้าถึงข้อมูลวันที่ 21 มีนาคม 2567 กรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์ 12 สัปดาห์ ขอเข้าถึงข้อมูลวันที่ 21 มีนาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย, แบบประเมิน TMSE, แบบคัดกรองสุขภาพ

ผู้สูงอายุ 9 ด้าน แบบตรวจประเมินอาการและอาการแสดง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมองค์รวม,แบบประเมินADL เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมในระบบดูแลระยะยาวจากตำราและเอกสาร งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม

2. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา

3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

5. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

6. สรุปผลการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้อง จัดทำเป็นเอกสารและเผยแพร่

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้อาสาสมัครได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่อาสาสมัครสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในระบบดูแลระยะยาว โดยใช้กระบวนการพยาบาลเสนอผลการศึกษาดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

1.การประเมินภาวะสุขภาพ

จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ3 มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม การประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน พบปัญหา 7 ปัญหาส่วนที่แตกต่างกัน คือรายที่ 1 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนด้วยตนเอง ตาข้างขวามัวมองไม่ชัด มีหลานสาวเป็นผู้ดูแลหลักและบุตรเขยเป็นผู้ช่วย มีค่าโพแทสเซียม 3.2 mmol/L ต่ำกว่าปกติ แสดงว่าอาจเกิดจากอัตราการทำงานของไตผิดปกติจากไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 หรือการรับประทานอาหารโพแทสเซียมต่ำจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง และได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมอาการทางจิต ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีสามีเป็นผู้ดูแลหลักเพียงลำพังมีผลแมกนีเซียมในเลือดสูง

2.การวินิจฉัยการพยาบาล

เปรียบเทียบกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดกอร์ดอน ร่วมการประเมินภาวะสุขภาพองค์รวมพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 ข้อ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวางแผนแก้ไขปัญหาและป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน

3. การพยาบาล

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ดังต่อไปนี้

ตารางที่1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
1.ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** **O** : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 3.20 mmol/L (10 เมษายน 2567) **เป้าหมาย** ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ค่า Potassium(K) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.0 mmol/L 2.ผู้ป่วยไม่มีอาการแขน ขา อ่อนแรง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา 2.สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วย 3.บันทึกสัญญาณชีพ 4.ดูแลให้อาหารที่มีโพแทสเซียมสูงได้แก่มะละกอ กล้วย ส้ม พร้อมติดตามแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติ ปัญหาช่องปาก การเคี้ยวกลืน ที่ต้องส่งพบแพทย์ 5.ให้ยา Vitamin B complex 1 mg 1x1 ⊙ pcตามแผนกา รักษา **ประเมินผลการพยาบาล** 1.ค่า K อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.3 mmol/L (17 เมษายน 2567) 2.ผู้ป่วยไม่มี คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ	**1.**ผู้ป่วยมีภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง **ข้อมูลสนับสนุน** **O**: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Magnesium 2.5 mg% (3 เมษายน .2567) **เป้าหมาย** ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ค่า Magnesium อยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.6–2.3 mg% 2.ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย ชา กล้ามเนื้อแข็งเกรง ความดันโลหิตต่ำ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการชา กล้ามเนื้อแข็งเกรง ชัก วัดความดันโลหิตต่ำ 2.สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วย 3.บันทึกสัญญาณชีพ 4.แนะนำญาติไม่ให้อาหารที่มีแมกนีเซียมสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น ถั่วและเมล็ดพืช คะน้า กล้วย อโวคาโด ปลาแซลมอน พร้อมติดตามแนะนำให้ญาติสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องส่งพบแพทย์ 5.ให้ยา Vitamin B complex 1 mg 1x1 ⊙pc, ตามแผนการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** 1.ค่า Magnesium2.1 mg% อยู่ในเกณฑ์ปกติ (17 เมษายน2567) 2.ผู้ป่วยไม่มีอาการชา กล้ามเนื้อเกรงหรือชัก ความดันโลหิตปกติ
2.มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะหลงลืม **ข้อมูลสนับสนุน** S:ญาติให้ประวัติว่า เวลาผู้ป่วยทำอาหารจะชอบลืมปิดแก๊ส และทำไฟไหม้หม้อนึ่งข้าวบ่อยๆ **O** : จากการเยี่ยมบ้าน สังเกตเห็นที่นึ่งข้าวดำ **เป้าหมาย** ป้องกันอันตรายจากไฟไหม้กรณีทำอาหาร **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยและทรัพย์สินปลอดภัยไม่ได้รับความเสียหาย **กิจกรรมการพยาบาล** 1.แนะนำญาติคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด	**2.**มีการรู้คิดบกพร่องจากภาวะสมองเสื่อม **ข้อมูลสนับสนุน** S:ญาติบอกว่าผู้ป่วยจำเหตุการณ์ในปัจจุบันไม่ได้ จำสามีและลูกหลานไม่ได้ เคยออกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก **O** : ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Dementia ,ผลการประเมิน TMSE=0 ประเมินไม่ได้ **เป้าหมาย** 1.ชะลอความเสื่อมของการรู้คิด และคงความสามารถของการรู้คิดของผู้ป่วยให้นานที่สุด 2.ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการหลงลืม **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยมีการรู้คิดคงเดิมหรือดีขึ้น

ตารางที่1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
2.ให้ทำกิจกรรมที่ไม่เสี่ยงอันตราย หรือให้ญาติทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยกรณีปิดแก๊สเวลาทำอาหาร หรือกิจกรรมที่มีความเสี่ยงอื่นๆ **ประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินผลวันที่ 8 เมษายน 2567) ผู้ป่วยทำอาหารได้ไม่เกิดความเสียหายต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน	2.สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ 3.ผู้ป่วยไม่หลงทาง ไม่สูญหาย 1.แนะนำญาติคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นภาวะที่ไม่มียารักษา มีแต่การดูแลเพื่อคงให้ผู้ป่วยยังคงทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่ดีเพลิดเพลิน 2.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ ที่ช่วยคงไว้ซึ่งการรู้คิด เช่น การอ่านหนังสือ การอ่านธรรมะ พาผู้ป่วยปลูกต้นไม้ ดอกไม้ที่ผู้ป่วยชอบ 3.ส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น สวมใส่เสื้อผ้าเอง รับประทานอาหารเอง และช่วยเหลือในส่วนทีทำเองไม่ได้จากอาการหลงลืม เช่น การอาบน้ำ สระผม แปรงฟัน 4.ส่งเสริมความจำ อารมณ์ ให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวในอดีตที่ตนเองชื่นชอบประทับใจ และแนะนำให้ญาติพาผู้ป่วยเดินเล่นเป็นประจำ
	5.แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยทำกิจกรรมในชุมชน สังคม พยายามอย่าให้อยู่คนเดียว พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ประจำวันกับผู้ป่วย 6.แนะนำ อสม./ชุมชนช่วยเป็นรั้วนำส่งผู้ป่วยและช่วยสอดส่องไม่ให้ผู้ป่วยหนีออกจากบ้าน 6.ดูแลควบคุมโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง แนะนำให้ญาติจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ **ประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินผลวันที่ 10 เมษายน 2567) 1.ผู้ป่วยความจำคงที่ 2.ผู้ป่วยไม่หลงทางเนื่องจากญาติให้อยู่ในบ้าน
3.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีอาการตามัว **ข้อมูลสนับสนุน** S:ผู้ป่วยบอกว่าตามัว โดยเฉพาะตาข้างขวาและมีต้อกระจก O: จากการตรวจร่างกาย พบว่าตาข้างขวาเป็นต้อกระจก สังเกตเห็นผู้ป่วยขยี้ตาบ่อยๆขณะพูดคุยบอกตามัว มองเห็นไม่ชัดระคายเคือง ยังไม่ได้รับการรักษากับจักษุแพทย์ **เป้าหมาย** 1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม 2.ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่หกล้ม **กิจกรรมการพยาบาล** 1.แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน 2.เปิดไฟส่องสว่างให้เพียงพอ 3.แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยไปรับการรักษาตาต้อกระจก 4.แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยขยี้ตา พบแพทย์เพื่อรับยาถ้ามีอาการระคายเคืองตามากขึ้น	**3.**เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจากชอบขึ้น-ลง ที่บันไดทางขึ้นบ้านชั้น 2 **ข้อมูลสนับสนุน** S:ญาติให้ประวัติว่าชอบเดินขึ้น -ลงบันไดบ้านชั้น 2 O: จากการเยี่ยมบ้านเห็นผู้ป่วยเดินขึ้นบันไดบ่อยๆสามีได้ไปดึงลงมาบ่อยครั้ง **เป้าหมาย** ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม **เกณฑ์การประเมินผล** อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.แนะนำญาติดูแลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ปรับทางขึ้นบันไดบ้านชั้น2 โดยทำการปิดไว้ 2.แนะนำ อสม.ใกล้บ้านช่วยดูแลและติดตามเยี่ยม 3.จัดบริเวณหน้าห้องน้ำและทางบันไดขึ้นชั้น2ให้มีไฟส่องสว่าง 4.สอนให้ญาติช่วยทำกายภาพและพาผู้ป่วยออกกำลังกายทุกวัน

ตารางที่1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
การประเมินผลการพยาบาล (15 เมษายน 2567) 1.ญาติจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้านและนอกบ้านมีไฟส่องสว่างเพียงพอ 2.หลานสาวพาไปพบแพทย์แพทย์แจ้งอยู่ในระยะที่ยังไม่ต้องผ่าตัดรักษาตามอาการ	**การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินผลวันที่ 24 เมษายน 2567) 1.ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยปิดกั้นประตูทางขึ้นบันไดชั้น 2 2. ซ่อมไฟหน้าห้องน้ำให้ส่องสว่าง 3. ผู้ป่วยไม่หกล้ม
4.สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** S:ญาติให้ประวัติว่าชอบถามเรื่องเดิม ๆซ้ำๆ บางครั้งตอบไม่ตรงคำถาม ทำให้ญาติหงุดหงิดเวลาสนทนา S:ญาติให้ประวัติว่าจะหงุดหงิดเวลาคุยกับเหลนเพราะพูดกันคนละเรื่อง O: จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสอบถามว่าอันนี้/สิ่งนี้เรียกอะไร ผู้ป่วยตอบได้ไม่ถูกต้อง **เป้าหมาย** ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน ไม่เกิดความขัดเย้งในครอบครัว **เกณฑ์การประเมินผล** สามารถสื่อสารได้ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ลดความขัดแย้งจากปัญหานการสื่อสาร **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินการสื่อสารที่พบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แนะนำญาติใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสมได้แก่ -พูดคุยกับผู้ป่วยโดยอยู่ด้านหน้าและสบตาด้วยแววตาอ่อนโยน ยิ้มแย้ม ใช้คำที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน -ใช้น้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตะโกนเสียงดังโดยไม่จำเป็น การแสดงออกสีหน้าให้แสดงออกด้วยความเคารพ -ไม่เร่งรีบให้เวลาผู้ป่วยในการตอบหรือแสดงความรู้สึกให้เวลาผู้ป่วยได้นึกคิด และต้องอธิบายชื่อและวิธีการทำสิ่งนั้นๆ เมื่อผู้ป่วยจำชื่อและสิ่งของไม่ได้กำลังใจ ไม่ตอกย้ำอาการหลงลืมของผู้ป่วย	**4.**สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** S: ญาติให้ประวัติผู้ป่วยจะเฉยเมยมีอารมณ์ความรู้สึกบางครั้ง มีอาการหงุดหงิดเวลาขัดใจ ญาติถามก็จะมองหน้า O : วันที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหงุดหงิดไม่ยอมให้วัดความดันโลหิต **เป้าหมาย** ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกัน ไม่เกิดความขัดเย้งในครอบครัว **เกณฑ์การประเมินผล** สามารถสื่อสารได้ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ลดความขัดแย้งจากปัญหานการสื่อสาร **กิจกรรมการพยาบาล** .ประเมินการสื่อสารที่พบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แนะนำญาติใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสมได้แก่ -พูดคุยกับผู้ป่วยโดยอยู่ด้านหน้าและสบตาด้วยแววตาอ่อนโยน ยิ้มแย้ม ใช้คำที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน -ใช้น้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตะโกนเสียงดังโดยไม่จำเป็น การแสดงออกสีหน้าให้แสดงออกด้วยความเคารพ -ไม่เร่งรีบให้เวลาผู้ป่วยในการตอบหรือแสดงความรู้สึกให้เวลาผู้ป่วยได้นึกคิด และต้องอธิบายชื่อและวิธีการทำสิ่งนั้นๆ เมื่อผู้ป่วยจำ
การประเมินผลการพยาบาล **(**ประเมินวันที่ 13 พฤษภาคม 2567) 1.ญาติเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงมีอาการแบบนี้ ญาติเข้าใจและใจเย็นลง เพราะป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม 2.ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ญาติมีทักษะในการสังเกตว่าผู้ป่วยต้องการอะไรและไม่ชอบอะไร	ชื่อและสิ่งของไม่ได้กำลังใจ ไม่ตอกย้ำอาการหลงลืมของผู้ป่วย **การประเมินผลการพยาบาล** **(**ประเมินวันที่ 24 พฤษภาคม 2567) 1.ญาติเข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงมีอาการแบบนี้ ญาติเข้าใจและใจเย็นลง เพราะป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม 2.ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ญาติมีทักษะในการสังเกตว่าผู้ป่วยต้องการอะไรและไม่ชอบอะไร
5.ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ **ข้อมูลสนับสนุน** S: ญาติต้องการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น รู้สึกยุ่งยากที่จะพาผู้ป่วยออกนอกบ้านทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด	**5.**ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงมา 11 ปี จำสามีและลูกหลานไม่ได้ ญาติต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานที่สุด O : ผู้ดูแลบอก เหนื่อยต้องดูแลเพียงลำพังตลอด ZBI 10 คะแนน

ตารางที่1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
O : ผู้ดูแลมักบ่นว่าผู้ป่วยเอาแต่ใจ บอกไม่ฟัง ZBI 10 คะแนน **เป้าหมาย** 1.ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสมองเสื่อม 2.ญาติสามารถจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** สามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินญาติจากการสอบถามพูดคุยในด้านต่างๆได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางด้านร่างกาย ข้อมูลทางด้านจิตใจ และข้อมูลทางด้านสังคม 2.ให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น การผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวัน 3.แนะนำแหล่งความรู้และแนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในคลินิกผู้สูงอายุ 4.ติดต่อทีมสหสาขาวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง 5.ประเมินความรู้ย้อนกลับเพื่อเพิ่มรายละเอียดในการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลบกพร่อง **การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินผล 24 มิถุนายน 2567) 1.ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มี อสม./CG มาสับเปลี่ยนช่วยดูแลให้ญาติได้มีเวลาส่วนตัวได้ทำกิจกรรมที่เคยทำบ้าง 2.ญาติบอกว่าหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม Group Support แล้วมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลบางคนมีปัญหามากกว่าตนเอง	**เป้าหมาย** 1.ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสมองเสื่อม 2.ญาติสามารถจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** สามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินญาติจากการสอบถามพูดคุยในด้านต่างๆได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางด้านร่างกาย ข้อมูลทางด้านจิตใจ และข้อมูลทางด้านสังคม 2.ให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น การผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวัน 3.แนะนำแหล่งความรู้และแนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในคลินิกผู้สูงอายุ 4.ติดต่อทีมสหสาขาวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง 5.ประเมินความรู้ย้อนกลับเพื่อเพิ่มรายละเอียดในการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลบกพร่อง **การประเมินผลการพยาบาล** (ประเมินผล 26 มิถุนายน 2567) 1.ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มี อสม./CG มาสับเปลี่ยนช่วยดูแลให้ญาติได้มีเวลาส่วนตัวได้ทำกิจกรรมที่เคยทำบ้าง 2.ญาติบอกว่าหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม Group Support แล้วมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลบางคนมีปัญหามากกว่าตนเอง
วิเคราะห์ จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่แตกต่างกันตามปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการควบคุมกระบวนการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะหลงลืม,เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ,สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ส่วนการพยาบาลที่แตกต่างกันนั้น ผู้ป่วยรายที่1 ได้รับการดูแลเพิ่มเติมตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ การดูแลให้มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในระดับปกติ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการดูแลแก้ไขภาวะแม็กนีเซียมในเลือดสูง เป็นการดูแลตามปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากภาวะสุขภาพ ระยะอาการของโรคที่แตกต่างกัน	
ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N) แก้ไขตามข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 5 ข้อ โดยการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระบบระยะยาว ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม,	ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ร่วมกับแนวทาง Dementia Management (A-N) แก้ไขตามข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 5 ข้อ โดยการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระบบระยะยาว ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม,การ

ตารางที่1 การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
การจัดการปัญหาทางอารมณ์,พฤติกรรมด้วยเทคนิคABC[8,9,10] การใช้เทคนิคการสื่อสาร การค้นหากิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข การทำกิจกรรมทางกาย การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแล hygiene care และมีช่องทางแนะนำปรึกษา แก้ปัญหา สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลต่อเนื่อง	จัดการปัญหาทางอารมณ์,พฤติกรรมด้วยเทคนิคABC[8,9,10] การใช้เทคนิคการสื่อสาร การค้นหากิจกรรมที่ทำแบ้วมีความสุข การทำกิจกรรมทางกาย การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแล hygiene care และมีช่องทางแนะนำปรึกษา แก้ปัญหาสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลต่อเนื่อง
วิเคราะห์จากตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยมีความเหมือนกัน จากปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ภายใต้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภารการดูแลลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระบบการดูแลในระดับมาก	

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้สูงอายุหญิง อายุ 72 ปีรับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2567 รวม 12 ครั้ง อาการสำคัญ 1 ปีก่อนมา อาการสำคัญ หลงลืม ซ่อนของแล้วหาไม่เจอ หูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคนเดียว ออกนอกบ้านกลับบ้านไม่ถูก ได้รับการวินิจฉัย Unspecified dementia รักษาแบบไม่ใช้ยา ไม่มีประวัติติดยา/สารเสพติด มีหลานสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับการวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน พบว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้บางส่วน bADL=14/20 คะแนน iADL = 0/8 คะแนน พฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง TMSE = 2/30 คะแนน NPIQ = 6/12 คะแนน ไม่มีอาการผิดปกติจากโพแทสเซียมต่ำ ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภาระการดูแลลดลง[3,4]

จากกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้สูงอายุหญิง อายุ 76 ปีรับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2567 รวม 12 ครั้ง อาการสำคัญ 3 ปีก่อนมา อาการสำคัญ หลงลืม นอนไม่หลับ จำสามี/ลูกหลานไม่ได้ นอกบ้านกลับบ้านไม่ถูก พูดเรื่อยเปื่อย ได้รับการวินิจฉัย Unspecified dementia รักษาแบบไม่ใช้ยา ไม่มีประวัติติดยา/สารเสพติด มีหลานสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับการวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน พบว่าไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ bADL=10/20 คะแนน iADL = 0/8 คะแนน พฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมลดลง TMSE = 0/30 คะแนน NPIQ = 2/12 คะแนน ไม่มีอาการผิดปกติจากแม็กนีเซียมในเลือดสูง ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภาระการดูแลลดลง[3,4]

ปัญหาสุขภาพซับซ้อนร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ทำให้มีความยากลำบากในการดูแล เกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทุกๆด้านอย่างต่อเนื่องการจัดระบบริการสุขภาพและพัฒนาสมรรถนะสำหรับบุคลากรหน่วยปฐมภูมิ เพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงสมองเสื่อม และร่วมวางแผนการดูแลในระยะแรกจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีกับผู้ป่วย [9,11]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดทำคู่มือ หรือแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ได้ดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวให้ทันสมัย ทันต่อเทคโนโลยีในยุคปัจจุบัน และเข้าถึงปัญหาผู้ป่วยทุกมิติ และส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเสริมแรงให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีพลังในการปรับเปลี่ยนเทคนิคและรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพ พ.ศ.2564.นนทบุรี: บริษัท ณจันตาครีเอชั่น จำกัด.
2. คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2563). หลักสูตรการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (self Caring skills for Dementia patients with behaviorral and psychological problem).กรุงเทพฯห้างหุ้นส่วนส่วยจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
3. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ,แสงเดือน กิ่งข่อยกลาง และนฤบดินทร์ รอดปั้น.(2565). การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.ขอนแก่น:เพ็ญพรินติ้ง จำกัด.
4. มูลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น.(2563). ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.
5. มูลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.(2563). คู่มือโปรแกรม Thai-RDAD protocol ขอนแก่น: เพ็ญ พรินติ้งจำกัด.

การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Postoperative pain management for patients in general surgery and orthopedic surgery wards, Yang Talat Hospital, Kalasin Province.

(Received: February 2,2025 ; Revised: February 9,2025 ; Accepted: February 10,2025)

รชยา เรืองช่อ[1]
Rachaya Rueangcho[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยหลังผ่าตัด และศึกษาการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 168 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หลังการจัดการความปวด ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีตั้งแต่ 1 – 6 โดยที่ระดับที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ ระดับ 6 ร้อยละ 39.9 รองลงมา ระดับ 4 ร้อยละ 22.0 และระดับ 5 ร้อยละ 13.7 ตามลำดับ ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการจัดการความปวด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการจัดการความปวดสามารถลดความลงได้

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the characteristics and problems of postoperative patients and to study the pain management of postoperative patients in the general surgery and orthopedic surgery wards of Yang Talat Hospital, Kalasin Province. The study period was from November 2024 to December 2024, a total of 2 months. The sample consisted of 168 postoperative patients in the general surgery and orthopedic surgery wards of Yang Talat Hospital, Kalasin Province. 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 pain management, the pain level of postoperative patients ranged from 1 to 6, with the most painful level being level 6 at 39.9 percent, followed by level 4 at 22.0 percent, and level 5 at 13.7 percent, respectively. The pain level of postoperative patients in the general surgery and orthopedic surgery wards, Yang Talat Hospital, Kalasin Province, before and after pain management was significantly different at the .05 level, with pain reduction after pain management.

Keywords: pain management, postoperative patients

บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อหรือพยาธิสภาพ โดยแบ่งประเภทได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) Nociceptive Pain เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายหรืออักเสบ เช่น การบาดเจ็บ, 2) Neuropathic Pain เกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลาย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

เช่น โรคเบาหวานที่กระทบเส้นประสาท, 3) Acute Pain หรือความปวดเฉียบพลัน เกิดขึ้นทันทีหลังได้รับบาดเจ็บและหายไปเมื่อรักษา ระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน, และ 4) Chronic Pain หรือความปวดเรื้อรัง เป็นความปวดที่ต่อเนื่องยาวนานเกิน 6 เดือน มักมีอาการอื่นร่วม เช่น นอนไม่หลับหรือหงุดหงิด ความปวดเป็นเรื่องเฉพาะบุคคลที่ผู้ป่วยเท่านั้นจะอธิบายได้ การจัดการกับความปวดจึงต้องพิจารณาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ความปวดหลังการผ่าตัดเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมักเผชิญและมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญ โดยแนวทางการจัดการความปวดสามารถแบ่งออกเป็นหลายวิธี รวมถึงการใช้ยาแก้ปวดที่เหมาะสมตามประเภทของการผ่าตัดและสภาวะของผู้ป่วย[1,2]

การจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในแผนศัลยกรรมกระดูกและข้อมีความสำคัญต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีแนวทางที่หลากหลายในการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงการใช้ยาแก้ปวดที่เป็นเครื่องมือหลัก เช่น มอร์ฟีน ที่ช่วยลดความเจ็บปวดได้ดี นอกจากนี้ยังมีการประเมินระดับความเจ็บปวดทุก 2 ชั่วโมงในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด เพื่อให้ทีมแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาได้ตามความจำเป็น การบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การฝึกหายใจลึก การทำสมาธิ หรือการฟังดนตรี ก็เป็นวิธีที่ช่วยลดความเครียดและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้เช่นกัน รวมถึงการวางแผนก่อนและหลังผ่าตัดที่ชัดเจน เช่น การแจ้งประวัติสุขภาพ จะช่วยให้ทีมแพทย์สามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม การจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น[3,4] สอดคล้องกับจุฑารัตน์ สว่างชัย และคณะ[5] การจัดการความปวดแบบผสมผสาน โดยการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด โดยวิธีการจัดการความปวดที่นิยมในปัจจุบันคือการจัดการความปวดแบบผสมผสาน โดยใช้ยาควบคุมความปวดร่วมกันหลายชนิด รวมทั้งใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อเสริมฤทธิ์การระงับปวด ลดปริมาณการใช้ยาและลดผลข้างเคียงของยา สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา ฉ่ำพึ่งและอนัญญา มานิตย์[6] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการความปวดที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบวิธีการจัดการความปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผลกระทบสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้คะแนนความรู้เรื่องการจัดการความปวด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

โรงพยาบาลยางตลาด ในปี 2567 มีผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อจำนวน 166 ราย สำหรับประเภทการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดคือการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ร้อยละ 17.86 ตามด้วยการบาดเจ็บ ร้อยละ 13.10 นอกจากนี้ยังมีการผ่าตัดกระดูกแบบปิด ร้อยละ 8.93 ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 8.93 การผ่าตัดไส้เลื่อน ร้อยละ 8.33 อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้รับบริการนี้พบปัญหาในการดูแลหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการจัดการความเจ็บปวด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การจัดการความเจ็บปวดที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่สบายตัวและความเครียดทางจิตใจ ซึ่งอาจส่งผล

กระทบต่อคุณภาพชีวิตและระยะเวลาในการฟื้นตัว [7]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน จำนวน 168 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัด การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมิน Pain score (PS)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. การกำหนดกิจกรรมการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. การดำเนินการตามกิจกรรมการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม

ทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัด การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Wilcoxon sign rank test ในการวิเคราะห์ความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.71 อายุระหว่าง อายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 26.79 รองลงมาคือ อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 23.81 และอายุ 11 – 20 ปี ร้อยละ 15.48 Acute appendicitis ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ร้อยละ 17.86 Post-traumatic wound infection แผลที่เกิดจากการบาดเจ็บติดเชื้อ ร้อยละ 13.10 Necrotising fasciitis ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงของ soft tissue ร้อยละ 11.90 ไม่มีการประเมินหลังได้รับยา และด้วยวิธีไม่ใช้ยา ไม่ระบุเวลาประเมินซ้ำ มีการประเมินความปวดไม่ต่อเนื่อง คือ บางกรณีประเมินเพียงครั้งเดียวหรือสองครั้ง ไม่ประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยา เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะเลือดออก (bleeding) /แผลแยก มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกหรือยาที่ได้รับหลังผ่าตัด ติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่สบายท้อง ท้องอืด แน่นท้องเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลงเนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึก และมีความวิตกกังวลหรือกลัวเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

2. ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีตั้งแต่ 1 – 10 โดยที่ระดับที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ ระดับ 6 ร้อยละ 19.6 รองลงมา ระดับ 10 ร้อยละ 16.6 และระดับ 7 ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ หลังการ

จัดการความปวด ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีตั้งแต่ 1 – 6 โดยที่ระดับที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ ระดับ 6 ร้อยละ 39.9 รองลงมา ระดับ 4 ร้อยละ 22.0 และระดับ 5 ร้อยละ 13.7 ตามลำดับ

3. ผลของการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 168)

ระดับความปวด	ก่อนการจัดการความปวด		หลังการจัดการความปวด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	7	4.3	17	10.1
2	10	6.1	12	7.1
3	8	4.9	12	7.1
4	4	2.5	37	22.0
5	12	7.4	23	13.7
6	32	19.6	67	39.9
7	23	14.1	0	0.0
8	22	13.5	0	0.0
9	18	11	0	0.0
10	27	16.6	0	0.0
รวม	**168**	**100.0**	**168**	**100.0**

จากตารางที่ 1 ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนการจัดการความปวด ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีตั้งแต่ 1 – 10 โดยที่ระดับที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ ระดับ 6 ร้อยละ 19.6 รองลงมา ระดับ 10 ร้อยละ 16.6 และระดับ 7 ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ หลังการจัดการความปวด ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีตั้งแต่ 1 – 6 โดยที่ระดับที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ ระดับ 6 ร้อยละ 39.9 รองลงมา ระดับ 4 ร้อยละ 22.0 และระดับ 5 ร้อยละ 13.7 ตามลำดับ

3.2 การเปรียบเทียบระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (Wilcoxon sign rank test)

ตัวแปร	z (ก่อน – หลัง)	p - value
ระดับความปวด	11.142	.000

จากตาราง 4.4 การเปรียบเทียบระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการจัดการความปวดสามารถลดความลงได้

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.71 อายุระหว่าง อายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 26.79 รองลงมาคือ อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 23.81 และอายุ 11 – 20 ปี ร้อยละ 15.48 Acute appendicitis ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ร้อยละ 17.86 Post-traumatic wound infection แผลที่เกิดจากการบาดเจ็บติดเชื้อ ร้อยละ 13.10 Necrotising fasciitis ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงของ soft tissue ร้อยละ 11.90 ไม่มีการประเมินหลังได้รับยา และด้วยวิธีไม่ใช้ยา ไม่ระบุเวลาประเมินซ้ำ มีการประเมินความปวดไม่ต่อเนื่อง คือ บางกรณีประเมินเพียงครั้งเดียวหรือสองครั้ง ไม่ประเมินผลข้างเคียงจากการได้รับยา เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะเลือดออก (bleeding) /แผลแยก มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกหรือยาที่ได้รับหลังผ่าตัด ติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่สบายท้อง ท้องอืด แน่นท้องเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลงเนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึก และมีความวิตกกังวลหรือกลัวเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีตั้งแต่ 1 – 10 โดยที่ระดับที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ ระดับ 6 ร้อยละ 19.6 รองลงมา ระดับ 10 ร้อยละ 16.6 และระดับ 7 ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เย็นใจ พิมพ์บรรณ และคณะ[8] ได้ศึกษาผลการจัดการความปวดร่วมกับการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขาในหอผู้ป่วยออร์โธปีดิกส์ ผลการศึกษาพบว่าผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะอาการปวด 15 ลักษณะ หลังจากได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขาชั่วโมงที่ 8 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้สึกของอาการปวดในระดับ ปวดที่พบมากที่สุด คือ ปวดแสบปวดร้อน ร้อยละ 58.3 รองลงมา ปวดแปลบ ในขณะที่กลุ่มทดลองระดับคะแนนของอาการปวดในระดับ ปวดแปลบ รู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ ปวดตุ๊บๆ กดเจ็บ ร้อยละ 58.3 และทั้ง 2 กลุ่ม และทั้ง 2 กลุ่มมีอาการรู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวด และอาการปวดหนักๆ เหมือนกัน ดังนั้นจึงได้จัดทำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การประเมินอาการปวด ประเมินประเภทของการปวด จัดการความเจ็บปวดโดยใช้ยา การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและการจัดการความเจ็บปวดใช้ยา โดยได้ประยุกต์จากคู่มือการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม[9] นโยบายและแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เรื่อง “การจัดการความปวด”[10] และแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด[11] ส่งผลให้หลังการจัดการความปวด ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีตั้งแต่ 1 – 6 โดยที่ระดับที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ ระดับ 6 ร้อยละ 39.9 รองลงมา ระดับ 4 ร้อยละ 22.0 และระดับ 5 ร้อยละ 13.7 ตามลำดับ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เย็นใจ พิมพ์บรรณ และคณะ[8] ได้ศึกษาผลการจัดการความปวดร่วมกับการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขาในหอผู้ป่วยออร์โธปีดิกส์ พบว่าหลังการทดลองคะแนนความปวดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนความปวดเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 1.66, 1.79, 1.83, 1.62, 1.70, 0.91, 0.79 และ 0.45 ตามลำดับกลุ่มควบคุมคะแนนความปวดเฉลี่ย 5.04, 5.00, 5.83, 4.62, 3.87, 3.41, 3.00 และ 2.83 ตามลำดับโดยทั้งสองกลุ่มอาการปวดเริ่มลดลงต่อเนื่องในชั่วโมงที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มความคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ความถี่ของการได้รับยาลดปวดกลุ่มทดลองที่ 1.58 ครั้ง และกลุ่มควบคุมที่ 2.50 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.016) ระยะเวลาที่สามารถจัดการความปวดกลุ่มทดลอง 3.54 ชั่วโมง และ

กลุ่มควบคุม 11.50 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01) และสอดคล้องกับการศึกษาของพรพันธ์ คณาศรี และคณะ[12] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า 1) หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8, 16, 24, 32, 40 และ 48 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24, 48 และ 72 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงของขากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ควรนำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มาใช้ซึ่งประกอบด้วย การประเมินอาการปวด ประเมินประเภทของการปวด จัดการความเจ็บปวดโดยใช้ยา การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและการจัดการความเจ็บปวดใช้ยา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในผู้ป่วยประเภทอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. ยศพล เหลืองโสมนภา ศรีสุดา งามขำ.(2556). ความสนใจต่อความปวด . วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2556
2. นุช ตันติศิรินทร.(2564). ความรู้พื้นฐานในการบำบัดความปวด (Basic Pain Control). [ออนไลน์] https://www.rama.mahidol.ac.th/graded/sites/default/files/public/High_Diploma/handout_HD/handout_HD701/handout_HD64/Basic_pain180821.pdf
3. Greenfield GQ. Orthopedic pain. In M.V. Boswell & B.E. Cole (Eds.), Weiner's pain management: A practical guide for clinicians. Boca Raton: CRC Press; 2006.7
4. Pasero C, McCaffery M. Orthopedic postoperative pain management. Journal of Perianesthesia Nursing 2007;22(3): 160-174.
5. จุฑารัตน์ สว่างชัย ชุลีพร ปิยสุทธิ์ ศิริพร แก้วกุลพัฒน์.(2562). การจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 161-71
6. กรรณิกา ฉ่ำพึ่ง อนัญญา มานิตย์.(2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 42-56
7. โรงพยาบาลยางตลาด. (2567). รายงานผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ. โรงพยาบาลยางตลาด.
8. เย็นใจ พิมพ์บรรณ, อรทัย สุทธิอาจ, เกษสุดา วังขุนพรหม.(2564). ผลการจัดการความปวดร่วมกับการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 5 ฉบับที่ 10 : เมษายน 2564 - กันยายน 2564. 44-54
9. วัชรี วรากุลนุเคราะห์. (2560). คู่มือการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2560

10. โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่. (2548). นโยบายและแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เรื่อง “การจัดการความปวด” คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
11. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ.2562
12. พรพันธ์ คณาศรี อัญชลี ถิ่นสอน ธิดารัตน์ จำปาวงศ์ อัจฉรา คำมะทิตย์.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 356-67

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

Model of developing the potential of community leaders in tuberculosis surveillance Ban Kung Kao Subdistrict Health Promotion Hospital, Tha Khantho District.

(Received: February 2,2025 ; Revised: February 9,2025 ; Accepted: February 10,2025)

ศิริชัย ไกรเสน[1]
Sirichai Grisen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้และความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชนและศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน มกราคม 2568 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท จำนวน 55 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้และความเข้าใจ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความรอบรู้และความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความรอบรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: แกนนำชุมชน การเฝ้าระวัง โรควัณโรค

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the knowledge and understanding of tuberculosis surveillance, prevention and control in the community, community leaders and study the model for developing the potential of community leaders in tuberculosis surveillance, Ban Kung Kao Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Khantho District. The study period is between November 2024 and January 2025, a total of 3 months. The sample group includes representatives of community leaders in tuberculosis surveillance, Ban Kung Kao Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Khantho District, 55 people. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and Dependent t - test.

The results of the study found that the knowledge and understanding of surveillance, prevention, and control of tuberculosis in the community of community leaders of Ban Kung Kao Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Khantho District, were found to be at a moderate level overall and in each aspect. After the operation, it was at the highest level. A comparison of the knowledge and understanding of surveillance, prevention, and control of tuberculosis in the community of community leaders of Ban Kung

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า ตำบลกุงเก่า อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Kao Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Khantho District before and after the operation found that there was a statistically significant difference at the .05 level. After the operation, the knowledge of surveillance, prevention, and control of tuberculosis in the community of community leaders of Ban Kung Kao Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Khantho District had a higher average score than before the operation.

Keywords: community leaders, surveillance, tuberculosis

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น จากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 9.9 ล้านคน (127 ต่อแสนประชากร) ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ 0 - 14 ปี 1.1 ล้านคน มีจำ นวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน จากการรายงานพบผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 5.8 ล้านคน (75 ต่อแสนประชากร) และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 86[1]

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศ (NTIP) ระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2566 (ทั้งคนไทย และไม่ใช่คนไทย) ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภท จำนวน 399,846 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 357,267 ราย ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน (กลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำ ภายหลังล้มเหลว และรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา) 35,236 ราย และผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งไม่สามาถจัดกลุ่มตามนิยามที่กำหนด จำนวน 7,343 ราย[2]

วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดหลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พูดดังๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง ทำ ให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1 - 5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้อื่นสูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด[1] การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีความสำคัญเพื่อให้การรักษาประสบผลสำเร็จและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านวัณโรคอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งมักใช้ยาหลายชนิดในช่วง 2 เดือนแรก เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรแยกห้องนอนและหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้อื่นในช่วงแรกของการรักษา รวมถึงสวมหน้ากากอนามัยเมื่อมีอาการไอหรือจาม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำให้เพียงพอ และออกกำลังกายอย่างเหมาะสมจะช่วยเสริมสร้างภูมิต้านทาน ในขณะเดียวกัน การให้กำลังใจและสนับสนุนด้านจิตใจและเศรษฐกิจจากผู้ดูแลก็มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดโอกาสในการกลับมาเป็นซ้ำ[3] หลักการสำคัญในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชนประกอบด้วย การสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ประชาชน เช่น วิธีการแพร่กระจาย การป้องกัน และการรักษา การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและ

ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วและครบถ้วน รวมถึงการติดตามผลการรักษาโดยใช้เครือข่ายชุมชน เช่น อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการทำงานที่ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น การทำงานเป็นทีม การจัดบริการเชิงรุก และการประสานงานระหว่างภาครัฐและชุมชน ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรคได้ดีขึ้น ทั้งนี้ควรมีการประเมินผลและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่[4]

แกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรควัณโรค โดยการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ แกนนำชุมชนจะต้องเข้าร่วมในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพ นอกจากนี้ การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาวัณโรคยังเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและเข้าถึงการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็ว การประสานงานระหว่างแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามผลการรักษาและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยก็เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การเฝ้าระวังวัณโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี มงกุฎทอง และคณะ[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินรูปแบบการควบคุมโรค พบว่า การพัฒนารูปแบบควบคุมวัณโรคนี้เป็นการจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่าง อสม. และทีมสหวิชาชีพ โดยการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ส่งผลดีต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วย จึงควรสนับสนุนแนวทางควบคุมวัณโรคนี้ และขยายการดำเนินการในพื้นที่อื่น ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ ไทยวงษ์ และคณะ[6] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมวัณโรคโดยหมอประจำบ้านของอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน พบหมอประจำบ้านมีความตั้งใจและให้ความร่วมมือ ชุมชนมีช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ทั่วถึง ประชาชนให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองวัณโรค แกนนำชุมชนสนับสนุนการดำเนินงาน การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดให้การป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นมาตรการทางสังคม และคืนข้อมูลวัณโรคแก่ชุมชนจากผลการพัฒนาสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเสริมสร้างให้ประชาชนเกิดความรอบด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคในระดับชุมชน ได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดอัตราการติดเชื้อใหม่ และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้และความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน มกราคม 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 11 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการประกอบด้วย การศึกษาความรอบรู้และความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับน้อยที่สุด 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

2.2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด 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 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) โดยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .850 และแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .833

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

3. การดำเนินการตามกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโทได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโทก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test ในการวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้และความเข้าใจ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centred care :PCC) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้และความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท

3.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.76	0.67	4.36	0.69	54	-11.650	.000	-1.88067	-1.32842
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	2.87	0.75	4.34	0.55	54	-11.003	.000	-1.73571	-1.20066
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	2.74	0.84	4.35	0.70	54	-10.503	.000	-1.92165	-1.30562
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	2.72	0.63	4.31	0.60	54	-13.027	.000	-1.83575	-1.34607
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	2.87	0.74	4.37	0.70	54	-10.769	.000	-1.77926	-1.22074
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	2.81	0.76	4.31	0.73	54	-10.065	.000	-1.79333	-1.19758
รวม	2.8	0.49	4.34	0.46	54	-15.445	.000	-1.74607	-1.34484

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความรอบรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรค	2.88	0.56	4.36	0.41	54	-15.678	.000	-1.66927	-1.29073
ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว	2.81	0.65	4.36	0.58	54	-12.766	.000	-1.79448	-1.30733
ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยง	2.81	0.70	4.40	0.45	54	-13.040	.000	-1.82502	-1.33862
ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรง	2.70	0.67	4.29	0.65	54	-10.722	.000	-1.88622	-1.29196
รวม	2.80	0.47	4.35	0.41	54	-16.515	.000	-1.73868	-1.36223

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้และความเข้าใจ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ รุ่งธรรม ม่วงจันทร์[7] การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยงอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา: พบว่าระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 27 คน ร้อยละ 50.9 (ค่าเฉลี่ย 10.36 S.D.= 2.12) ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง 35 คน ร้อยละ 66.0 (ค่าเฉลี่ย 3.57 S.D.= 0.47) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางกลาง 36 คน ร้อยละ 67.9 (ค่าเฉลี่ย 4.10 S.D.= 0.61) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับ ระดับความรู้ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 31 คน ร้อยละ 58.5 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centred care :PCC) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค ตามแนวคิดของ คู่มืออบรมพัฒนาศักยภาพ ผู้ปฏิบัติงานวัณโรค[8] และแนวทางการดำเนินงานฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล[9] ส่งผลให้ ความรอบรู้และความเข้าใจ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคใน

ชุมชน แกนนำชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด และก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความรอบรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ อัญชลี มงกุฎทอง และคณะ[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษา โดยการวิเคราะห์กำหนดรูปแบบการพัฒนาการควบคุมโรค PPAC Model: Participation situational analyzing, Planning, Action and reflection, Control monitoring and evaluation จากการดำเนินการ พบว่าหลังอบรม อสม. มีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น พบว่าก่อนอบรม มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 0.84 (S.D. = 0.16) และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 0.99 (S.D. = 0.20) เมื่อเทียบกับก่อนอบรม มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($p < 0.05$) การรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนอบรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 2.58 (S.D. = 0.24) และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 2.70 (S.D. = 0.26) ประเมินผลความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการดูแลของ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก เท่ากับ 4.91 (S.D. = 0.17) และติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 55 ราย พบมีผลการรักษาสำเร็จทุกราย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ในการเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท ควรนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท มาใช้ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

2. การกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centred care :PCC) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลจากการดำเนินงานหลังการจัดทำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุงเก่า อำเภอท่าคันโท เพื่อการการเฝ้าระวังโรควัณโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2567). สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 – 2566. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค.(2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 กรุงเทพฯ : สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.
4. สุธิดา อิสระ อรสา กงตาล (2563). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมือง กรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2563 หน้า 148-162

5. อัญชลี มงกุฎทอง เชิดพงษ์ ทองสุข แดนสรวง วรรณวงษ์สอน.(2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ปีที่ 53 ฉบับที่ 8 : 4 มีนาคม 2565.
6. ดวงใจ ไทยวงษ์ กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ สุวัฒนา อ่อนประสงค์.(2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมวัณโรคโดยหมอประจำบ้านของอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565. 111 – 30
7. รุ่งธรรม ม่วงจันทร์.(2562). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยงอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562 1-10
8. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. 2563. คู่มืออบรมพัฒนาศักยภาพ ผู้ปฏิบัติงานวัณโรค. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2563
9. กลุ่มนวัตกรรมและวิจัย กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. 2563. แนวทางการดำเนินงานฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล. กลุ่มนวัตกรรมและวิจัย กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. 2563

ECH
JOURNAL

Journal

of environmental and community health

VOL10 NO.1 January - February 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุตรธานี 311
เนาวนิตย์ พลพินิจ ,สมไสว อินทะชุบ ,วรัญรดา เชื้อตายา ,ณัฐชยา สิมมะลี

ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ 322
วีรยาพร ความเพียร ,ณีรนุช วงค์เจริญ ,ภูมินทร์ ดวงสุริยะ ,นิตยา ทานันท์

ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส 332
นาถอนงค์ สุโพ

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น 342
สงกรานต์ กลั่นด้วง ,เพ็ญนภา ศรวิเศษ ,ศศิกร ไชยประทุม ,พิมพร รุจิรกุล

ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด 355
เฉลิมขวัญ มลิพันธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก 365
อัญชลี ทวีวรรณคีรี ,จีระศักดิ์ ทัพผา

ผลการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติ 373
สายหยุด ภาชะนนท์ ,พิมพ์ใจ ลังการ์พินธุ์ ,นันทภัค สมฤทธิ์ ,กฤตยา วงศ์ใหญ่

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 382
วิมลศรี ศิริบำรุง

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ ทางหน้าท้อง (Colostomy) สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค 392
ประศาสตร์พร ชื่นใจ

รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 401
สุภศักดิ์ เมืองพรหม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 414
ทรัสลักษมณ์ ก่อเกียรติธัญกร ,จุฑานภ พุ้ยน้อย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 421
อภิญญา โคตรลาคำ

การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น 429
ณิชกานต์ กากแก้ว ,ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล

การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 442
ศิรินภา พลเยี่ยม

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสุโขทัย ... 455
ภัทราวรรณ ศิรินันทยา ,นภาพร อินทร์เรือง

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 466
นันทิยา ไทยภักดี ,อรอนงค์ เจ็กภู่

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดหนองคาย 477
จรรยา คำอุ่น ,ขนิษฐา นาหนองตูม

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร 487
วลัยลักษณ์ จันเต็ม

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 497
ชูศรี สอนสา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ 506
สุราษฎร์ บุญปัญญา

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด **516**
ระพีภรณ์ ใจมั่น ,โสภา ถวิล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ 525
สุริชัย เศษจันทร์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 531
ณัฏฐโชติ สมนึก

การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 539
เนาวนา ภูจ่าพล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ 546
กนกพร โชคดีทวีทรัพย์

การเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช..... 555
สุภัทรา จงศิริกุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 565
นิพล รวมเจริญ ,สุนี รวมเจริญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก 575
สาคร นันทโกวัฒน์ ,นิลภา จิระรัตนวรรณะ

ประสิทธิภาพของ Human factor engineering ต่อกระบวนการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน 587
พัชรี โนโชติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 592
จิตรา เหลี่ยมดี

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 31 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและพัฒนาการเด็กปฐมวัย การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 Self การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพยาบาลในการดูแลทารกถูกทอดทิ้ง ความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การเสริมสร้างการดูแลตนเองและครอบครัว ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิง การบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดคลอดบุตร การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบสารสนเทศในสถานการณ์ฉุกเฉิน การบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติด ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังโรควัณโรค ประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโภชนาการเกิน าร ส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี

The development and enhancement of new nursing practices in caring for COVID-19 patients at Udon Thani Hospital.

(Received: January 23,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

เนาวนิตย์ พลพินิจ[1] สมไสว อินทะชุบ[1] วรัญรดา เชื้อตายา[1] ณัฐชยา สิมมะลี[1]
Naowanit Ponpinit[1], Somsawai Intachub[1], Waranrada Chueataya[1], Nutchaya Simmalee[1]
[1]Nursing Organization of Udon Thani Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วย โควิด 19 และ 2) ศึกษาผลการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรค 84 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ของกองการพยาบาล แนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมการแพทย์ แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 แผนประคองกิจการ เพื่อรองรับการระบาดในกรณีโรค โควิด 19 ของโรงพยาบาลอุดรธานี แผนการประชุมระดมสมอง และ 2) แบบทดสอบวัดความรู้ และ 4) แบบประเมินความ พึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มการพยาบาล มีการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และมีค่าผลิตภาพทางการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ 2. แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย การซักประวัติและการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การพยาบาลและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตขณะรับการรักษาการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่องกับเครือข่าย และการบันทึกทางการพยาบาล 3. ผลลัพธ์การใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ พบว่า มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ฯ อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.45, SD = 0.49) ด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่าบุคลากรพยาบาลมีการติดเชื้อโควิด 19 ลดลง และอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตลดลง

คำสำคัญ : การพัฒนาการพยาบาลวิถีใหม่ การเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล ผู้ป่วยโควิด 19

Abstract

This research and development aimed to 1) develop and increase the efficiency of new nursing practices in caring for COVID-19 patients and 2) study the outcomes of new nursing practices in caring for COVID-19 patients at Udon Thani Hospital. The samples were 84 professional nurses working in isolated wards and COVID-19 patients. The research instruments included: 1) the new nursing practices guideline for caring for COVID-19 patients developed the nursing staffing management guideline during the COVID-19 outbreak of the Nursing Division and Udon Thani nursing organization. the medical practice guideline, diagnosis, treatment, and prevention of hospital-acquired infections in the case of coronavirus disease 2019 of the Department of Medical Services, and the medical practice guideline of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand. The care of pregnant women infected with COVID-19, the business continuity plan to support the outbreak of COVID-19 at Udon Thani Hospital, the

---

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

brainstorming meeting plan 2) a knowledge test 3) an observation form, and 4) a nurse satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results of the research found that: 1. The nursing organization has managed the nursing staff to care for COVID-19 patients by the specified guidelines and has nursing productivity within the standard. 2. New nursing guidelines for caring for COVID-19 patients include taking a history and assessing the patient, nursing, and monitoring for critical warning signs, nursing to prevent infection and prevent the spread of disease, collecting laboratory specimens, planning for discharge, and coordinating continuous care with the network and nursing records 3. The results of using the new nursing guidelines in caring for COVID-19 patients include: In terms of service providers, it was found that there was a statistically significant increase in knowledge and practical skills at a level of .01. The satisfaction of service providers with the use of the new nursing guidelines was at the highest level (M = 4.45, SD = 0.49). In terms of safety for service providers and service recipients, it was found that nursing personnel were infected with COVID-19 and the incidence of risk of transferring patients to the critical isolation ward was reduced.

Keywords: Development of new nursing guidelines, increasing efficiency in nursing for COVID-19 patients

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก และก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง รวมถึงสุขภาวะของประชาชนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในปัจจุบันกรมควบคุมโรคมีแนวทางการดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการระบาดระลอกใหม่ ซึ่งการระบาดในระยะแรกผู้ป่วยที่มีการยืนยันพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลสนาม เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน และเมื่อจำหน่ายต้องได้รับการกักตัวต่อที่บ้านอีก 14 วัน[1]

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจำนวน 1,143 เตียง ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในการระบาดระลอกแรก ช่วงเดือนมกราคม 2563 ถึงพฤษภาคม 2563 โรงพยาบาลอุดรธานี มีการจัดเตรียมสถานที่ในการรับผู้ป่วยโควิด 19 คือหอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ มีผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 8 ราย เป็นผู้ป่วยประเภทมีอาการปานกลาง (moderate covid case) จำนวน 5 ราย และอาการน้อย (mild covid case) จำนวน 3 ราย[2] พยาบาลที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจเดิมอยู่แล้ว และพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ มีหน้าที่ในการสอน ฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personnel protective equipment: PPE) รวมทั้งการร่วมประเมินผู้ป่วยกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ และการวางแผนจำหน่าย ผลการดำเนินงานในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ในระลอกแรก ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต ผู้ป่วยทุกรายมีอาการทุเลา นอนรักษาในโรงพยาบาลจนครบกำหนดเวลาตามแนวทางของกรมควบคุมโรค จำหน่ายอาการดีขึ้น ทุกราย และในช่วงเดือนมิถุนายน 2563 ไม่มีผู้ป่วย PUI หรือผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายใหม่ บุคลากรพยาบาลทั้งหมดที่เคยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ มีการย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ที่หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 5 ตึก 69 ปี เพื่อดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษรวม และกลุ่มการพยาบาล ได้มอบหมายให้กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุร-กรรม เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลมาที่หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ และในช่วงระยะเวลานี้มีการสร้างหอผู้ป่วยเมตตาสุคโต ซึ่งได้กำหนดเป็น Cohort ward ควบคู่กันไปเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในการระบาดระลอก 2 ของประเทศไทย โรงพยาบาลอุดรธานี มีจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 เข้านอนรักษาเพียง 1 ราย และต่อมาเมื่อมีการระบาดระลอก 3 ซึ่งเริ่มในช่วงเดือนเมษายน 2564

โรงพยาบาลอุดรธานี เริ่มรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 และในระยะนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 สะสม ในช่วง 1-30 เมษายน 2564 จำนวนทั้งสิ้น 275 ราย[2] ได้มีการพิจารณาย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเครือข่ายและศูนย์โอบอุ้ม ดูแล และห่วงใยชาวอุดรฯ (โรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี สาขาสามพร้าว) ตามแผนประคองกิจการ ซึ่งในระยะนี้ได้มีการจัดเตรียมสถานที่ Cohort ward จำนวนทั้งหมด 9 หอผู้ป่วย ไว้รองรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมี 2 หอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และอีก 7 หอผู้ป่วยรับผู้ป่วยอาการน้อย-ปานกลาง รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่ป่วยเป็นโรคโควิด 19 มีจำนวนเตียงทั้งหมด 126 เตียง และเนื่องจากการระบาดระลอกที่ 3 เป็นการระบาดที่รวดเร็ว รวมทั้งมีนโยบายจากกรมควบคุมโรค มีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์การระบาดของโรค บุคลากรพยาบาลที่เตรียมไว้สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 เป็นพยาบาลที่คัดเลือกมาจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ พยาบาลไม่คุ้นเคยในการให้การพยาบาลมาก่อน ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมร่วม ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรง[3,4] การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านปริมาณและคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี ให้มีความชัดเจนและต่อเนื่อง เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ทันเหตุการณ์ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาล สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย และที่สำคัญบุคลากรพยาบาลมีความมั่นใจในการพยาบาลวิถีใหม่ ที่จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และแนวคิดเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด19 พบว่าการนำทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน[5] มาใช้ในการพัฒนางาน ร่วมกับการนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ P-A-O-R (Planning-Acting-Observing-Reflecting) ของ Elliott & Kemmis [6] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางาน ได้แก่ 1) Planning (วางแผน) ประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ การเขียนแผนการดำเนินงาน 2) Acting (ปฏิบัติตามแผน) ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาลทั้งด้านภาวะสุขภาพและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด19 การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย การนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การพยาบาลขณะรักษา การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวางแผนจำหน่าย 3) Observing (ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน) ประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับ การประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผลของการดำเนินงาน ซึ่งการประเมินประสิทธิภาพ คือ ประเมินผลงาน (output) หรือผลิตผล (outcome) ประกอบด้วย (1) ด้านองค์กรพยาบาลและผู้ให้บริการ ได้แก่ ผลการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ตามแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ และจำนวนพยาบาลที่ติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน (2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ย้ายไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และ 4) Reflecting (ปรับปรุงแก้ไข) ได้แก่ การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์และพัฒนาแผน และสังเคราะห์การดำเนินการใหม่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรคโควิด 19 ในช่วงดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งปัจจุบันมีการระบาดอย่างรวดเร็ว และส่วนใหญ่ผู้ป่วย

ที่มีอาการรุนแรงมักเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วม หรือหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาวิจัยการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่ส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรคและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการพยาบาล วิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาล-อุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development research) ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลฯ และศึกษาผลการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการพัฒนาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน[5] ที่มี 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้าง (input or structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ P-A-O-R (Planning-Acting-Observing-Reflecting) ของ Elliott & Kemmis[6]

โดยปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ของกองการพยาบาล[7] แนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2564[8] ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2565[9] และฉบับปรับปรุง วันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2565[10] แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ปี 2563[11] แผนประคองกิจการเพื่อรองรับการระบาดในกรณีโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี (Business Continuity Plan: BCP) แผนการประชุมระดมสมองแบบ social distancing หรือแนวทางการประชุมผ่าน zoom meeting แนวทางการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค และแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี กระบวนการประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการพยาบาลฯ และระยะที่ 3 ประเมินผล และผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ คือ สมรรถนะ ความรู้ และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ คือ อุบัติการณ์ความเสี่ยงการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโควิด 19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล คือ ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค (หอผู้ป่วยแยกโรครวมน้ำใจ หอผู้ป่วยเมตตาสุคโต, cohort1,cohort2,cohort3, cohort4, cohort5) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 22 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการมอบหมายมาปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่หอผู้ป่วย

แยกโรค เลือกแบบเฉพาะเจาะจงทุกคน จำนวน 84 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการมอบหมายมาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแยกโรคn2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ผู้ป่วยโควิด 19 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค (cohort ward) ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา คือตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนตุลาคม 2565

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด 19 1) เป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลอุดรธานี 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ทั้งเพศชายและหญิง 4) มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ เบาหวาน หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคมะเร็งรับยาเคมีบำบัด หรือ 5) หญิงตั้งครรภ์ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โควิด 19 ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบ-ด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ของ กองการพยาบาล[7] แนวทางการจัดอัตรากำลังพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2564[8] ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2565[9] และฉบับปรับปรุง วันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2565[10] แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรี-แพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ปี 2563[11] แผนประคองกิจการเพื่อรองรับการระบาดในกรณีโรคโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี (Business Continuity Plan: BCP) แผนการประชุมระดมสมองแบบ social distancing หรือแนวทางการประชุมผ่าน zoom application แนวทางการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สำหรับพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และ 5) แบบบันทึกความเสี่ยงทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย 1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1 และ 2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบวัดความรู้และแบบบันทึกการสังเกตทักษะการปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่หอผู้ป่วยแยกโรคที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการหนัก จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความยากง่ายของแบบวัดความรู้ KR-20 เท่ากับ .78 แบบสังเกตการปฏิบัติฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน .87 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค .75

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีการดำเนินการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาบีเดียน[5] ร่วมกันกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (P-A-O-R)[6] ได้ทั้งหมด 3 วงรอบ ในแต่ละวงรอบมีการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2564 - มกราคม 2565 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บ

รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 22 คน และกลุ่มที่ 2 คือพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โควิด 19 ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค 7 หอ จำนวน 84 คน ที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลอุดรธานี มีการดำเนินการในระยะนี้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการนำนโยบายและผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 พบประเด็นปัญหา ดังนี้ 1) แนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ยังไม่ชัดเจน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ 3) การบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมากำหนดประเด็นในการพัฒนา ดังนี้

1) ด้านการบริหารอัตรากำลังพยาบาล คือ การพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลอุดรธานี

2) การพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล ใช้กรอบการพยาบาลผู้ป่วยโรค ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แนวคิดกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspects model of care)[12] และแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation precaution)[13] 3) ด้านสมรรถนะบุคลากร คือ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ขั้นตอนที่ 2 ตั้งทีมบริหารอัตรากำลังพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค

ขั้นตอนที่ 3 ตั้งทีมพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ขั้นตอนที่ 5 นำแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้ง่าย

ขั้นตอนที่ 6 นำแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค พบว่าปฏิบัติงานได้ง่าย (Acting) ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยการประเมินตามวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะทดลอง

4. สัปดาห์ที่ 1 ประชุมทีมเพื่อวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และกำหนดวันอบรมให้ความรู้การฝึกสวม-ถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment: PPE)

5. สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5 จัดประชุมอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รูปแบบการประชุมทางไกล (ผ่าน Zoom) และจัดให้มีฐานสำหรับฝึกสวม-ถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล จำนวน 2 ฐาน โดยพยาบาลสามารถมาฝึกสวม-ถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ได้ตลอดในวัน เวลาราชการ รวมทั้งมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม

6. สัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสังเกตทักษะการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ระยะหลังการทดลอง

7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้านอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาล และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

8. ผู้วิจัยนำผลการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ผลการสังเกตทักษะการปฏิบัติของพยาบาล อุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผนในวงรอบที่ 1 มาทบทวน และนำประเด็นที่ยังพบเป็นปัญหามาวางแผนในการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 5 ถึง 7 เป็นวงรอบที่ 2 และวงรอบที่ 3 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. วิเคราะห์ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทักษะของพยาบาล ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล มีการแจกแจงเป็นปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติ paired t-test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์การ ติดเชื้อโควิด19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาล และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผนด้วยค่าความถี่และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No. 81/2564 (เลขที่โครงการวิจัย 1050/2564) วันที่รับรอง 19 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2564 - มกราคม 2565 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทุกสาขา และหัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 22 คน

ผลการวิเคราะห์ พบประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) แนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ยังไม่ชัดเจน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ชัดเจน

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมากำหนดประเด็นในการพัฒนา ดังนี้ 1) ด้านการบริหารอัตรากำลังพยาบาล คือ การพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 2) การพัฒนา

แนวปฏิบัติการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล 3) ด้านสมรรถนะบุคลากรพยาบาล คือ การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ส่วนที่ 2 ผลการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล กลุ่มการพยาบาล มีแนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล อ้างอิงตามแนวทางการบริหารอัตรากำลังของกองการพยาบาล[7] ซึ่งผลการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีสัดส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย อยู่ที่ 1 : 4-6 และมีค่าผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) ในวงรอบที่ 1, 2 และ 3 คือ 97.20, 101.50 และ 118.50 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนบุคลากรพยาบาลต่อผู้ป่วยโควิด 19 และผลิตภาพทางการพยาบาล

ช่วงเวลา*	สัดส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย	ผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity)
ธันวาคม 2564-มีนาคม 2565	1 : 4-6	97.20
เมษายน-กรกฎาคม 2565	1 : 4-6	101.50
สิงหาคม-ตุลาคม 2565	1 : 4-6	118.50

*วงรอบที่ 1 ธ.ค. 2564-มี.ค. 2565, วงรอบที่ 2 เม.ย.-ก.ค. 2565, วงรอบที่ 3 ส.ค.-ต.ค.2565

ส่วนที่ 3 แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การซักประวัติและการประเมินแรกรับ การพยาบาลและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตขณะรับการรักษา การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่องกับเครือข่าย และการบันทึกทางการพยาบาล

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โควิด 19 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

4.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการอบรมให้ความรู้สูงกว่าก่อนการอบรมให้ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ (n=84)

ความรู้	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการอบรม	14.13	1.49	-22.90	< .001*
หลังการอบรม	18.42	0.73		

4.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ถูกต้องหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ (n=84)

การปฏิบัติ	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการอบรม	15.39	1.09	-21.98	< .001
หลังการอบรม	18.80	1.10		

4.3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.45, SD = 0.49)

ส่วนที่ 5 ผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

จากผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรคมีการติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานในวงรอบที่ 1, 2 และ 3 คือ 13, 5 และ 4 คน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5 และผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน พบว่ามีการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผนในวงรอบที่ 1, 2, และ 3 คือ 10, 8 และ 3 ครั้งตามลำดับ แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค (n=84) (อ้างอิงการสอบสวนของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม)

ช่วงเวลา	จำนวนพยาบาลวิชาชีพติดเชื้อโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน	ร้อยละ
ธันวาคม 2564-มีนาคม 2565	13	15.4
เมษายน-กรกฎาคม 2565	5	5.9
สิงหาคม-ตุลาคม 2565	4	4.7

ตารางที่ 6 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

ช่วงเวลา	จำนวนครั้งของการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย แยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน
ธันวาคม 2564-มีนาคม 2565	10
เมษายน-กรกฎาคม 2565	8
สิงหาคม-ตุลาคม 2565	3

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และผลการวิเคราะห์พบประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) แนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ยังไม่ชัดเจน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมร่วม และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 และ 3) การบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมากำหนดประเด็นในการพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารอัตรากำลังพยาบาล คือ การพัฒนาแนวทางการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 การพัฒนาแนวทางการ-พยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลพยาบาลให้มีความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

2. ผลการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล พบว่ากลุ่มการพยาบาล มีแนวทางการบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยแยกโรคตามแนวทางของกองการพยาบาล[7] คือ สัดส่วนพยาบาล : ผู้ป่วย 1 : 4-6 เนื่องจากผู้ป่วยโควิด 19 ที่หอผู้ป่วยแยกโรคส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่มีอาการน้อยถึงอาการรุนแรงปานกลาง และมีผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) อยู่ในเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมของอัตรากำลังพยาบาลกับภาระงานคืออยู่ในช่วง 90-110% และในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2565 มีแนวโน้มผลิตภาพทางการพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อาจเนื่องจากการปรับข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยโควิด 19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[8,9,10] ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล จึงเป็นผู้ป่วยประเภทที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ต้องการชั่วโมงการพยาบาลมากขึ้น ค่าผลิตภาพทางการพยาบาลจึงสูงขึ้นกว่าในช่วงแรก

3. แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การซักประวัติและการประเมินแรกรับ การพยาบาลและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตขณะรับการรักษา การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่องกับเครือข่าย และการบันทึกทางการพยาบาล

4. เปรียบเทียบความรู้และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะการปฏิบัติฯ หลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าเมื่อบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มีทักษะการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น[14,15]

5. ผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อ โควิด 19 จากการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพและอุบัติการณ์ความเสี่ยงการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตโดยไม่ได้วางแผน พบว่าในระยะแรกบุคลากรพยาบาลวิชาชีพมีการติดเชื้อ โควิด 19 จากการปฏิบัติงานในอัตราที่สูง เนื่องจากในระยะนั้นสายพันธุ์โควิด 19 ที่ระบาดคือสายพันธุ์โอไมครอน ซึ่งมีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ถึงแม้ว่าบุคลากรจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ตามแนวทางที่กรมการแพทย์ให้คำแนะนำแล้วก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของสุมลรัตน์ ขนอม และเฉลียว ผจญภัย[16] ที่ศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อ และภาวะปอดอักเสบจากการ ติดเชื้อของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 และกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน มีการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ที่ได้รับวัคซีนตั้งแต่ 3 เข็มขึ้นไป มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด 19 ได้น้อยกว่า และอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยแยกโรควิกฤตมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า[15]และสุณี สุวรรณพสุ และคณะ[17] ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤตทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านองค์กร ได้แนวทางบริหารบุคลากรพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ ในสถานการณ์การระบาด หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นกลุ่มก้อนจำนวนมาก ทั้งทางด้านการบริหารอัตรากำลังที่มีความเหมาะสมและการพัฒนาสมรรถนะ/ทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยของบุคลากรพยาบาล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดความเสี่ยงทางด้านคลินิก และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

3. ด้านการประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน/เครือข่าย มีแนวทางการพยาบาลวิถีใหม่ ในการประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้จริง บุคลากรมีความพึงพอใจ

4. ด้านการพัฒนาวิชาการ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อยอดด้านการพยาบาลผู้ป่วย โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ที่มีความเหมาะสมกับบริบท แต่ละสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวัง COVID-19 ในกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจและผู้ป่วยปอดอักเสบในผู้มารับบริการในสถานพยาบาล (Sentinel surveillance of COVID-19 in ARI & CAP patients) 9 กุมภาพันธ์2564 [อินเตอร์เน็ต].2564 [สืบค้นเมื่อ22 กันยายน 2564]; เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_ari_pneumonia/g_ari_pneumonia_ddc.pdf
2. งานระบาดวิทยา. รายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 ปี 2563-2564. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี 2564.
3. Ginenus, F., et al. Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review. Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol 2021; 13(3):86-93.
4. Shu, Q., Marianne B., Nathalie, A. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2021; 193(16): E540-8.
5. Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press 2003.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Australia 1992.
7. กองการพยาบาล. การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 2564.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2564.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2565.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2565.
11. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 (RTCOG Clinical Practice Guideline Management of Covid-19 Infection in Pregnancy) 2563.
12. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. งานบริการผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2554.
13. CDC. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
14. สาคร เจริญไธสง. ผลของการใช้ระบบModified Early Warning Score(MEWS)ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านผือ.วาสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562; 27(2): 228-39.
15. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. TUH Journal online 2016; 1(1): 1-12.
16. สุมลรัตน์ ขนอม และเฉลียว ผจญภัย. ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อและภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2566; 3(1): 46-57.
17. สุณี สุวรรณพสุ วีรภัทรา ประภาพักตร์ และสุกัญญา พูลทรัพย์. การศึกษาประสิทธิภาพการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตระบบ Search out Severity Score และ National Early Warning Score ต่อภาวการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจหรือการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอยุรกรรม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2564; 33(1): 56-72.

ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ

Effects of Professional Nurse Competency Development in Caring for Patients Using Ventilators while Referring.

(Received: January 25,2025 ; Revised: February 2,2025 ; Accepted: February 3,2025)

วีรยาพร ความเพียร[1] ณีรนุช วงค์เจริญ[2] ภูมินทร์ ดวงสุริยะ[3] นิตยา ทานันท์[4]

Weerayaporn Kwampain [1] Neeranuch Wongcharoen [2] Phumin Dungsuriya [3] Nitaya Thanan [4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดซ้ำก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 ราย มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 ถึง พฤศจิกายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ และแบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความรู้ และทักษะ ก่อนหลังโดยใช้สถิติ paired sample t-test.

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ก่อน และหลังการการพัฒนาสมรรถนะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อหลังการพัฒนาสมรรถนะมีความแตกต่างกับก่อนการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ผลลัพธ์อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระหว่างส่งต่อด้วยการใช้เครื่อง Transfer Ventilator พบว่า มีอาการ SpO2 drop 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.54 พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยและส่งต่อสำเร็จ และได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่มีอุบัติการผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 100

คำสำคัญ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ, การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ, การส่งต่อผู้ป่วย

Abstract

This research aimed to compare knowledge and skills of registered nurses in caring for ventilated patients during transfer before and after competency development. This quasi-experimental research used a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 23 registered nurses selected through purposive sampling at [Hospital Name]. Data were collected from September 2023 to November 2024. Research instruments included a knowledge questionnaire and a skill assessment form for ventilator care during patient transfer. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while comparing knowledge and skills before and after using paired sample t-test.

The findings revealed that: 1) Knowledge after competency development was significantly higher than before at .05 level. 2) Skills in caring for ventilated patients during transfer were significantly improved after competency development at .05 level. 3) Results of clinical symptoms in ventilated

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถานบันพระบรมราชชนก

[4] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง

patients during transfer showed one patient (4.54%) experienced SpO2 drop. The nurse provided appropriate care and completed the transfer successfully with no patient mortality.

Keywords: Development of Professional Nurse Competency, Ventilator Care, Patient Transfer

บทนำ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency room: ER) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นด่านแรกของ โรงพยาบาลในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน ซึ่งต้องการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) ต้องเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบูรณาการ (Integrated Network of ECS) เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (EMS) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล (ER) การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (Referral System) และการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข[1] ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของคำว่า "ผู้ป่วยฉุกเฉิน" หมายถึงบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือ การทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ดังนั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินจึงเป็นภาวะเจ็บป่วย วิกฤต มีความรุนแรงและคุกคามชีวิตของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ได้มาตรฐานและทันเวลา อาจทำให้ เกิดการสูญเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยบางกลุ่มจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก มักขาด ศักยภาพและความพร้อมในการรักษาจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า

การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งเพื่อไปรับการตรวจรักษา ต่อที่สถานพยาบาลอื่นโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่ง[2] ทั้งนี้ในการส่งต่อ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤตนั้น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ที่ไม่ พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายได้ อันเนื่องจากอาการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตสามารถมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเครื่องช่วยหายใจถือว่าเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤติที่มีระบบหายใจล้มเหลวให้ได้รับออกซิเจน และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ เพียงพอต่อร่างกาย ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ และทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลเป็นอย่างดี เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน และช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

โรงพยาบาลงาวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 40 เตียง สถานที่ตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง 86 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง 20 นาที มีแพทย์ทั่วไป 7 คน มีพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการ พยาบาล 55 คน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน 2 คน โรงพยาบาลงาวให้การดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพเบื้องต้น แต่มี ขีดจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง (Specialist) ขาดอุปกรณ์การแพทย์ขั้นสูง และไม่มีหอ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยในรายที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง หรือโรงพยาบาลเกาะคา

เป็นต้น โดยในการส่งต่อจะมีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลระหว่างการเดินทาง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน หรือพยาบาลวิชาชีพ 1 คนและ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน ในขณะการส่งต่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (on endotracheal tube) พยาบาลส่งต่อจะใช้วิธีการบีบ Ambu Bag with Mask เพื่อช่วยหายใจไปจนถึงโรงพยาบาลปลายทางที่ส่งต่อ จากข้อมูลการส่ง ต่อผู้ป่วยของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลงาว พบว่า จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีภาวะวิกฤต ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปางมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ในปี พ.ศ. 2563-2565 มี จำนวน 1021, 1016 และ 1037 ราย ตามลำดับ และในนี้มีผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจมีจำนวน 96, 97 และ 104 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ และผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจมีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้น และพบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ มีอาการทรุดลงระหว่างการนำส่ง จำนวน 4 ราย มีผู้ป่วยวิกฤตที่ ได้รับการส่งต่อได้รับการประเมินในเรื่องของปริมาณออกซิเจนในร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 5 ราย[3] ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจจะมีการช่วยหายใจด้วยการบีบ Ambu Bag with Mask โดย ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ (Transfer Ventilation) ทั้งนี้เครื่องดังกล่าวมีอยู่ที่ห้องฉุกเฉินและบนรถส่งต่อ ผู้ป่วยซึ่งพยาบาลส่งต่อสามารถใช้เครื่องนี้ขณะส่งต่อได้ แต่ที่ผ่านมากลับพบว่าไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่ง ต่อ ทั้งนี้จากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลส่งต่อถึงสาเหตุที่ไม่ใช้เครื่อง ช่วยหายใจ พบว่า พยาบาลส่งต่อขาดความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และไม่เคยผ่านการอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อมาก่อน ทำให้ไม่มีความ มั่นใจในการใช้ จึงเลือกใช้วิธีการบีบ Ambu Bag with Mask แทน

จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ ของกลุ่มงานการ พยาบาล โรงพยาบาลงาว ทั้งหมด จำนวน 22 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้นและแบ่งระดับพยาบาล วิชาชีพตามประสบการณ์การทำงานของ Benner[4] ซึ่งมี 5 ระดับ ประกอบด้วย Level 1 (Novice) อายุงาน 1-2 ปี level 2 (Advanced Beginner) อายุงาน 3-4 ปี level 3 (Competent) อายุงาน 5-7ปี (level 4 (Proficient) อายุงาน 8-10 ปี และ Level 5 อายุงาน 10 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้การพัฒนาบุคลากรเป็นหนึ่งในจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ)[1] พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องมีสมรรถนะที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้านการใช้ เครื่องช่วยหายใจ[5] ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลส่งต่อจึงมีความสำคัญยิ่งซึ่ง ส่งผลต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ได้ มาตราฐาน ในกรณีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหากพยาบาลส่งต่อมีความรู้ มีทักษะที่ดีและสามารถใช้เครื่องช่วย หายใจขณะส่งต่อได้ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงขึ้น สามารถลดความเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานของพยาบาลขณะส่งต่อได้ด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาสมรรนะของพยาบาลวิชาชีพในการ ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ ด้วยการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการ

ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อสร้างความพร้อมให้กับพยาบาลส่งต่อให้มีสมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย ก่อน และหลังพัฒนาสมรรถนะ

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย ก่อน และหลังพัฒนาสมรรถนะ

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างการส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนา สมรรถนะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะ

2. ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างการส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนา สมรรถนะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ศึกษาในช่วงเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค4.0 ใน การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร5 เกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพได้สรุปแนวคิดของสำนักการพยาบาล6 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นผลจากความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่ต้องการให้มี เพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และภาระกิจขององค์กร และแนวความคิดเกี่ยวกับสมรรถนะของ Shermon และ Parry ซึ่งสอดคล้องกับ Spencer and spencer Thamsrisawas, 2016 ว่า “สมรรถนะเกิดจากองค์ประกอบของความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ของปัจเจกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ของการทำงานของบุคคลนั้นๆเป็นบทบาทหรือความรับผิดชอบ ซึ่งสัมพันธ์กับผลงานและสามารถวัดค่าเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานและสามารถพัฒนาได้โดยการฝึกอบรมและเป็นคุณสมบัติที่บุคคลจำเป็นต้องมี เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ”6

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง จำนวน 55 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด 2) ผ่านการอบรม Advance CPR 3) ผ่านการปฏิบัติงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลงาว ได้แก่ ตึกผู้ป่วยใน ตึกผู้ป่วยนอก ห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉิน มาได้ไม่น้อยกว่า 3 เดือน 4) อายุต่ำกว่า 50 ปี 5) ไม่ได้อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ และเจ็บป่วย ดังนั้น จึงมีพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย

1) ภาคทฤษฎี เป็นการให้มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และความรู้ ในการใช้และบำรุงเครื่องช่วยหายใจ โดย

แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ และตัวแทนจำหน่ายเครื่องช่วยหายใจ

2) ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติการเตรียมเครื่องช่วยหายใจให้พร้อมใช้งาน ประกอบด้วยการต่อสายวงจรและการCalibration เครื่อง และการ setting ใน Mode ต่างๆ รวมทั้งการดูแลเครื่องระหว่างการส่งต่อ โดย แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ และตัวแทนจำหน่ายเครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 วีดีโอส่วนประกอบต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจ วิธีการต่อชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจ การ Calibration และสาธิตวิธีการต่อสาย Circuit เข้ากับตัวเครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 4 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการเป็น
พยาบาลส่งต่อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็น แบบทดสอบแบบมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ แล้วให้เลือกข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ (1) การ พยาบาลให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (2) การพยาบาลให้ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่ง ปราศจากเสมหะอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจ (3) การพยาบาลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีจังหวะการหายใจสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ และ (4) การพยาบาลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ แบบ ประเมินเป็นปฏิบัติถูกต้องและปฏิบัติไม่ถูกต้องแล้วให้ผู้ประเมินเลือกเพียงข้อเดียว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลปริญญาโท เพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำ ด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาภาษา จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมและชัดเจนของเนื้อหาและภาษามากขึ้น นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.70 – 1.00 จากนั้นจะนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ[7] การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ปรับแก้ไขข้อคำถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปหาความเที่ยง แบบบันทึกการ วิจัยโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจากโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง จำนวน 10 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.71.[7]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

2. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ เพื่อเชิญพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรมเชิง ปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ประเมินความรู้ก่อนการอบรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย หายใจระหว่างส่งต่อ โดยแพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

4. การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล
วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างส่งต่อ โดยแพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลที่ ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ใช้เวลาอบรม 1 วัน โดยใช้สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่

4.1 Power point ประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และความรู้ในการใช้และบำรุงเครื่องช่วยหายใจ

4.2 วีดีโอส่วนประกอบต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจ วิธีการต่อชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจ การ Calibration และสาธิตวิธีการต่อสาย Circuit เข้ากับตัวเครื่องช่วยหายใจ

4.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

5. ประเมินความรู้หลังการอบรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินและพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

6. จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องดูแล ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อร่วมกัน

7. ประชุมชี้แจ้งการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อพยาบาลวิชาชีพและ
เจ้าหน้าที่เวชกิจที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ

8. ประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ จากแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อ ผู้ป่วยขณะส่งต่อก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Pair t-test ในการเปรียบเทียบข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนการวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการรับรอง จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง อนุมัติเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2567 รหัสโครงการ E2566-129

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.70 มีอายุระหว่าง24 ถึง 48 ปี (อายุเฉลี่ย 34.56 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 8.16) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 52.20 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 47.80 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ปฏิบัติงานอยู่แผนกห้องฉุกเฉินมากที่สุด ร้อยละ 52.20 รองลงมาปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 21.70 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานเป็นพยาบาลตั้งแต่ 2 ถึง 27 ปี (เฉลี่ย 11.30 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 8.14) และปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ถึง 25 ปี (เฉลี่ย 8.43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 7.52)

2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างการส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ

หลังการพัฒนาสมรรถนะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ก่อนการพัฒนาสมรรถนะมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.21 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.97 และความรู้หลังการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 9.08 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59 เมื่อนำคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วยมาเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า p-value เท่ากับ .002 ($p < .05$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (ตารางที่ 1)

3. ผลการเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ย 19.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.72 ทักษะหลังมีค่าเฉลี่ย 24.95ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18 p-value .000 ดังนั้น ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อหลังการพัฒนาสมรรถนะมีความแตกต่างกับก่อนการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะ (n=23)

การเปรียบเทียบ	ก่อน		หลัง		t	df	*p*-value
	M	SD	M	SD			
1. ความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย	7.21	1.97	9.08	1.59	-3.59	22	.002
2. ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย	19.04	2.72	24.95	2.18	-8.25	22	.000

*p-value < .05

4. ผลลัพธ์อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระหว่างส่งต่อด้วยการใช้เครื่อง Transfer Ventilator พบว่า ผู้ป่วยที่ส่งต่อด้วยเครื่อง ventilator จำนวน 22 ราย มีคนไข้อาการ SpO_2 drop พยาบาลตรวจสอบพบสาย Flow Sensor แตก เลยโทรแจ้งแพทย์เวรเจ้าหน้าที่พยาบาล แล้วปลดเครื่อง ventilator และเปลี่ยนมาใช้วิธีบีบ Ambu ไปจนถึงโรงพยาบาลลำปาง คิดเป็นร้อยละ 4.54 และผู้ป่วยทุกรายได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสมตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างการส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนาสมรรถนะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.21 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.97 และความรู้หลังการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 9.08 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59 เมื่อนำคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วย มาเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า *p*-value เท่ากับ .002 ($p < .05$) (ตารางที่ 1) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้ ความสามารถจากการปฏิบัติงานทางการพยาบาลมาแล้ว รวมถึงพยาบาลทุกคนเคยปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมาแล้ว ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลตั้งแต่ 2 ถึง 27 ปี (เฉลี่ย 11.30 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 8.14) และ

ปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ถึง 25 ปี (เฉลี่ย 8.43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน 7.52) จึงมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างการส่งต่อ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของริญนันท์ อุดมประภาทรัพย์ และวรัญรดา เชื้อตายา (2567) ที่พบว่า ความรู้หลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมด้วยปริมาตร ที่นอนรักษานอกหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี[8] ซึ่งยังสอดคล้องกับลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง (2564) ที่ศึกษาเรื่องผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0 ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนาสมรรถนะพบสูงกว่าก่อนพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[5] รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของเอื้องฟ้า สุขกุล, สุบงกช ศรีวันทา และไลทอง ภัทรปรียากูล (2563) ทำวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.001[9] และยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องชวยหายใจ โรงพยาบาลนครปฐมของสุปรีดา มหาสุข และนงนุช เชาวนศิลป์ (2564) พบว่า พยาบาลที่ไดรับการพัฒนาสมรรถนะด้วยกิจกรรมทบทวนแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรูสูงกว่าก่อนการไดรับพัฒนาสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)[10] จะเห็นได้ว่าหลายงานวิจัยที่ผ่านมาเมื่อนำคะแนนความรู้มาเปรียบเทียบก่อนหลัง คะแนนของพยาบาลก็เพิ่มขึ้นทุกงานวิจัย พยาบาลมีความรู้ความสามารถพร้อมที่จะปฏิบัติงานช่วยผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภัยอันตรายโดยแท้จริง

จากสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างการส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนาสมรรถนะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะ ผลการวิจัยพบว่า ทักษะก่อนก่อนการพัฒนาสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ย 19.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.72 และทักษะหลังการพัฒนาสมรรถนะมีค่าเฉลี่ย 24.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18 เมื่อนำข้อมูลก่อนหลังมาเปรียบเทียบกัน พบว่า p-value .000 คือ หลังการพัฒนาสมรรถนะมีการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจากว่าพยาบาลทุกคนมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงทำให้พยาบาลทุกคนมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นอย่างดี ส่งต่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัยทุกราย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง (2564) พบว่า ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังพัฒนาสมรรถนะพบสูงกว่าก่อนพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[5] ซึ่งยังสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ของจักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์, มยุนา ศรีสุภนันต์, สุรีย์ จันทรโมรี และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2562) พบว่า การส่งต่อมีการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน และเหมาะสมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.5 เป็นร้อยละ 98.50 มีทีมพยาบาลผ่านการฝึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต[11] ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของแสงทิพย์ ลีลากานต์ (2560) ทำการวิจัยเรื่องการดูแล และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง พบว่า ร้อยละของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่มีการปฏิบัติที่เหมาะสม ระหว่างการส่งต่อโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงตามแนวคิด

การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง ในเรื่อง 1) การดูแลท่อช่วยหายใจ 2) การดูดเสมหะและสิ่งคัดหลั่ง 3) การใส่อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ และ 4) การสวมอุปกรณ์ดามคอ พบ การปฏิบัติที่เหมาะสมร้อยละ 95.45 ร้อยละ 100 ร้อยละ 86.35 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ[12] จะเห็นได้ว่าพยาบาลที่ทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางต้องมีทั้งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายในระหว่างเดินทางจากโรงพยาบาลต้นทางไปโรงพยาบาลปลายทาง ดังนั้นพยาบาลต้องมีความเข้าใจในกระบวนการดูแล และขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นอย่างดีด้วยเช่นกัน

ซึ่งจากงานวิจัยครั้งนี้ พบ ผลลัพธ์อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระหว่างส่งต่อด้วยการใช้เครื่อง Transfer Ventilator พบว่า ผู้ป่วยที่ส่งต่อด้วยเครื่อง ventilator จำนวน 22 ราย มีคนไข้อาการทรุดลง 1 ราย คือ SpO_2 ลดลง แล้วพยาบาลที่ส่งต่อทำการตรวจสอบพบว่าสาย Flow Sensor แตก ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนโดยโทรแจ้งแพทย์เวร และเจ้าหน้าที่พยาบาล แล้วปลดเครื่อง ventilator และเปลี่ยนมาใช้วิธีบีบ Ambu bag ไปจนถึงโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการพยาบาลที่มีความถูกต้อง เหมาะสมตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับวิจัยของจักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์ มยุนา ศรีสุภนันต์ สุรีย์ จันทรโมรี และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2562) พบว่า ทีมพยาบาลผ่านการฝึกการดูแลผู้ป่วยส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต[11] จะเห็นว่าถ้าพยาบาลได้รับการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นและปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะทำให้การส่งต่อผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสม และไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการส่งต่อไปโรงพยาบาลปลายทาง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้อย่างต่อเนื่อง ด้วยกลยุทธหลากหลายวิธี

2. ด้านวิชาการและการวิจัย ควรทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และพัฒนาเป็นมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Clinical nursing practice guideline) ต่ อ ไ ป

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์. คู่มือแนวทางการจัดห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล. [อินเตอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 66]. เข้าถึงจาก: http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/TEAF256211050831184234.pdf
2.สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 66]. เข้าถึงจาก: http://www.msdbangkok.go.th/dowload%20file/manual/3.pdf
3.โรงพยาบาลงาว. สรุปผลประจำปี 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.ngaohospital.go.th/index.php/2023-06-29-12-13-16/item/2023-12-26
4.Benner, P. Form novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley. [Internet]. 1984. [Search 2025 Jan 03] received from: https://www.researchgate.net/publication/232117087_From_Novice_To_Expert_Excellence_and_Power_in_Clinical_Nursing_Practice
5.ลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง. ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0 ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วย หายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2564;4(2):54-64.

6.จีราภร ธรรมศรีสวัสดิ์, สมพันธ์ หิญชีระนันทน์ และสุคนธ์ ไข่แก้ว. สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. [อินเตอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 67];22(3):366-376. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/241063/164021

7.Burns, N., & Grove, S. K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis, MO: Saunders Elsevier. 2009.

8.ริญนันท์ อุดมประภาทรัพย์ และวรัญรดา เชื้อตายา. ผลการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมด้วยปริมาตร ที่นอนรักษานอกหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 28 ธ.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://shorturl.asia/5YI63

9.เอื้องฟ้า สุขกุล, สุบงกช ศรีวันทา และไลทอง ภัทรปรียากูล. ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วารสารกองการพยาบาล. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 67];47(3):122-141. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/249943

10.สุปรีดา มหาสุข และนงนุช เชาวนศิลป์. ผลของการพฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดแลผูปวยที่ใชเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลนครปฐม. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 67]:1203-1210. เข้าถึงจาก: https://publication.npru.ac.th/bitstream/123456789/1402/1/npru_147.pdf

11.จักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์, มยุนา ศรีสุภนันต์, สุรีย์ จันทรโมรี และประภาเพ็ญ สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 67];37(1):88-97. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/181775

12.แสงทิพย์ ลีลากานต์. การดูแล และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง. [อินเตอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12523/1/425746.pdf

ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส

Effectiveness of patient care system development on the incidence of unplanned extubation in adult patients in the adult intensive care unit, Wanornnivas Hospital.

(Received: February 3,2025 ; Revised: February 9,2025 ; Accepted: February 10,2025)

นาถอนงค์ สุโพ[1]
Natanong Supo[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation: UE) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีการใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 24 คน โดยใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยงผ่านคะแนน MASS (Motor Activity Assessment Scale) และกระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประเมินความเจ็บปวดและการผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยสถิติ paired t-test, Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด การศึกษาสภาพปัญหาพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน MASS สูง (5.0 ขึ้นไป) มีความเสี่ยงต่อการเกิด UE มากที่สุด และพบการเกิด UE ร้อยละ 25 ในผู้ป่วยที่มีคะแนน MASS สูง (5.0 ขึ้นไป) ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน MASS ต่ำ (2.0-4.0) ไม่มีเหตุการณ์ UE ด้านผลลัพธ์การดูแลพบว่า ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยลดลง 1.2 วันในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด
คำสำคัญ: การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน, คะแนน MASS, การป้องกัน, หอผู้ป่วยหนัก

Abstract

This study was an action research to develop and evaluate the effectiveness of a patient care system on the incidence of unplanned extubation (UE) in adult patients in the adult intensive care unit (ICU) at Wanornnivas Hospital. The population in this study was 24 adult patients with endotracheal intubation in the adult intensive care unit (ICU) at Wanornnivas Hospital. The risk assessment approach was based on the Motor Activity Assessment Scale (MASS) score and the PDCA (Plan-Do-Check-Act) process. The developed approach included risk assessment of unplanned extubation, effective communication, weaning from the ventilator, pain assessment, and appropriate restraint. The study was conducted between October 2024 and December 2024. The results were analyzed using paired t-test and independent t-test.

The results of the study found that nursing staff had the highest opinion on the feasibility of implementing the guidelines. The study of the problem found that patients with high MASS scores (5.0 and above) were at the highest risk of UE, and UE occurred at 25% in patients with high MASS scores (5.0 and above), while patients with low MASS scores (2.0-4.0) had no UE events. In terms of care outcomes, the average duration of intubation after development was reduced by 1.2 days in all patients.
Keywords: Unplanned extubation, MASS score, Prevention, ICU

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

บทนำ

การถอดท่อช่วยหายใจหลุดโดยไม่ได้วางแผน(Unplanned Extubation : อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE)) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญที่รับผู้ป่วยภาวะวิกฤติทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกายต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อทางเดินหายใจเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้การถอดท่อช่วยหายใจออกถือเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้จะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ แม้ว่าจะหายใจเองได้แล้วก็ตามทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนในปอด (ventilator associated pneumonia) ยืดระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติออกไป รวมทั้งยังมีอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ 5-10 เท่า อุบัติการณ์การการถอดท่อช่วยหายใจล้มเหลว (extubation failure) พบได้ร้อยละ 2-25 ของการถอดท่อช่วยหายใจทั้งหมดซึ่งขึ้นอยู่กับสถานที่และลักษณะของผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นหนึ่งใน Patient Safety Goals ในทางปฏิบัติยังคงมีการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned extubation) เกิดขึ้นทั้งจากการที่ผู้ป่วยดึงออกเอง (Self extubation) และเกิดจากการเลื่อนหลุดโดยไม่ตั้งใจจากตัวผู้ป่วยเองหรือจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล (Accidental extubation) เมื่อเกิดการหลุดของท่อช่วยหายใจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ส่งผลให้ร่างกายและสมองขาดออกซิเจน หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอด สะท้อนถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน[1]

จากการศึกษาแบบไปข้างหน้าในหอผู้ป่วยวิกฤติจำนวน 16 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อถอดท่อช่วยหายใจออกได้ใน 24 ชั่วโมงแรก เช่น อายุน้อยกว่า 24 เดือนที่มีโรคทางพันธุกรรมเป็นกลุ่มภาวะต่าง ๆ หรือมีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง โรคทางระบบประสาทเรื้อรังและเคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหลายครั้ง พบว่าร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจ ได้สำเร็จมีปัญหาการอุดตันของระบบหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) หลังจากถอดท่อช่วยหายใจ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation) เป็นการถอดท่อช่วยหายใจออกก่อนกำหนด จากการที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ หรือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในขณะที่มีการให้การพยาบาล เช่น การพลิกตะแคงตัว การอาบน้ำบนเตียง เป็นต้น จากการศึกษาในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติมากถึง ร้อยละ 2.6 - 22.5 และการศึกษาในประเทศไทย พบว่าในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจมากถึงร้อยละ 31 มีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากทั้งหมด จำนวน 60 คน โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากทั้งหมด ซึ่งถือว่ามีอุบัติการณ์การเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจำนวนมาก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจตามมา จากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทางปากโดยไม่ได้วางแผน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอดเนื่องมาจากการสูดสำลักสิ่งคัดหลั่ง ผู้ป่วยอาจได้รับการบาดเจ็บของหลอดลมคอ หรือเนื้อเยื่อบริเวณที่มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทางปากในขณะที่ยังมีการยึดตรึงด้วยลูกโป่ง (cuff) อาจส่งผลให้กล่องเสียงและเส้นเสียงบวม (Post-extubation laryngeal edema) ส่งผลให้การใส่ท่อช่วยหายใจครั้งใหม่ยากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่นานขึ้น หรือต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

จนทำให้ระบบหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตตามมาได้ นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำยังทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ยากและทำให้เกิดปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นถึง 1.8 เท่า เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ความไม่สุขสบาย/กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัว สภาพจิตใจ/ความคับข้องใจ ผู้ป่วยมีน้ำลายในปากมาก พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยด้านบุคลากร เช่น ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแล สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย เป็นต้น และปัจจัยด้านการให้การพยาบาล เช่น การประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การผูกยึดผู้ป่วยและประสิทธิภาพของการยึดตรึงของท่อช่วยหายใจ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 93.2 การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เกิดจากการที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองและร้อยละ 6.4 เกิดจากอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ซึ่งอาจรวมไปถึงการยึดตรึงท่อช่วยหายที่ไม่เหมาะสมจนทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ง่าย อุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อหลุดส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย เช่น หลอดลมคอได้รับบาดเจ็บต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเกิดเสียชีวิตได้จากการขาดออกซิเจนอย่างฉับพลันหรือมีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ[2]

จากสถิติของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลวานรนิวาส ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยหนักจำนวน 948 ราย และจำนวน 1,048 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 818 ราย (86.29%) และ 923 ราย (88.07%) ตามลำดับ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคือการถอดท่อช่วยหายโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation: อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE)) และ ร้อยละ74.20 เกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ ผลกระทบคือผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น การติดเชื้อเพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลสูงขึ้น สถิติอัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) ปี 2564 ถึง 2566 พบเท่ากับ16.44,15.42 และ 12.29 ต่อ 1000 วันอุปกรณ์ และจำนวน 65 ราย พบว่าสาเหตุการดึงท่อคือ รำคาญสับสน ต้องการสื่อสาร เจ็บคอและหิวน้ำ หอผู้ป่วยหนักได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายโดยไม่ได้วางแผน ในปี 2566 ซึ่งพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยไม่สงบและพยายามดึงท่อช่วยหายใจ ยังไม่มีการจัดการความปวด ไม่มีแบบแผนการใช้ยา sedative เพื่อลดอาการ agitation และช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE)[3] ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนัก/ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลดลง การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ดึงท่อ/ท่อช่วยหายใจหลุดในครั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงจำนวนอัตราการเกิดและรายละเอียดเกี่ยวกับสถานการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุด สาเหตุปัจจัยส่งเสริมเพื่อนำมาใช้ในการหาแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุดที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลวานรนิวาส ให้หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นไปในแนวเดียวกันจึงเห็นว่า

การศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาสจะทำให้สามารถลดปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ทำการศึกษาโดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ร่วมกับการทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นข้อมูลประกอบการยกร่างและการพัฒนาฯ ตามวงจรเดมมิ่ง (Deming Cycle) PDCA ประกอบด้วย การวางแผน (P) การนำไปปฏิบัติ (D) การตรวจสอบ (C) และการแก้ไขปรับปรุง (A) ทำหมุนซ้ำไปเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการปรับปรุงงานและทำให้ผลลัพธ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงเท่ากับการสร้างคุณภาพที่น่าเชื่อถือมากขึ้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. P การวางแผน ขั้นตอนการวางแผน (Plan) วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ด้วยกระบวนการ PDCA

ขั้นที่ 1 เลือกหัวข้อที่จะคิด

ขั้นที่ 2 เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 3 ระบุสาเหตุต้นตอ

2. A ขั้นตอนการปฏิบัติ ปฏิบัติและดำเนินการตามกระบวนการ PDCA ที่กำหนดไว้

ขั้นที่ 4 กำหนดแนวทางปรับปรุง

3. O การสังเกต ขั้นตอนการตรวจสอบด้วยกระบวนการ PDCA ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการ พยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่

ขั้นที่ 5 วัดผลการปฏิบัติแนวทางการพยาบาลในพยาบาล

4. R การสะท้อนผลและปรับปรุง ขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง ด้วยกระบวนการ PDCA จนได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่

ขั้นที่ 6 จัดทำมาตรฐานแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่

ขั้นที่ 7 บันทึกผลการปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ แพทย์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ทั้งหมด 24 คน แบบเฉพาะเจาะจงตามแฟ้มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลวานรนิวาส, 2567)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงทั้งหมด แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาล

หัวหน้าทีมผู้ป่วย 1 คน และผู้วิจัย 1 คน และยินดีเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 2 พยาบาลผู้ใช้รูปแบบ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอายุงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 13 คน ยินดีเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่โดยการสุ่มแบบเจาะจงทั้งหมด 24 คนโดยเข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม – 30 พฤศจิกายน 2567 ตามแฟ้มประวัติการรักษาในหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส

เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวานรนิวาส 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหายใจล้มเหลว แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ทีมสหสาขาที่พัฒนารูปแบบ และกลุ่มที่ 2 พยาบาลผู้ใช้รูปแบบปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วย การประเมิน Cuff Leak Volume Test โดยใช้รหัสชุดแบบสอบถามแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 3 แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อการถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของ เยาวภา จันทร์มา, สุพรรณ วงค์ตัน, วรรณา สุธรรมา และอำพร กอรี[4] มีเกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือเบื้องต้น จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย 2 ท่าน และได้แก้ไขปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหา ได้ค่าตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาตรงตามนิยาม (IOC) ไม่น้อยกว่า 0.7 นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยแบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วมใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือไม่น้อยกว่า 0.7 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับพอใช้ หมายถึงแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกันการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วยการใช้การสัมภาษณ์ แบบการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัย

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

2) ผู้วิจัยเตรียมรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ วัสดุอุปกรณ์ และแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปได้ด้วยความเข้าใจ เต็มใจและเข้าพบช่วงเวลาที่เหมาะสมแบบไม่เป็นทางการในระยะก่อนดำเนินการ ดำเนินการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เสนอประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติใช้สถิติทดสอบ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา

3. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทดสอบการกระจายของข้อมูลจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยสถิติ paired t-test, Independent t-test และ exact probability test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKH REC 049/2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจออกก่อนโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยหนัก จากผลการศึกษาการป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation: UE) การใช้แนวทาง PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่าแนวทาง PDCA ช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นระบบและปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง การนำหลักการนี้มาใช้ช่วยลดอัตราการเกิด UE เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและเสริมสร้างศักยภาพของทีมบุคลากรทางการแพทย์ การลดปัญหา UE ไม่เพียงช่วยลดภาวะแทรกซ้อน แต่ยังเพิ่มความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวในระบบการดูแลสุขภาพอีกด้วย ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงความสำคัญของการวางแผนที่ดี การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และการประเมินผลเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีแนวทางการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ผลแนวทางปฏิบัติการป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจออกก่อนโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยหนัก และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย อายุงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 13 คน เพศหญิง ร้อยละ 100 และ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100

ผู้ป่วยเพศชายคิดเป็น 70.8% ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน เช่น โรคระบบทางเดินหายใจและหัวใจวาย ผู้ป่วยเพศหญิงคิดเป็น 29.2% ของ

ผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วม เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 18-40 ปี คิดเป็น 25.0% ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บเฉียบพลันที่ต้องการการดูแลเร่งด่วน กลุ่มอายุ 41-60 ปี คิดเป็น 41.7% ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบปัญหาการถอดท่อไม่ได้วางแผนบ่อยที่สุด เนื่องจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น 33.3% ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพหลายอย่างร่วมกัน และมีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจที่นานกว่า

2.2 การวิเคราะห์อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้ (Unplanned Extubation - UE)

2.2.1 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

เจ้าหน้าที่พยาบาลทั้ง 13 คนแสดงความเห็นในระดับสูงเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติต่าง ๆ ไปใช้ โดยพบว่า

- กิจกรรมที่มีความง่ายและนำไปใช้ได้มากที่สุด ได้แก่ "การประเมินความเสี่ยง UE" และ "การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน UE" โดยไม่มีพยาบาลรายใดรายงานว่าเป็นเรื่องยากหรือไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้

- กิจกรรมที่ 2 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้รับความเห็นว่านำไปใช้ได้ในระดับสูง (92.3%) และมองว่าง่าย (92.3%)

- ในขณะที่ กิจกรรมที่ 3 การหย่าเครื่องช่วยหายใจและกิจกรรมที่ 5 การผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม มีสัดส่วนผู้เห็นว่ายากและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับที่สูงกว่า (23.1% และ 15.4% ตามลำดับ)

- โดยรวมความคิดเห็นสะท้อนถึงความเป็นไปได้และความง่ายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในบริบทของงานพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก

2.2.2 ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยลดลงจาก 6.4 วัน เป็น 5.2 วัน ซึ่งลดลง 1.2 วัน การลดลงนี้มีความสำคัญในด้านการลดความไม่สบายตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจนำไปสู่การเกิดอัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) นอกจากนี้การลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจยังสะท้อนถึงความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดการความสงบ การปรับแผนการดูแลและการเฝ้าระวังที่ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (วัน)	คำอธิบายผลกระทบ
ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนการพัฒนา	6.4	ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายตัว ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE)
ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจหลังการพัฒนา	5.2	การลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจสะท้อนถึงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น
การลดลงของระยะเวลา	1.2	การลดลงนี้ช่วยลดความไม่สบายตัวของผู้ป่วยและความเสี่ยงของการเกิด อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE)

2.3 ผลการวิเคราะห์เชิงปฏิบัติ

2.3.1 การผูกยึด ก่อนการพัฒนา พบว่าการผูกยึดผู้ป่วยในบางกรณีไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง เช่น การใช้วัสดุที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือการผูกยึดที่ไม่แน่นหนาพอ การตรวจสอบความแน่นหนาและตำแหน่งการผูกยึดไม่ได้ทำเป็นประจำ หลังการ

พัฒนา พบว่า ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น สายผูกยึดที่มีคุณภาพ และเพิ่มความถี่ในการตรวจสอบการยึดตรึง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงท่อช่วยหายใจออกได้เอง

2.3.2 การประเมินความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาการประเมินประเมินระดับการเคลื่อนไหวและความสงบของผู้ป่วย (MASS) หรือการใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของ อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) ยังไม่เป็นระบบขาดการระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีความกระสับกระส่ายหรือมีระดับการเคลื่อนไหวมากเกินไป หลังการพัฒนา การประเมิน ประเมินระดับการเคลื่อนไหวและความสงบของผู้ป่วย (MASS) ถูกใช้เป็นเครื่องมือหลัก โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงกว่า 4 ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การปรับระดับยากล่อมประสาทหรือเพิ่มการเฝ้าระวัง บุคลากรมีการบันทึกความเสี่ยงและดำเนินการตามแผนป้องกันที่กำหนด

2.3.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม ก่อนการพัฒนา สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก เช่น เสียงดังและแสงสว่างที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อความสงบของผู้ป่วย หลังการพัฒนา ลดเสียงรบกวนในห้องผู้ป่วย ใช้แสงที่เหมาะสมในช่วงกลางคืน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สงบและลดความกระสับกระส่ายของผู้ป่วย

2.4 การวิเคราะห์ผลกระทบของการฝึกอบรมบุคลากร

2.4.1 ความรู้และความเข้าใจของบุคลากร ก่อนการพัฒนา พบว่า บุคลากรขาดความมั่นใจในการป้องกันการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) เช่น การผูกยึด หรือการจัดการความกระสับกระส่ายของผู้ป่วย หลังการพัฒนา การจัดอบรมช่วยให้บุคลากรเข้าใจถึงวิธีการประเมินความเสี่ยงด้วย ประเมินระดับการเคลื่อนไหวและความสงบของผู้ป่วย (MASS) การผูกยึดที่ถูกต้องและเหมาะสม การจัดการสิ่งแวดล้อมและการสื่อสารกับผู้ป่วย ความมั่นใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น และการปฏิบัติงานสอดคล้องกับแนวทางที่พัฒนา

2.4.2 การมีส่วนร่วมของบุคลากร 1) บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักรายงานว่าแนวทางใหม่ช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย 2) การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดช่วยให้การดูแลเป็นระบบและลดข้อผิดพลาดในการทำงาน

2.5 ผลการวิเคราะห์อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) ตามคะแนนประเมินระดับการเคลื่อนไหวและความสงบของผู้ป่วย (MASS) จากการวิเคราะห์กลุ่มที่มีคะแนนผู้ป่วยที่มีคะแนน MASS 5.0 มีอัตราการเกิด UE สูงสุด (25.0%) โดยพบจำนวนเหตุการณ์ UE ทั้งหมด 1 ครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วย 5 คน โดยผู้ป่วยที่เหลือ 4 คนในกลุ่มนี้มีการถอดท่อช่วยหายใจโดยวางแผน ผู้ป่วยที่มีคะแนน MASS 2.0, 3.0, 4.0 และ 6.0 ไม่มีอัตราการเกิด UE (0.0%) โดยในกลุ่มเหล่านี้ การถอดท่อช่วยหายใจทั้งหมดเป็นไปตามแผน คะแนน MASS สูง (5.0 ขึ้นไป) เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิด UE ซึ่งจำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินระดับ MASS ในการเฝ้าระวังและวางแผนการถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีคะแนน MASS สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดเหตุการณ์ UE มากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงกระบวนการดูแลและการสื่อสารระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันที่ชัดเจนและการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดอุบัติการณ์ UE และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.6 ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจออกก่อนโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยหนัก การลดอัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) พบว่า อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการพัฒนาแนวทางการจัดการที่ปรับปรุง และคะแนนประเมินระดับการเคลื่อนไหวและความสงบของผู้ป่วย (MASS) เฉลี่ยลดลงแสดงถึงการควบคุมความสงบที่ดีขึ้นของผู้ป่วย การจัดการ

ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินระดับการเคลื่อนไหวและความสงบของผู้ป่วย (MASS) สูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน ประเมินระดับการเคลื่อนไหวและความสงบของผู้ป่วย (MASS) >4 ได้รับการจัดการเฉพาะเช่น การปรับยากล่อมประสาทหรือเพิ่มการเฝ้าระวัง ผลลัพธ์คือการลดการเกิด อัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (UE) และเพิ่มคุณภาพการดูแล

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงถึงความสำเร็จของการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงจากการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ซึ่งผลลัพธ์มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน จากการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาหลักของการเกิด Unplanned Extubation (UE) ในหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่มีปัจจัยสำคัญดังนี้ ผู้ป่วยที่มีคะแนน MASS สูง (5.0 ขึ้นไป) มีความเสี่ยงต่อการเกิด UE มากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวและความไม่สงบ การขาดการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดการอุปกรณ์ทางเดินหายใจที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิด UE ในกลุ่มที่มีคะแนน MASS ต่ำ (2.0-4.0) พบว่าการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพช่วยลดอุบัติการณ์ UE ได้อย่างสมบูรณ์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจารุวรรณและคณะ[5] ที่พบว่าการประเมินความเสี่ยงโดยใช้คะแนน MASS มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์ UE และงานวิจัยของสุพัตราและคณะ[6] ที่เน้นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน แนวทางการป้องกัน UE ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโดยใช้คะแนน MASS เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการเฝ้าระวัง การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยและอุปกรณ์อย่างถูกต้อง การเพิ่มความถี่ในการตรวจสอบอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีคะแนน MASS สูง การสื่อสารในทีมเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลและลดความเสี่ยงจากการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ผลลัพธ์สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยลดอุบัติการณ์ UE ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของสุพัตราและคณะ[6] ที่พบว่าการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและการอบรมเจ้าหน้าที่มีผลในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติแสดงให้เห็นว่า ก่อนการพัฒนาแนวทาง อัตราการเกิด UE อยู่ที่ 20.0% ในกลุ่มที่มีคะแนน MASS สูง (6.0) หลังการพัฒนาแนวทางไม่พบอัตราการเกิด UE ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด ผลลัพธ์นี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเข้มงวด การปรับปรุงการสื่อสารในทีมและการจัดการอุปกรณ์ทางเดินหายใจอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวราภรณ์และคณะ[7] ที่พบว่าแนวปฏิบัติที่เน้นการประเมินความเสี่ยงและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องช่วยลด UE ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวทางการดูแล ควรกำหนดโปรโตคอลการดูแลที่ชัดเจน โดยมีการใช้คะแนน MASS เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินความเสี่ยงและจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในแต่ละระดับ การปรับยากล่อมประสาท และการจัดการสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก การทำให้โปรโตคอลนี้เป็นมาตรฐานโรงพยาบาลจะช่วยให้บุคลากรมีแนว

ทางการดูแลที่ชัดเจนและลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

2. การจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดอบรมเกี่ยวกับการใช้คะแนน MASS การปรับยากล่อมประสาท และการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกัน UE ควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร การฝึกอบรมนี้ควรครอบคลุมทั้งบุคลากรใหม่และบุคลากรที่มีประสบการณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจในความสามารถของทีมดูแลในการเฝ้าระวังและจัดการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

3. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักมีบทบาทสำคัญต่อการลดความกระสับกระส่ายของผู้ป่วย ควรเน้นการลดเสียงรบกวน การปรับแสงที่เหมาะสมในช่วงกลางคืน และการลดจำนวนคนในห้องผู้ป่วยเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดึงท่อช่วยหายใจ

4. การให้ข้อมูลและความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์ UE ควรให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทของท่อช่วยหายใจ ความสำคัญของการลด UE และวิธีการช่วยสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย ครอบครัวที่เข้าใจในกระบวนการดูแลสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามอัตราการเกิด UE อย่างต่อเนื่องและเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรโตคอล การประเมินผลลัพธ์เชิงตัวเลข เช่น คะแนน MASS ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้ทราบถึงข้อจำกัดของแนวทางการดูแลในปัจจุบันและปรับปรุงในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ธารทิพย์ วิเศษธาร, กัญจนา ปุกคำ, และสมจิตร์ ยอดระบำ.(2562). การพัฒนารูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.30(2):176-192.
2. ศิริพร วงศ์จันทรมณี.(2563) ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 7(1):1-15.
3. โรงพยาบาลวานรนิวาส. (2567) รายงานเวชระเบียน หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลวานรนิวาส โรงพยาบาลวานรนิวาส, 2566
4. เยาวภา จันทร์มา, และคณะ.(2564). แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 29(3):21-35. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/249943
5. จารุวรรณ และคณะ.(2562). การประเมินความเสี่ยงโดยใช้คะแนน MASS เพื่อป้องกัน Unplanned Extubation (UE). วารสารวิจัยการพยาบาล. 16(2):45-58.
6. สุพัตรา และคณะ.(2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน Unplanned Extubation ในหอผู้ป่วยหนัก. วารสารการพยาบาลวิกฤต. 8(3):123-134.
7. วราภรณ์ และคณะ.(2563). ผลของการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการลดอัตราการเกิด Unplanned Extubation ในหอผู้ป่วยหนัก. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 22(1):78-85.

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of health behavior modification program in type 2 diabetes risk group of personnel at Khon Kaen Hospital.

(Received: February 3,2025 ; Revised: February 9,2025 ; Accepted: February 10,2025)

สงกรานต์ กลั่นด้วง[1] เพ็ญนภา ศรวิเศษ[1] ศศิกร ไชยประทุม[2] พิมพร รุจิรกุล[3]
Songkran Klunduang[1] Phennapa Sornwiset[1], Sasikorn Chaipratum[2] Pimporn Ruchirakul[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น และนำผลการพัฒนารูปแบบไปใช้ในการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการวิจัยครอบคลุม 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจและการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหาโดยการยกร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดของการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 50 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่เป็นรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย วิเคราะห์ด้วยสถิติPaired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลการและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<.05 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<.05 ระยะที่ 4 การขยายผลการวิจัยโดยนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ขึ้นไป ร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-125 mg % เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน เมื่อนำไปทดสอบซ้ำ พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, โรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

This research and development had the objective to study the development Model in personnel Risk Type 2 Pre Diabetes Mellitus Group and to implement the result of model development in solving the problems of other groups with similar problems. The research process covered 4 phases as follows. Phase 1 studied the problem on blood sugar level control behavior of the diabetes risk group with research format of survey research and group discussion. Phase 2 was the development of format in solving problems by creating health behavior modification programs based on Bandura's (1997) self-efficacy concept of the diabetes risk group. Phase 3 was the assessment of the format result. The sample group was from simple sampling. They were divided into the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
[3] นักโภชนาการชำนาญการ

test group for 50 people each. The research tools consisted of 1. tools which were health behavior modification program for people at risk of type 2 diabetes. 2. The tools used in collecting the data were questionnaire. The operation time was 12 weeks. General data were analyzed by descriptive statistics to compare the difference of score means and analyzed by Paired Sample t-test at statistical significance of 0.05. Phase 4 Extending the results of the research by using the developed model to experiment in Overweight or above body mass index with FBS 100 – 125 mg% groups. Reduce the risk of developing diabetes.

The research result found that the sample group that joined the program had better result than before the test. The sample group had a significantly lower mean body mass index and mean blood sugar level than before the experiment, p-value<.05, and had a significantly higher mean self-efficacy perception score and mean health behavior score than before the experiment, p-value<.05.

Keywords: Health behavior modification program, Diabetes, Diabetes risk group.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที รอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มความเสี่ยงเบาหวาน 3-5 เท่า, ภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงเร่งให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด เพิ่มโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยควบคุมอาหารและออกกำลังกายที่สามารถลดน้ำหนักได้ 5-7 % ของน้ำหนักตัวเริ่มต้นลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ 50-60 % การลดน้ำหนักจะลดภาวะดื้อต่ออินซูลินได้ คนที่เป็นเบาหวานอยู่แล้วจะคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและลดยา[1] ผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวานจะมีโอกาสเป็นเบาหวานในอนาคตประมาณร้อยละ 5-20 ต่อปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการวินิจฉัย[1,2] โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพิ่มการกินผัก ผลไม้ ลดอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งด/ลดการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายความเครียด การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ แต่ด้วยวิถีชีวิตของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่นในปัจจุบันนี้มีภาระงานที่มาก มีความรีบเร่งสูง เพราะเป็นงานที่เกี่ยวข้องกันผู้คนจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติ การใช้ชีวิตส่วนตัวที่ต้องเร่งรีบ มีความใส่ใจในสุขภาพตนเอง ต้องการรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองทุกเรื่องแต่มีเวลาในการเรียนรู้จำกัด ต้องการให้หน่วยสนับสนุน ต้องการคำแนะนำเฉพาะบุคคล ที่สำคัญความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีการจัดกระบวนการแบบกลุ่ม คำปรึกษารายบุคคล การอ่านฉลากโภชนา การมีส่วนร่วมของเครือข่าย[3,4,5,6]

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้นั้นต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดก่อน ซึ่งจะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติและเกิดความคาดหวังผลลัพธ์ แล้วจึงตัดสินใจลงมือปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจจัดการปัญหาและยึดมั่นในการปฏิบัติเพื่อให้

ได้มาซึ่งผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[7] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนักตัว และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมีผลต่างของน้ำหนักตัว ความยาวเส้นรอบเอวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8,9,10]

จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี บุคลากรกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นและร้อยละ 40 ขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ขึ้นไป ปี 2562 มีร้อยละ 48.75 ในปี 2565 เพิ่มเป็นร้อยละ 52.35 และผลตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือด 100 -125 mg% คิดเป็นร้อยละ 5.94 ของบุคลากรที่ตรวจเลือด ซึ่งกลุ่มนี้ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล จะมีโอกาสสูงที่จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงเป็นกระบวนที่จะสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ซึ่งคาดหวังว่าจะนำไปสู่การวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานใน อนาคตได้และส่งผลให้ลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานได้

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคถือว่าเป็นการลงทุนด้านสุขภาพที่คุ้มค่าและเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชนทุกกลุ่มวัยที่จะสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง คาดหวังว่าจะนำไปสู่การวางแผนป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้และส่งผลให้ลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่มีบทบาทและรับผิดชอบการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว จึงได้นำแนวคิดสมรรถภาพแห่งตนมาพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงจากโรคเบาหวาน ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ลดภาระจากค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากโรคเบาหวาน บุคลากรที่คุณภาพ สุขภาพดี สามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ รวมทั้งเป็นต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ครอบครัว ผู้ป่วยและญาติ ชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหาโดยการยกร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลและขยายผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอื่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนของ Bandura[7] นำมาพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาตามกระบวนการครอบคลุม 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจและการสนทนากลุ่ม รวมทั้งการทบทวนเอกสารเพื่อค้นหาสภาพ

ปัญหาและความต้องการในรูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมในการแก้ปัญหาโดยการยกร่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน นักวิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีการรับรู้สมรรถภาพแห่ง นำมายกร่างโปรแกรม และเสนอต่อทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพ Case manager, นักโภชนาการ, นักภายภาพบำบัดและนักวิชาชาการผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 5 ท่าน ร่วมพิจารณาร่างโปรแกรม และประเมินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ I-CVI = 0.88 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ประเมินผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-125 mg % ทั้งเพศชายและหญิง ที่สมัครใจเข้าร่วม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คน

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ ได้มาจากการประเมินพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงและการนอน สุขภาพจิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผู้แทนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมนี้จะเน้นในกระบวนกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของโรคเบาหวาน การประเมินภาวะสุขของตนเอง การได้รับความรู้และฝึกทักษะ เรื่องการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด มีการแจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมกิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปฏิทิน ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส.และแผ่นพับวัดมวลร่างกายดีอย่างไร การตั้งเป้าหมาย การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยจะมีกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 แล ะสัปดาห์ที่ 12 ส่วนสัปดาห์ที่ 2 – 11 จะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน ด้วยแพตฟอร์มบนโทรศัพท์มือ รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) เรียนรู้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คำแนะนำ การเรียนรู้และฝึกทักษะในรูปแบบฐานการเรียนรู้ ประกอบด้วย

ฐานที่ 1 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว

ฐานที่ 2 ประเมินองค์ประกอบในร่างกาย โดยใช้เครื่องชั่งวัดมวลร่างกาย

ฐานที่ 3 การคำนวณพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยน

ฐานที่ 4 ออกกำลังกาย

ฐานที่ 5 กำหนดเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และคาดว่าจะทำได้สำเร็จในระยะ 12 สัปดาห์ เช่น กำหนดระดับน้ำตาลในเลือด เป้าหมายการลดน้ำหนัก เป็นต้น แจกสื่อสุขภาพ ประกอบด้วย 1) คู่มือ 90 Days Health CHALLENGE 3อ. ME สไตล์ เปลี่ยนสุขภาพใหม่ใน 90 วัน 2) คู่มือการดูแลตนเองตามหลักดุลยภาพบำบัด กายสมดุล 3) นวัตกรรมปฏิทินสุขภาพ ปฏิทินใส่ใจ 3 อ. บอกลา
2 ส. 4 และ แผ่นพับวัดมวลร่างกายดีอย่างไร

สัปดาห์ที่ 2-11 การติดตาม: การเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการใช้แพตฟอร์มบนโทรศัพท์มือเพื่อกระตุ้นเตือน สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การนับก้าว การบันทึกข้อมูล การออกกำลังกายในรูปแบบอื่นๆ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือข้อมูลสุขภาพ ผ่านไลน์กลุ่มซึ่งเป็นแอปพลิเคชั่นบนแพทฟอร์มของโทรศัพท์มือถือ ผู้วิจัย ทีมผู้วิจัยและผู้ร่วม

วิจัยร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เหมาะสมบริบทของแต่ละบุคคลในการติดตาม การสื่อสารข้อมูลต่างๆ

สัปดาห์ที่ 12 ทบทวนองค์ความรู้ และการประเมินผล ประกอบด้วย

ฐานที่ 1 DTX การตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว

ฐานที่ 2 ประเมินองค์ประกอบในร่างกาย โดยใช้เครื่องชั่งวัดมวลร่างกาย

ฐานที่ 3 การฝึกทักษะอาหารแลกเปลี่ยน

ฐานที่ 4 ทบทวนและฝึกทักษะการออกกำลังกาย

ฐานที่ 5 การประเมินเป้าหมายตนเอง การเล่าประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กิจกรรมที่ทำแล้วประทับใจ ประสบผลสำเร็จ ตัวแบบที่ชื่นชอบ หรือกิจกรรมที่ทำแล้วยังรู้สึกว่าเป็นปัญหา ที่ต้องการจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิก และมอบรางวัล แสดงความยินดีชื่นชม กับผู้ที่มีทำสำเร็จตามเป้าหมาย

ระยะที่ 4 การนำรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาขยายผล ซึ่งได้นำมาใช้ในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินขึ้นไป ร่วมกับมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่าง 100-125 mg % เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สร้างผลกระทบทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต การศึกษาภาวะโรคขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่าร้อยละ 58 ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 21 ของโรคหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละ 42 ของโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน นอกจากนั้นยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคอ้วนและโรคที่พบร่วม **ดังนั้น**ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มาใช้ในการแก้ไขปัญหาซึ่งมีกระบวนการวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ออกแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ง (one group Pretest-Posttest Design) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ และเพิ่มสื่อการเรียนรู้ คือคู่มือ 12 ภารกิจ พิชิตพิชิตสุขภาพดี ซึ่งเป็นสื่อที่จะช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ โดยใช้แบบสอบถามที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารวิชาการและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ความสอดคล้อง และความน่าเชื่อของแบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวาน จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 การประเมินการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กลับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78 และแบบประเมินความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการ

วิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. **การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร** จำนวน 205 คน เพศหญิง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 82.93 เพศชาย จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 กินอาหารกลุ่มผัก วันละ 5 ทัพพี ใน 1 สัปดาห์ กินทุกวัน จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 31.22 ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 30.73เครื่องดื่มรสหวาน เครื่องดื่มที่ใส่นมข้นหวาน/น้ำตาล เช่น น้ำหวาน กาแฟร้อน/เย็น ชาเย็น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ปรุงแต่งรส เครื่องดื่มชูกำลัง นมปรุงแต่งรส โยเกิร์ต โยเกิร์ตพร้อมดื่ม เป็นต้น ดื่มทุกวัน จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 34.15 ดื่มประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 25.37 ไม่ดื่มเลย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.32 การขยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติ (รวมกิจกรรม การทำงาน การเดินทาง การ ประกอบอาชีพ กิจกรรมเพื่อความบันเทิง และการออกกำลังกาย เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน การทำงาน บ้าน) โดยรวมใน 1 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 63.41 น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 31.71

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้แทนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 5 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 คน รวมเป็น 10 คน ซึ่งมีประเด็นจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้ ข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทั้งการไม่เลือกกินอาหาร ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ต้องการคำแนะนำและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารกินที่เหมาะสม เรียนรู้แบบง่ายๆ ได้สอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง เนื่องจากมีภาระงานแต่สนใจ และต้องการมาเรียนรู้ เพิ่มพูนทักษะให้กับตนเอง แต่มีเวลาจำกัด ผู้มารับบริการมีจำนวนมาก เวลาในการเรียนรู้ไม่เกิน 45 นาที ส่วนผลตรวจเลือดเห็นผลตรวจแล้ว ยังไม่เป็นเบาหวาน จึงปล่อยผ่านไป ไม่ได้ให้ความสำคัญ ต้องการการติดตามเพื่อกระตุ้นเตือน กันลืม ต้องการให้เพื่อนๆ เป็นกำลังใจ หัวหน้างานสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม ต้องการแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง **ประเด็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ** พบว่า กลุ่มเสี่ยงชอบกินอาหารรสหวาน รสมันและกิน ถ้ากระตุ้นเตือนจะบอกว่าเหนือย เครียด ต้องกินเพื่อลดอาหารดังกล่าว ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หมอแจ้งว่าไม่ได้เป็นเบาหวานจึงดำเนินชีวิตตามปกติ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและปริมาณที่เหมาะสมที่ควรรับประทานในแต่ละวัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานเช่น น้ำปั่น ชา/กาแฟเย็น ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญคือไม่ให้ความสำคัญกับผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพราะคิดว่าตนเองไม่ได้เป็นเบาหวาน

2. การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่นำมาใช้ในการทดลอง

2.1 รูปแบบในการแก้ปัญหาโดยการยกร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น

2.2 การประเมินผลรูปแบบ โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีผลตรวจสุขภาพประจำปี มีระดับน้ำตาลเลือด 100 -125 mg% ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวาน จำนวน 50 คน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน –กรกฎาคม 2565 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.0 ส่วนมากจะอยู่ในช่วงอายุไม่เกิน 49 ปี ร้อยละ 70 ขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย 46.14 ปี (SD=6.46) อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสส่วนมากจะมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.00

พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับป้องกันโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนมากร้อยละ 66.67 อยู่ในระดับปฏิบัติได้ถูกต้องบ้างเป็นบางส่วน หลังการทดลองอยู่ในระดับปฏิบัติได้ถูกต้อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 48.15

การรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับป้องกันโรค พบว่า ก่อนการทดลองมีมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 55.56 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.37

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนและ พฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลอง 26.18 (SD=6.42) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 25.87 (SD=. 3.08) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 113.86 (SD=6.26) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 92.32 (SD=10.29) ด้านการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 47.42 (SD= 3.18) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 48.54 (SD=3.21) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 45.24 (SD=9.32) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 50.92 (SD=6.92) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง **พบว่า** หลังการทดลอง ระดับในเลือดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 78 มีกลุ่มเสี่ยงเหลือเพียงร้อยละ 11

4. ผลการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้ในกลุ่มอื่น ซึ่งการศึกษานี้ใช้ในกลุ่มบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ขึ้นไป ร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือด 100 – 125 mg % กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ศึกษาระหว่างสิงหาคม – พฤศจิกายน 2565 พบว่า **กลุ่มตัวอย่าง**ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.38 ตามลำดับ กลุ่มอายุส่วนมากจะอยู่ในช่วงอายุไม่เกิน 49 ปี ร้อยละ 70 ขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย 39.40 ปี (SD=9.99) อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสส่วนมาก จะมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.38

พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับป้องกันโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนมากร้อยละ 66.67 อยู่ในระดับปฏิบัติได้ถูกต้องบ้างเป็นบางส่วน หลังการทดลองอยู่ในระดับปฏิบัติได้ถูกต้อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 48.15

การรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับป้องกันโรค พบว่า ก่อนการทดลองมีมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 55.56 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.37

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนและ พฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 25.14 (SD=6.14) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 24.81 (SD=5.86) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 124.75 (SD=50.26) หลังการ

ทดลองมีค่าเฉลี่ย 97.30 (SD=18.01) ด้านค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 45.48 (SD=5.54) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 46.30 (SD=3.93) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 49.52 (SD= 5.48) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 52.11(SD=6.82) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน และ พฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ระดับในเลือดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 53.13 เป็นร้อยละ 70.31

เมื่อนำไปขยายผลในกลุ่มบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ขึ้นไป ร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือด 100 – 125 mg % ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แสดงให้เห็นได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลตามเกณฑ์ สามารถขยายผลนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมได้ คาดหวังว่าจะนำไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้เช่นเดียวกัน เพราะด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ การเยี่ยมบ้านที่ใช้รูปแบบร่วมสมัย อีกทั้งสื่อที่ใช้ทั้งสื่อให้ความรู้ แบบบันทึกกิจกรรม สามารถทำได้ง่าย ไม่ได้จำกัดช่วงเวลาในแต่ละกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับตามวิถีชีวิตของตนเองได้ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

1. **การพัฒนาการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น** ในครั้งนี้ ได้มีการวิจัยและพัฒนาโดยการสังเคราะห์สภาพปัญหาและสำรวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งใช้หลักการทฤษฎีและเครื่องมือมาประยุกต์ใช้งานด้วยกระบวนการวิจัยจนได้โปรแกรมใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยได้สร้างนวัตกรรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นกระบวนการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การฝึกทักษะในฐานการเรียนรู้ ร่วมกับการตั้งเป้าหมาย ได้แก่ ฐานที่ 1 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว ฐานที่ 2 ประเมินองค์ประกอบในร่างกาย โดยใช้เครื่องชั่งวัดมวลร่างกาย ฐานที่ 3 การคำนวณพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยน ฐานที่ 4 ออกกำลังกาย ฐานที่ 5 กำหนดเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และคาดว่าจะทำได้สำเร็จในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เช่น กำหนดระดับน้ำตาลในเลือด เป้าหมายการลดน้ำหนัก ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวรรณ จันทร์เพชร,เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ และ ฉัตรลดา ดีพร้อม[11] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีโปรแกรมการวิจัย ประกอบด้วย 1) การอบรมให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. เป็น

ระยะเวลา 1 วัน ผ่าน กิจกรรมแบ่งกลุ่มศึกษาตามฐานการเรียนรู้ได้แก่ “ อ.1 “อาหาร” ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร “กินจืด ยืดชีวิต ลดหวาน มัน เค็ม” อ.2 “ออกกำลังกาย” ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกวิธีและเหมาะสม ในแต่ละช่วงอายุ อ.3“อารมณ์”กิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ ขจัดความเครียด อ.4 “อนามัยสิ่งแวดล้อม”ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะภายใน ครัวเรือน และ 3ส. “สุรา/สูบบุหรี่/สุขบัญญัติ 10 ประการ”ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่/เครื่อง ดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานอย่างไร กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการสังเกต การสอบถาม และการบันทึกใน แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของพรพรรณ ลีลาศสง่างาม, จินตนา จุลทรรศน์และสุภาพร ใจการุณ[12] 4 ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพเสี่ยง มีปัจจัย ได้แก่ รับรู้ความเสี่ยงของโรค ภาวะ,รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ตัวและรับรู้ความรุนแรงของโรค,ไขมันผิดปกติ,การออกก าลังกาย,การสูบบุหรี่ ซึ่งกิจกรรม จะเน้นในกระบวนส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การประเมินภาวะสุขของตนเอง การได้รับความรู้และฝึกทักษะ เรื่องการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด มีการแจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ สำาหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การนำเสนอตัวแบบ และการอภิปรายเรื่อง โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยจะมีกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน รวมถึงให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10 นาทีต่อคน ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงการชี้แนะการกระทำเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว

2.ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น ส่งผลต่อการส่งเสริมและเพิ่มทักษะ ร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถภาพแห่งตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในความรุนแรงของเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องการเกิดโรคเบาหวาน ทั้งด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์เพิ่มสูงขึ้นก่อนการทดลองรูปแบบ นอกจากนี้ส่งผลต่อการลดลงค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลง ซึ่งผลการทดลองรูปแบบดังกล่าว ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากจำนวนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทั้งหมด 40 คน หลังการทดลองพบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงน้ำตาลในเลือดลดลงจนอยู่ในระดับปกติจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของดิสพล แจ่มจันทร์[3] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชอนสมบูรณ์ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนจัดกิจกรรมมีจำนวนมากขึ้น และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังขาดการมีส่วนร่วมจากทุก

ภาคส่วนและขาดการติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด หลังจากพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงาน มีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและนวัตกรรมใหม่มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน ได้แก่ นวัตกรรม ภาพพลิกปิงปองจราจร 7+1 สี ลพบุรีและแผ่นพับ ปิงปองจราจร 7+1 สี ลพบุรี ซึ่งประยุกต์จากแนวทาง การดำเนินงาน ปิงปองจราจรชีวิต7 สี ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งง่ายต่อการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภาพพลิกจะมีเนื้อหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2ส. การวิจัยพบว่าหลังนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการ ผลการดำเนินงานของงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานดีขึ้น คือ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลง ในปี 2562 ก่อนดำเนินการมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 634.33 ต่อแสนประชากร หลังดำเนินการ ปี 2563 และปี 2564 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 444.61, 518.33 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ที่เป็นดังนี้ เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ การมีรูปแบบการดำเนินงานที่ดี การมีกระบวนการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดี และการมีทีมงานผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ดี ส่งผลให้มีอัตราป่วยโรคเบาหวานลดลงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของลัคนา จันทรแรม[13] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นนั้น ได้จัดให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะกอนเบาหวานได้ฝกทักษะที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก 1) ทักษะการแกปญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) การใชแหล่งประโยชน 4) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรดานสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมใหเหมาะสมในแตละบุคคล และเสริมสร้างการรับรูสมรรถนะแหงตนโดยวิธีการใหประสบการณความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวอย่างจากวีดีทัศน์ ตัวแบบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะกอนเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายด้วยการเดิน การรับประทานอาหาร และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและประสบการณของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกับตนเอง ทำให้ผู้ที่ภาวะเสี่ยงระยะกอนเบาหวานได้เห็นตนแบบที่ประสบความสำเร็จในการปองกันการเกิดโรคเบาหวาน สงผลใหผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะกอนเบาหวานมีความกระตือรือรนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งการเลือกรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และหลังเขาร่วมโครงการ12 สัปดาห์กลุมเสี่ยงมีคาเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากอนเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ใหเห็นวาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสงผลใหกลุมเสี่ยงโรคเบาหวานมีความเชื่อดานสุขภาพ ความรูและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถนำมาใชในการดูแลรักษากลุมเสี่ยงของเบาหวานแบบองครวมได้ และเพื่อประสิทธิผลที่ดีขึ้น ควรมีคนในครอบครัวของกลุมเสี่ยงหรือผู้ที่ไว้ใจช่วยกำกับติดตามและแกไขอุปสรรคของพฤติกรรมของกลุมเสี่ยงอย่างมีสวนร่วมและต่อเนื่อง เพื่อการปองกันและลดอัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวานในอนาคต

3. ผลการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอื่น คือนำใช้ในกลุ่มบุคลากรที่มีค่า ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ขึ้นไป ร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือด 100 – 125 mg % หลังการทดลอง พบว่าบุคลากรกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกายลดจำนวนลงอย่างชัดเจน เหลือกลุ่มเสี่ยงเพียง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.69 จากการสอบถาม บุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ ยังไม่สามารถลดความหวานของเครื่องดื่มได้ทุกครั้งยังมีการสั่งในแบบปกติ เดินนับก้าวไม่ต่อเนื่อง บางวันมีกินขนมหวาน ดังนั้น กลุ่มนี้

จำเป็นต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด การให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นเบาหวานรายใหม่ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นผลมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ สุทโธ[10] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม จังหวัดอุบลราชธานี ได้นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นขยายผลทำการศึกษาและทดลองในกลุ่มที่มีปัญหาโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายเกินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองรูปแบบ และมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.05) ซึ่งเป็นต้นแบบที่สามารถที่นำไปขยายผลและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อ ลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ ที่เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิไล แสนยาเจริญกุลและคณะ[14] ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ซึ่งการให้ข้อมูลความรู้ภายใต้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความรุนแรงของภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผ่านการจัดกิจกรรมกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ช่วยลดอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 3 ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น ใช้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรร่วมกับข้อคิดเห็นของตัวแทนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร่วมกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนของBandura[7]ได้ **โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2** ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมนี้จะเน้นการกระตุ้นกลุ่มเป้าหมายให้เห็นความสำคัญของโรคเบาหวาน การประเมินภาวะสุขของตนเอง การได้รับความรู้และฝึกทักษะ เรื่องการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด โดยจะมีกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 ส่วนสัปดาห์ที่ 2 – 11 จะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน ด้วยแพตฟอร์มบนโทรศัพท์มือ แจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมกิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) **คู่มือ** 90 Days Health CHALLENGE 3อ. ME สไตล์เปลี่ยนสุขภาพใหม่ใน 90 วัน 2) คู่มือการดูแลตนเองตามหลักดุลยภาพบำบัด กายสมดุล ๓) คู่มือ 12 ภารกิจพิชิตพิชิตสุขภาพดี 4) นวัตกรรมปฏิทินสุขภาพ ดังนี้ ปฏิทิน ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมในการศึกษาวิจัยนี้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใสด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น ดังนั้น รูปแบบการศึกษานี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่

อื่นๆ ที่ มีบริบทใกล้เคียงกันได้ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.2. ควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและผู้ที่ประสบ ความสำเร็จมาเป็นต้นแบบเพื่อสร้างแรงจูงใจในการขยายผลต่อไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ยังไม่ประสบความสำเร็จหรือยังไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมนี้ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และดำเนินการส่งต่อข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสมให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพบุคลากร

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1. การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ทำให้บุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นได้ ดังนั้น น่าจะมีการใช้โปรแกรม ไปศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ กลุ่มอ้วนอันตราย กลุ่มไขมันในเลือดสูง กลุ่มที่มีค่าไตในระดับ 2-3 เป็นต้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2. การวิจัยครั้งต่อไป การติดตามผลความคงทนของพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จาก 3 เดือน เป็น 6 เดือน และ 1 ปี น่าจะช่วยให้โปรแกรมที่พัฒนามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ขอขอบคุณอำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา และบุคลากรกลุ่มงานสุขศึกษา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนได้ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการจัดทำผลงานวิจัย ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณบุคลากรผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมือในการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง การตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้เป็นอย่างดี คุณค่าและประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาบุพการี บูรพาจารย์ และผู้ที่มีอุปการคุณทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้คณะผู้วิจัยประสบความสำเร็จในงานวิจัยและก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรินทร์ แช่มพูลศิลป์.(2566). รอบเอวเพิ่มขึ้น 5 ซม. เสี่ยง “เบาหวาน” 3-5 เท่า. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://th.yanhee.net › dr-patcharin-champoolsilp.

2. Gerstein HC, Santaguida P, Raina P, Morrison KM, Balion C, Hunt D, et al.(2007). Annual incidence and relative risk of diabetes in people with various categories of dysglycemia: a systematic overview and meta-analysis of prospective studies. Diabetes Res Clin Pract. 78(3): 305-7.

3. ดิสพล แจ่มจันทร์.(2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชอนสมบูรณ์ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 18(3): 47-58.
4. ประภาส บารมี และจักรพันธ์ บุญอ่อง.(2566). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย 4 ป. กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลบ้านกลาง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. 5(1): 25-37.
5. วีรวัฒน์ ทางธรรม, คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์, ผ่องพรรณ ภะโวและวาสนา พูลผล.(2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาJournal of Roi Kaensarn Academi. 8(7): 211-225.
6. ถนัต จ่ากลาง.(2560). รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต(รัฐประศาสนศาสตร์)]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560.
7. Bandura A..(1997). Self Efficacy the Exercise of control. W.H: Freeman and company.
8. เมธาพร พูลเพิ่ม, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, และศิริวิทย์ หลิ่มโตประเสริฐ.(2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิด โรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 18(2): 277-289.
9. ทิพย์สุมน จิตตวงศพันธุ์, ปินหทัย ศุภเมธาพร และรุ้งนภา ชัยรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปองกันโรค และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร. 48(4): 243-256.
10. อรอนงค์ สุทโธ (2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 7(3): 54-87.
11. พัชราวรรณ จันทร์เพชร,เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ และ ฉัตรลดา ดีพร้อม.(2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 27(3): 53-62.
12. พรพรรณ ลีลาศสง่างาม, จินตนา จุลทรรศน์และสุภาพร ใจการุณ.(2562). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี .วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 16(1): 274-286.
13. ลัคนา จันทรแรม. (2563). การพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุมเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนยแพทยชุมชนเมือง จังหวัดรอยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 1(3): 135-147.
14. วิไล แสนยาเจริญกุล, กีรดา ไกรนุวัตรและปิยะธิดา นาคะเกษียร.(2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. Nursing Science Journal of Thailand NURS SCI J THAIL. 37(1): 59-72.

ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

The results of developing health literacy for hypertensive patients whose blood pressure cannot be controlled,Thawatchaburi District, Roi Et Province.

(Received: February 3,2025 ; Revised: February 9,2025 ; Accepted: February 10,2025)

เฉลิมขวัญ มลิพันธ์[1]
Chalermkhwan Maliphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 239 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ และแบบรายงานข้อมูลค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า บริบทชุมชนเป็นสังคมชนบทอีสาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นิยมใช้ปลาร้าเป็นส่วนประกอบสำคัญของการปรุงอาหารและรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก มีการออกกำลังกายตามวิถีชีวิต เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.32 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.66 Kg/m^2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 56.07 และร้อยละ 53.97 ตามลำดับ หลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.24 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลงดลงเป็น 25.04 Kg/m^2 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.85

คำสำคัญ: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop health literacy for hypertensive patients with uncontrolled blood pressure in Thawatburi District, Roi Et Province. The sample consisted of 239 people, who were purposively selected based on inclusion and exclusion criteria. Data were collected including health literacy interview forms, health behavior interview forms, and blood pressure data reporting forms. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results found that the community context was a rural society in the Northeast. Most of the sample groups were farmers. They liked to use fermented fish as an important ingredient in cooking and ate sticky rice as their main food. They exercised according to their lifestyle. 57.32 percent were female. The average body mass index was 27.66 Kg/m2. Their health literacy and health behavior were at a poor level at 56.07 percent and 53.97 percent, respectively. After the intervention, 78.24 percent of the sample had normal blood pressure. The average body mass index decreased to 25.04 Kg/m2. They were at the highest level of satisfaction at 82.85 percent. Keywords: Hypertensive patients, Uncontrolled blood pressure, Health literacy

Keywords: Hypertensive patients, Blood pressure cannot be controlled, Health Literacy

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นจากความเจริญทางด้านวัตถุ สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการมีภาวะความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากไม่สามารถหยุดพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยพิการและเสียชีวิตนอกจากนี้ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่เส้นเลือดมีความเสื่อมตามวัย เมื่อความดันเพิ่มขึ้นเส้นเลือดจะแข็งและกระด้างมากขึ้น นอกจากนี้หากมีปัจจัยกระตุ้นอย่างกรรมพันธุ์ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกินอาหารรสจัด ความเครียด การพักผ่อนน้อย ยิ่งเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิตได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนด ว่าผู้ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะทำให้เกิดสถานะที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น[1] จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 71.24 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 73.28 ในปี 2565 และลดลงเป็นร้อยละ 52.59 ในปี 2566 ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 36.24 ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.69 และ ร้อยละ 44.64 ในปี 2565 และ ปี 2566 ตามลำดับ อำเภอธวัชบุรีจังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 45.67 ในปี พ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.69 และร้อยละ 58.58 ในปี 2565 และ ปี 2566 ตามลำดับ[2]

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นย้ำให้ประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งสามารถแปลผลค่าความดันโลหิตของตนเองได้ หากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรหยุดยาเองร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพิ่มกิจกรรมทางกาย จัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน การป้องกัน และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทการดำเนินงานของเครือข่าย สหวิชาชีพด้านสุขภาพร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพต่อไป[3] ซึ่งการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะต้องได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความรู้ แรงจูงใจและสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้คุณค่าและตัดสินใจในการใช้ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตลอดชีวิต โดยระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น มีการกำหนดเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 12[4] โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานประสานความ

ร่วมมือในการทำงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกกระทรวงและกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) อยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี[5] มีจุดเน้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ สนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาข้อมูลและระบบสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรค เพื่อยกระดับความรอบรู้ทุกกลุ่มวัย[6]

อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมาอย่างต่อเนื่อง โดยได้ดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายในลักษณะบูรณาการ ได้แก่ การรณรงค์พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ.+2 ส. โดย 3 อ.ประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการด้านอารมณ์เมื่อมีความเครียด ส่วน 2 ส.ประกอบด้วย การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่จะชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้นั้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การจัดการสุขภาพตนเองได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างเป็นระบบผ่านรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถลดความรุนแรงของโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[6]สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ(Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อปรับแผนการปฏิบัติเข้าวงจรใหม่ให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรต่อไป เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 รวม 11 เดือน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปในตำบลหนองพอก ตำบลหนองไผ่ และตำบลเมืองน้อย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในปี 2566 จำนวน 593 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้มีความสนใจและสมัครใจเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตลอดระยะเวลาที่กำหนด โดยบุคคลในครอบครัวต้องเห็นชอบด้วย

2. เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

และเกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane[7] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 239 คน โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างรายตำบลตามสัดส่วนประชากรที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ 1 ชุด คือ แบบแบบสังเกตกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

เครื่องมือเชิงปริมาณ 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบรายงานข้อมูลค่าความดันโลหิตเป็นแบบ Google form

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปขอรับคำปรึกษาและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง

เครื่องมือเชิงปริมาณชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ทักษะ 5 ด้าน ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ค่าเท่ากับ 0.914 และผลประเมินสะท้อนระดับที่เป็นจริง โดยใช้บุคคลคู่สัมภาษณ์ตรวจสอบข้อมูลกลับทันทีภายหลังจากการทำการประเมิน ค่าเฉลี่ยความสอดคล้องตามความเป็นจริงร้อยละ 90.10 - 92.15[6] ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลมะอึ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีบริบททางสังคมใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.892

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1.1 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลสถานการณ์การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากข้อมูลทุติยภูมิ พร้อมทั้งสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่การจัดกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.2 ศึกษารูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ผ่านมา โดยการสนทนา กลุ่มย่อยกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ และระดับตำบล อำเภอธวัชบุรี จำนวน 14 คน

1.3 จัดทำหลักสูตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแล้วนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงจนสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้

1.4 คัดเลือกทีมพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอธวัชบุรี จำนวน 16 คน และได้เชิญแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลธวัชบุรีบรรยายให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษา

1.5 จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง 239 คน ผู้นำชุมชน 24 คน อสม. 127 คน รวม 390 คน แบ่งออกเป็น 3 รุ่น ๆ ละ 130 คน ระยะเวลารุ่นละ 1 วัน

ระยะที่ 2 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 2 Phase ได้แก่

1. Phase 1 (สัปดาห์ที่ 1-6) มีกิจกรรมดังนี้

1.1 การวางแผน (Plan)

ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 รุ่น ๆ ละ 43-45 คน ระยะเวลาฝึกอบรม รุ่นละ 2 วัน จัดการฝึกอบรมในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมเป็นตัวอย่างได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม และจัดทำแผนการขับเคลื่อนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนตามกลยุทธ์ของพื้นที่

1.2 การปฏิบัติการ (Act)

กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส.

1.3 การสังเกตและบันทึกผล (Observe)

1.3.1 ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่กำกับติดตามในชุมชน พร้อมทั้งตรวจวัดความดันโลหิตกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ และบันทึกผลค่าความดันโลหิตในแบบรายงาน Google form

1.3.2 สร้างกลุ่มไลน์ “คนธวัชบุรีไม่เสี่ยงความดัน” เพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารการให้ข้อมูล และสนับสนุนการใช้สื่อการเรียนรู้

1.4 การสะท้อนผล (Reflect)

ผู้วิจัยจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตและคืนข้อมูล พร้อมทั้งประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิดหาแนวทางให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องร่วมกันเมื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ จึงนำเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกครั้งในระยะที่ 2

2. Phase 2 (สัปดาห์ที่ 7-32) มีกิจกรรมดังนี้

2.1 การวางแผน (Re Plan)

2.1.1 ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และให้ตั้งค่าเป้าหมายใหม่ (Goal setting) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังระดมความคิดจากการประชุมกลุ่มเมื่อสิ้นสุด Phase 1 โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจในการควบคุมค่าความดันโลหิต

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างจัดทำแผนการขับเคลื่อนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยเป็นแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดที่ชัดเจน ทั้งกิจกรรม เป้าหมาย ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบ

2.2 การปฏิบัติการ (Acting)

2.2.1 เลือกบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพหมู่บ้านละ 5 -10 คน เป็นเครือข่ายและเป็นผู้สนับสนุนการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนอย่างเข้มข้น

2.2.2 พัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อทำหน้าที่กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างใกล้ชิด โดย อสม.เชี่ยวชาญ 1 คน จับคู่ดำเนินการแบบเพื่อนช่วยเพื่อนกับกลุ่มตัวอย่าง 3-4 คน

2.3 การสังเกตและบันทึกผล (Observing)

2.3.1 ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่กำกับติดตามในชุมชน โดยวิธีการเยี่ยมเสริมพลังแบบมีส่วนร่วมเป็นรายหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 ครั้ง พร้อม

ทั้งบันทึกผลค่าความดันโลหิตในแบบรายงาน Google form

2.3.2 จัดทีมพี่เลี้ยงซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอธวัชบุรีในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และแอปพลิเคชั่นไลน์

2.3.3 ประกาศชื่นชมเพื่อให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เป็นการสร้างแรงบันดาลใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวยังไม่ถึงเป้าหมาย

2.4 การสะท้อนผล (Reflecting)

ผู้วิจัยจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนสะท้อนผลการควบคุมความดันโลหิตจากเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา โดยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงค่าความดันโลหิต และความพึงพอใจหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของ

กลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการทดสอบการกระจายข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov two sample test ได้เท่ากับ 0.201 การแจกแจงแบบโคงปกติ จึงใชสถิติทดสอบคาที่ไม่อิสระตอกัน (Dependent t-test หรือ Pair t-test)

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1772566 รับรองวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์

1.1 พื้นที่วิจัยเป็นเขตชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา โดยในฤดูการผลิตบางปีประสบปัญหาภัยแล้ง ผลผลิตตกต่ำ ส่วนประกอบที่สำคัญของการปรุงอาหารคือปลาร้าและนิยมรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก มีการออกกำลังกายตามวิถีชีวิต รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่าดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นผู้รับผิดชอบหมู่บ้านได้มอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ทำหน้าที่ให้สุขศึกษาในชุมชนเป็นครั้งคราว และจัดบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ มีระบบการกำกับติดตามข้อมูลจากรายงานมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีระบบการกำกับและเฝ้าระวังในชุมชนที่ชัดเจน

1.2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.32 อายุเฉลี่ย 53.7 ปี (SD=4.92) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.26 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 58.16 อาชีพทำนา ร้อยละ 85.77 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 14,000 บาท (SD=7,782.46) และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.66 Kg/m^2

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 56.07 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.97

2. ระยะที่ 2 รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการตามแผน การสังเกตและบันทึกผล และ 4) การสะท้อนผล มีความเชื่อมโยง

3. ระยะที่ 3 ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังพัฒนา

ตัวแปร	*M*	*SD*	*M dif*	*95% CI*	*p-value*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	54.4	10.66	1.826	1.389-3.957	<0.001
หลังดำเนินการ	74.3	7.13			
พฤติกรรมสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	55.8	9.20	1.787	1.467-2.167	<0.001
หลังดำเนินการ	77.4	5.52			

3.2 ข้อมูลด้านสุขภาพหลังดำเนินการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.04 Kg/m^2 และค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.24

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.85 รองลงมาคือระดับมาก และระดับปานกลาง ร้อยละ 15.48 และ ร้อยละ 1.67 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

บริบทชุมชนอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นสังคมชาวนา ประชาชนมีความผูกพันกับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่เป็นทุ่งนาและแหล่งน้ำธรรมชาติ ซึ่งเหมาะในการประกอบอาชีพทำนา ทำสวน และการทำมาหากิน เพราะมีความสะดวกในการใช้น้ำ ซึ่งวิถีชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงตามห้วงเวลา ปัจจุบันกลายเป็นสังคมชนบทกึ่งสังคมเมือง เนื่องจากความสะดวกของการคมนาคมและมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยประชาชนส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญในการแปรรูปอาหารเพื่อเก็บไว้บริโภคตลอดปีซึ่งเป็นภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่ถ่ายทอดไว้แก่ลูกหลานสืบมานั่นคือปลาร้า โดยนำปลาร้ามาเป็นเครื่องปรุงอาหารที่ไม่มีขั้นตอนซับซ้อน เนื่องจากเป็นอาหารประจำถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นภาพร อติวนิชยพงศ์[8] ที่พบว่าคนชนบทอีสานกับการทำมาหากินมีความเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคที่สังคมชนบทอีสานมีความผสมผสานกันระหว่างความเป็นสังคมแบบเดิมกับการเป็นสังคมสมัยใหม่ การทำมาหากินของคนชนบทอีสานจึงมีความหลากหลายภายใต้ระบบทุนนิยมสมัยใหม่ โดยการเป็นผู้ผลิตเพื่อขายหรือการเพิ่มมูลค่าของผลผลิตโดยใช้อัตลักษณ์ของชุมชน และการสนับสนุนเชิดชูจากกลไกหรือสถาบันของรัฐ แต่ในขณะเดียวกันคนชนบทอีสานยังไม่ละทิ้งการเป็นผู้ผลิตเพื่อเอาไว้บริโภคเองและมีประเพณีการทำบุญเหมือนสังคมเกษตรในยุคอดีต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุปราณี โรจนสุพร และคณะ[9] ที่ศึกษาการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบวาแหล่งอาหารขอผู้เป็นโรคคือภายในชุมชนและภายนอกชุมชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อที่มีรสเค็มส่วนใหญ่รับประทานปลาและผักประกอบอาหารด้วยวิธีการปน ตม ออม ทอดและปง ปรุงรสชาติโดยใชทั้งเกลือ น้ำปลา น้ำปลาราและผงชูรส ส่วนการนิยมบริโภคข้าวเหนียวเป็นส่วนใหญ่นั้นเป็นเพราะเนื่องจากข้าวเหนียวเป็นผลผลิตที่ได้จากการทำนา ซึ่งไม่ได้ซื้อมาบริโภค และให้เหตุผลว่ากินข้าวเจ้าแล้วไม่อิ่มท้อง โดยลักษณะการรับประทานข้าวเหนียวจะเป็นแบบข้าวนึ่ง มีอาหารพื้นบ้านที่อุดมด้วย ผัก ผลไม้ ตามฤดูกาล ได้แก่ นึ่งผัก นึ่งปลา น้ำพริกแจ่วพื้นบ้าน แกงอ่อมสารพัดผัก ซุปหน่อไม้ ซุปมะเขือ ส้มตำ โดยพฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียวจะควักออกจากกระติบข้าวไปรับประทานจนอิ่มโดยไม่ได้แบ่งออกเป็นส่วน ๆ ตามจำนวนที่ต้องรับประทาน ทำให้ไม่สามารถรู้ปริมาณที่รับประทาน เนื่องจาก

ข้าวเหนียวมีปริมาณน้ำตาลสูง อาจมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ตามผลการศึกษาของอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ[10] ซึ่งได้เปรียบเทียบผลของปริมาณน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้บริโภคแกนตะวันและข้าวเหนียวพันธุ กข.6 ที่พบว่ากลุ่มที่บริโภคแกนตะวันมีแนวโน้มที่ค าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลในเลือดน อยกว ากลุ มที่บริโภคข้าวเหนียวอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนรูปแบบการจัดการปัญหากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ผ่านมา พบว่าดำเนินการโดยบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการมอบหมายภารกิจให้ อสม.เป็นผู้แนะนำประชาชนในละแวกที่รับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงขาดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการที่พบว่ามีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินและมีเส้นรอบเอวเกินนั้น ถือว่าเป็นสภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งอาจจะกลายเป็นผู้ป่วยโรคความดนโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนในที่สุด

รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้กระบวนการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ โดยการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง สร้างแรงจูงใจและตั้งค่าเป้าหมายควบคุมค่าความดันโลหิต ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความตระหนักที่กลุ่มตัวอย่างจะได้พยายามมุ่งมั่นปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามกลยุทธ์ของพื้นที่ เกิดนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ได้แก่ ชมรมปั่นจักรยานอำเภอธวัชบุรี มีสมาชิก 467 คน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง 202 คนเป็นสมาชิกชมรม ได้รวมกลุ่มจัดกิจกรรมสร้างกระแสการออกกำลังกาย โดยการปั่นจักรยานรอบชุมชนทุกวันศุกร์ระยะทางประมาณ 33 กิโลเมตร และมีเมนูชูสุขภาพต้นแบบ คือ ส้มตำปลอด ผงนัวก็แซบได้ ซึ่งได้นำไปขายผลการปรุงส้มตำปลอดผงนัวไปใช้ในครัวเรือนอย่างหลากหลาย และมีชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีสมาชิก 286 คน เป็นกลไกสำคัญในการจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาเพื่อผ่อนคลายความเครียด นอกจากนั้นยังมีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการออกกำลังกายและแนะนำวิธีการเลือกรับประทานอาหารลดหวาน มัน เค็ม และเครือข่ายในชุมชนเป็นผู้สนับสนุนการจัดกิจกรรม รวมถึงการมี อสม.เชี่ยวชาญ เพื่อทำหน้าที่กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างใกล้ชิดและเป็นที่ปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการบันทึกการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน ส่วนการสังเกตและบันทึกผลได้ใช้วิธีการเยี่ยมเสริมพลังแบบมีส่วนร่วมเป็นรายหมู่บ้าน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากกลุ่มตัวอย่าง บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและเครือข่ายในชุมชนในระหว่างการเยี่ยมเสริมพลัง โดยการร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต และได้มีการจัดเวทีถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลผลการควบคุมความดันโลหิตจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถือว่าเป็นขั้นตอนที่ชุมชนได้รับทราบข้อมูลผลการพัฒนาซึ่งนำไปสู่การวางแผนจัดการปัญหาในวงรอบต่อไปได้อย่างเป็นระบบ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างชัดเจน โดยได้เห็นบทบาทที่ชัดเจนของชุมชนในการให้ความสำคัญของการพัฒนาและมีความต่อเนื่องในการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นไปตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการของชูศักดิ์ เอกเพชร [11] ที่กล่าวว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงาน

ศึกษาการปฏิบัติงานในหน้าที่โดยใช้ระเบียบวิธีวิทยาศาสตร์เพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติหรือเป็นการแก้ปัญหา และดำเนินการวิจัยในที่ปฏิบัติงานเริ่มจากการกำหนดปัญหา การแสวงหาลู่ทางในการแก้ปัญหา การใช้วิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา การบันทึกรายละเอียดผลการปฏิบัติการ และการสรุปและเสนอผลการแก้ปัญหา เป็นการนำความรู้จากกระบวนการวิจัย ความรู้จากการร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา ผลลัพธ์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้คือแนวทางใหม่ภายใต้กระบวนทัศน์ “การวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลง” นอกจากนั้นผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนจนเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[12] ที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองถือว่าเป็นโครงสร้างที่สำคัญและส่งผลโดยตรงตามทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม โดยสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมซึ่งมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าจำเป็นที่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลรวมอยู่ด้วยและการรวมกันของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องรวมกันในลักษณะที่มีการกำหนดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมซึ่งกันและกันกับปัจจัยทั้งทางด้านพฤติกรรมและทางด้านสภาพแวดล้อมนั้นสามารถส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ขุมทอง และคณะ[13] ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง ประกอบด้วย แรงจูงใจภายในตัวบุคคล การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และครอบครัว ญาติและเพื่อนในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ส่วนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นการสร้างแกนนำการในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีสภาวะทางสุขภาพดีขึ้น โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลง และค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรค้นหาบุคคลต้นแบบในชุมชนและสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็งเพื่อเป็นแกนนำในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรืออาจจะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

2. จากผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจคือการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างดำเนินไปตามวิถีชุมชนในเขตชนบท ซึ่งประสบความสำเร็จในการพัฒนา ดังนั้นควรมีการวิจัยเชิงทุดลอง กึ่งทดลองหรือการวิจัยและพัฒนาในการจัดการปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง ซึ่งประชาชนเขตเมืองมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันกับเขตชนบท

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย Thai Hypertension Society.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2566].เข้าถึงได้จาก https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=338
2.คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566].เข้าถึงได้จาก
https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9
3.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).รายงานประจำปี 2563.กรุงเทพฯ.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566].เข้าถึงได้จาก
http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13969&tid=&gid=1-015-005
4.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 1.บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด.นนทบุรี.
5.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2551). การออกกำลังกายในวัยทำงาน.สื่อและเอกสารเผยแพร่การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2566].เข้าถึงได้จาก dhttps://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1fbe85a9c274e6419 fdd6071/tinymce/KPI2564/KPI119/25640111922.pdf
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52,2562.
7. วิรัติ ปานศิลา. (2544). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
8. นภาพร อติวานิชยพงศ์. (2557). คนชนบทอีสานกับการทำมาหากิน: ความเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย. วารสารสังคมวิทยามานุษยวิทยา, 33(2),103-127.
9. สุปราณี โรจน์สุพร ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล และ อรุณณี ใจเที่ยง (2564). การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 27(2), 96-111.
10. อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, อัศวิน อมรสิน, ศิรินาถ ตงศิริ, วรรณิศา ชาวดร, ชุติมณฑน์ ปัดถามัง และรักษ์สุดา ขันธพัฒน์. (2559).การเปรียบเทียบผลของปริมาณน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้บริโภคแกนตะวันกับข้าวเหนียวพันธุ กข.6.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแกน, 9(1),15-20.
11. ชูศักดิ์ เอกเพชร. (2561).ความรู้พื้นฐานการจัดทำงานวิจัยพัฒนา (Routine to Research: R2R).
[เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2566].เข้าถึงได้จาก https://graduate.sru.ac.th/wpcontent/uploads/2018/11/R2R.pdf.
12. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company.
13. ธัญชนก ขุมทอง วิราภรณ์ โพธิศิริ, และ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559).ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและจังหวัดอ่างทอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศิลปากร,3(6),67-85.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก
Effectiveness of Self Health Care Promotion Program of Elderly Who have had Cataract Surgery

(Received: February 2,2025 ; Revised: February 21,2025 ; Accepted: February 22,2025)

อัญชลี ทวีวรรณคีรี[1] จีระศักดิ์ ทัพผา[2]
Anchalee Thaweewankiri[1] Jerasak Thappha[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเอง 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ใช้กรอบแนวคิดความรู้ พฤติกรรม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดโรคต้อกระจก ณ แผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า 1) ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับน้อยที่สุด หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรู้ พฤติกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ

Abstract

The quasi– experimental research aimed to compare 1) elderlies' cataract and self-health care knowledge, 2) Health Belief Model, and 3) self-health care behavior of elderly who have had cataract surgery before and after experiment self-health care promotion program. The conceptual framework for this study was applied from knowledge, behavior, and Health Belief Model. The study population were 30 elderly people who have receiving cataract surgery at the Ophthalmology Department of Mae Sot Hospital, Mae Sot District, Tak Province during the month of June until August, 2024. The research instrument was a questionnaire. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The study results revealed that 1) cataract and self-health care knowledge of the study group before the experiment was at a moderate level, but after the experiment their cataract and self-health care knowledge was at a high level. The cataract and self-health care knowledge of the study group after experiment was higher than before the experiment at a statistically significant level of .05. 2) The Health Belief Model of the study group before the experiment was at a moderate level, but after the experiment

[1] นักทัศนมาตรวิชาชีพ แผนกจักษุ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
[2] คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

their Health Belief Model was at a high level. The Health Belief Model of the study group after experiment was higher than before the experiment at a statistically significant level of .05. 3) The self-health care behavior of the study group before the experiment was at the least level, but after the experiment their self-health care behavior was at a high level. The self-health care behavior of the study group after experiment was a higher than before the experiment at a statistically significant level of .05.

Keywords: knowledge**,** behavior, Health Belief Model**,** self-health care, elderly

บทนำ

บุคคลเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความจำ และบทบาททางสังคม จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในลักษณะที่เสื่อมลง จึงทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับปัญหาจากการเปลี่ยนแปลดังกล่าว โดยเฉพาะดวงตาและระบบการมองเห็น เช่น การทำงานของกล้ามเนื้อตาลดลง ทำให้มีการปรับความโค้งนูนของเลนส์ตาเพื่อการรวมแสงทำได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดสายตายาวในผู้สูงอายุ (presbyopia) ความเสื่อมของน้ำวุ้นตา (vitreous) ทำให้มองเห็นเป็นจุดดำลอยไปมาในตา และหากเสื่อมมากขึ้น อาจทำให้เกิดแรงดึงรั้ง จนเกิดจอประสาทตาหลุดลอกได้ และการเสื่อมลงของเลนส์ตาหรือแก้วตา (lens) ก่อให้เกิดโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (senile cataract)[1] ซึ่งโรคเกี่ยวกับตาที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุพร่องการมองเห็น ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อม และโรคต้อหินชนิดมุมเปิด ตามลำดับ และพบว่าจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจกมีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ.2020 จาก 20.5 ล้านคน เป็น 30 ล้านคน[2]

ต้อกระจก (Cataract) เป็นสาเหตุของภาวะตาบอดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศ เกิดจากความเสื่อมตามวัยเมื่ออายุมากขึ้นจึงทำให้ความใสของเลนส์ตาลดลง จนทำให้เลนส์ตาขุ่น อาจพบขุ่นเพียงเล็กน้อยหรือขุ่นทั้งหมด โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลัก คือ อายุที่มากขึ้นและมีปัจจัยเสี่ยงร่วม ได้แก่ การได้รับแสง UV บ่อย ๆ หรือแสงแดดจ้า โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นต้อกระจกได้เร็วขึ้น รวมถึงการได้รับยากิน และยาหยอดตากลุ่มสเตียรอยด์ ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวแบบค่อยเป็นค่อยไป เวลาออกกลางแจ้งตาจะพร่ามากขึ้น (glare) บางรายอาจเห็นมีภาพซ้อน (monocular diplopia) หรือเห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ (color halo) ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ประกอบอาชีพได้ลำบากเป็นภาระต่อญาติในการดูแล และหากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดต้อหินแทรกซ้อนจนทำให้ตาบอดสนิทได้ จึงจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมากโรคหนึ่ง[3]

วิธีการรักษาโรคต้อกระจกที่ดีที่สุด คือ การผ่าตัดสลายต้อกระจก (Phacoemulsification) โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงมาใช้ทำหน้าที่เป็นตัวสลายหรือทำลายเลนส์นิวเคลียส และดูดเอาส่วนของต้อกระจกที่สลายออกทิ้งนอกลูกตา แล้วใส่แก้วตาเทียมชนิดพับได้เข้าไปทดแทน วิธีนี้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมปกติได้เร็ว ระดับสายตากลับมาได้เร็ว ลดปัญหาเรื่องสายตาเอียง และลดอัตราเสี่ยงของเลือดออกอย่างรุนแรงที่ชั้นคอรอยด์ เนื่องจากแผลผ่าตัดด้วยวิธีการสลายต้อกระจกนี้เป็นระบบปิดและแผลมีขนาดเล็ก จึงไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันในลูกตามากนัก แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดต้อกระจกก็มีอัตราเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนได้จึงควรทำการผ่าตัดเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น[4] ซึ่งข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต้อกระจกในปัจจุบัน ได้แก่ 1) การมองเห็นที่ลดลง 2) เป็นต้อกระจกที่สุก (mature) หรือต้อกระจกที่เลนส์เริ่มบวม (intumescent) 3) ต้อกระจกที่พบร่วมกับภาวะแทรกซ้อน 4) มีความจำเป็นต้องรักษาโรคทางจอประสาทตา 5) ผู้ป่วยที่มีช่องหน้าม่านตา (anterior chamber) ที่ตื้น และมุมตาปิด (closure angle) มีแนวโน้มจะเกิดภาวะต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน และ 6) เพื่อแก้ไขภาวะสายตาสั้น

หรือยาวที่มาก[5] ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต้อกระจกสามารถเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับการผ่าตัดอื่นๆ ทั้งหลาย แต่คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ความเสี่ยงแล้วถือว่าต่ำ โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่ถึงร้อยละ 1 ถือว่าการผ่าตัดมีความปลอดภัยสูง หลังการผ่าตัดแล้ว ความสามารถของการมองเห็นส่วนใหญ่ดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 99[6] โดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้การมองเห็นลดลงหลังการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อหลังการผ่าตัด ภาวะเลือดออกในชั้น suprachoroidalb (expulsivesuprachoroidal hemorrhage) กระจกตาบวม (bullouskeratopathy) ศูนย์กลางจอประสาทตาบวม (cystoid macular edema) จอประสาทตาหลุดลอก และเลนส์แก้วตาเทียมหลุด[7] ซึ่งสาเหตุดังกล่าวอาจเกิดได้จากหลายปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลที่อาจมีความรู้ความเข้าใจ หรือการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง สำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกหลังการผ่าตัด จะต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ในการดูแลตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมให้รอยแผลหลังการผ่าตัดได้สมานและหายสนิท ดังนั้นการดูแลหลังการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง เมื่อกลับไปพักผ่อน ดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระเทือนต่อการเคลื่อนของเลนส์ตาเทียม และการติดตามการรักษาภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกโดยการนัดพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่กำหนด[6]

จากการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกก่อนที่แพทย์จะให้กลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยกลัวว่าจะดูแลตนเองได้ไม่ดีเมื่อไปฟักฟื้นตนเองที่บ้าน และหลังจากที่แพทย์นัดตรวจติดตามหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 66.67 ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผู้ป่วยบางรายขาดความตระหนักในการที่จะดูแลตนเองให้ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง[8] และผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ก็ไม่มีผู้ดูแล[9] จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังการได้รับการผ่าต้อกระจก โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรค โดยการให้ความรู้และการสาธิตแบบย้อนกลับ เพื่อการสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมหลังการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อกระจก ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจกและได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ณ แผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection)[10] โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง

2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหลวง อำเภอเมือง จังหวัดตาก

3. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนหนังสือภาษาไทยได้

4. ตาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดไม่มีภาวะสายตาเลือนรางที่ส่งผลให้มองไม่เห็น

5. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก(Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หลังการผ่าตัด

2. ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในระหว่างดำเนินการวิจัย

3. ปฏิเสธการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่การได้รับการผ่าต้อกระจกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเกี่ยวการดูแลตนเองของโอเร็ม[11] แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการผ่าตัดต้อกระจก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ส่วนที่ 3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

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 0.755

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และลงรหัสข้อมูล

2. วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการทดสอบสมมติฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติ Paired Samples t–test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ได้ใช้หลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ใบรับรองโครงการวิจัยที่ 018/2567 ลงวันที่ 31 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 63.33) ไม่ได้เรียนหนังสือมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 30.00) มีรายได้ส่วนใหญ่ประมาณ 2,000–10,000 บาท (ร้อย76.67) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.00) โดยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50.00) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.12)

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=0.46, S.D.=0.139) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{}$=0.96, S.D.= 0.608) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$=2.69, S.D.=0.374) หลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{}$=3.98, S.D.=0.341) ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนการทดลอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{}$ =2.78, S.D.=0.385) หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{}$ =4.02, S.D. =0.446) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี และไม่ได้เรียนหนังสือ อาจทำให้อ่านหนังสือไม่ออก จึงมีความรู้อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนหรือการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเอง จากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุข จึงทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต้อกระจกที่มีต่อการมองเห็น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อการบำรุงสายตา การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติทางตา การดูแลและป้องกันอันตรายที่เกิดจะกับดวงตา เช่น การสวมแว่นตาป้องกันแสงแดดที่จะตกกระทบดวงตา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับศิรรินทร สิริโรจนานันท์ และคณะ[12] ที่ศึกษาความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ความรู้ของผู้ป่วยก่อนใช้สื่อผสมจะน้อยกว่าความรู้ของผู้ป่วยหลังใช้สื่อผสม และสอดคล้องกับอรุณรัตน์ รอดเชื้อ[13] ที่ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับสุธัญญา นวลประสิทธิ์ และคณะ[14] ที่ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยตาต้อกระจกและญาติผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการสอนแตกต่างกัน

2. กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากคำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อกระจก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อ

กระจก การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเอง และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอน การสาธิต และถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สามารถที่จะปฏิบัติตนตามการรับรู้ได้อย่างถูกต้องตามมา ส่งผลให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับวิจิตรา เสียงล้ำ[15] ได้ทำการศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน และด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มควบคุม มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มควบคุม

3. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ทั้งพฤติกรรมการทำความสะอาดที่ครอบตาทุกวันก่อนนำมาครอบตา การหยุดพักการอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ เมื่อรู้สึกแสบตา และหลังการกินยารักษาโรคประจำตัวตามปกติ แม้นกระทั่งการนอนหลับพักผ่อนโดยนอนหงายไม่นอนตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับได้รับการสอนหรือการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับต้อกระจกและการดูแลสุขภาพตนเอง จากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุขมาแล้ว ทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะปฏิบัติตนเองตามการรับรู้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถจะกระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ให้เหมาะสมได้ด้วยตนเอง โดยมีการเรียนรู้และได้รับการสนับสนุนจากสังคมที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี โดยการศึกษานี้สอดคล้องกับอรุณรัตน์ รอดเชื้อ[13] ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับกนกพร อริยภูวงศ์ และคณะ[16] ที่ศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การผลการศึกษาพบว่า การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยกว่าการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากคำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อกระจก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อกระจก และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเอง ดังนั้น ญาติผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดแรงบันดาลในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดคอยให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวเดียวโดด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการจัดการตนเองด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำแผนการเยี่ยมติดตามและประเมินผลการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อการให้กำลังใจ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบหรือความแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคประจำตัวของผู้ป่วยเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.จีระศักดิ์ ทัพผา ที่ปรึกษางานวิจัย ที่ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิธาน กระสังข์ ที่ปรึกษาร่วม คุณเกรียงศักดิ์ มุ่งโตกลาง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส คุณเจนณรงค์ เทียวสูงเนิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัน และ ดร.จิตชยา น้อยหมื่นไว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองทอง ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสทุกท่านที่ให้ข้อมูลและเอื้อสถานที่ต่อการวิจัย ตลอดจนผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใสทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มุกดา เดชประพนธ์ และปิยวดี ทองยศ. ปัญหาทางตาที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2559; 20(1): 1-9.
2. Eichenbaum, J. W. Geriatric vision loss due to cataracts, macular degeneration, and glaucoma. Mount Sinai Journal of Medicine, 2012; 79(2): 276-294.
3. ดิเรก ผาติกุลศิลา. ต้อกระจก (Cataract). ใน สมสงวน อัษญคุณ (บรรณาธิการ), โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: บริษัท วิทอินดีไซด์ จำกัด. 2561.
4. งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ. โรคของแก้วตา (Disease of the Lens). ใน วิศนี ตันติเสวี (บรรณาธิการ), ตำราจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด. 2561.
5. พรชัย สิมะโรจน์ และอนุชิต ปุญญทลังค์. Cataract. ใน อาภัทรสา เล็กสกุล (บรรณาธิการ), จักษุวิทยารามาธิบดี. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด. 2561.
6. อังคนา อัศวบุญญาเดช. ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย. และวริศนันท์ ปุรณะวิทย. ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจกให้กับผู้ป่วย ผ่าตัดต้อกระจก. วารสารบูรพาเวชสาร, 2565; 9(1): 13-27
7. ลักษณาพร กรุงไกรเพชร. ต้อกระจกในผู้ป่วยเบาหวาน. บูรพาเวชสาร, 2561; 5(1): 95 -103.
8. อัญชลี ทวีวรรณคีรี. รายงานผลการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก. แผนกจักษุ โรงพยาบาล แม่สอด จังหวัดตาก. 2566.
9. เพียงใจ บุญมาดี. ผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจก. วารสารโรงพยาบาลกลาง, 2566. 38(1): 27-35
10. โรงพยาบาลแม่สอด. สถิติผู้ป่วยต้อกระจกปี 2567. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลแม่สอด. 2567.
11. Orem, D.E. Nursing concepts of practice (6 thed.). St Louis: Mosby, Inc. 2001.
12. ศิรรินทร สิริโรจนานันท์ และคณะ. ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสวดมนต์ในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน เขตสุขภาพที่1. 2561.
13. อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ. 2555; 28(2): 1-12.

14. สุธัญญา นวลประสิทธิ์ และคณะ. ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตาต้อกระจกและญาติผู้ดูแล. วารสารสภาการพยาบาล, 2552; 25(2): 78-86.
15. วิจิตรา เสียงล้ำ. ผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลบึงกาฬ. โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย. 2566. [วันที่สืบค้น 2566 มีนาคม 15]. เข้าได้ถึงจาก https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=244.
16. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม, ทานตะวัน สลีวงศ์. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2556; 2(3): 17-30)

ผลการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติ

Effect of Breast massage with Hot compress on Milk ejection of Post-partum Mothers.

(Received: February 2,2025 ; Revised: February 21,2025 ; Accepted: February 22,2025)

สายหยุด ภาชะนนท์[1] พิมพ์ใจ ลังการ์พินธุ์[2] นันทภัค สมฤทธิ์[1], กฤตยา วงศ์ใหญ่[1]
Saiyut pachanon[1], Pimjai Lungkarpin[2],Nantapak somrit[1], Krittaya wongyai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ (Quasi-experimental Research) เป็นแบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Two Groups Post Test only Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอด จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลสำหรับมารดาหลังคลอดตามปกติ จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนรูปแบบการนวดกระตุ้นเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อน จำนวน 15 คน โดยเปรียบเทียบคะแนนระดับการไหลของน้ำนมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย แผนการสอนการนวดเต้านมด้วยตนเอง คู่มือการนวดเต้านมด้วยตนเอง อุปกรณ์ ในการประคบเต้านม และแบบประเมินทักษะในการนวดเต้านมด้วยตนเองในระยะตั้งครรภ์ (2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการนวดเต้านมด้วยตนเองในระยะหลังคลอด (3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการไหลของน้ำนม เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ .80 ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตของแบบประเมินการไหลของน้ำนม ได้ค่าเท่ากับ .90

ผลการวิจัย พบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อนมีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนม หลังการทดลองในชั่วโมงที่ 12, 24, และ 48 หลังทารกคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}$ =1.47, SD = 0.52 , p <.05), ($\bar{x}$ =2.27, SD = 0.46 , p <.05), ($\bar{x}$ =2.87, SD = 0.35 , p <.05) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อน การไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of breast massage with hot compress on milk ejection of post-partum mothers. The sample consisted of 30 mothers who were receiving antenatal, intrapartum, and postpartum care at Chiangkham hospital. Purposive sampling was used to recruit the mothers, who were then assigned to an experimental group (n = 15) or a control group (n = 15). The control group received standard care, while the experimental group received the breast massage with hot compress. The research instrument consisted of (1) the experimental instruments: Breast self-massage lesson plan, Manual for breast self-massage, Equipment for compressing the breast ,and Assessment of breast self-massage skills during pregnancy ; (2) the experimental-control instruments: a record of self-breast massage in the postpartum period; and (3) the data-collecting instruments: a personal data form and milk ejection assessment form. The tools were approved by three experts, yielding a content validity index of .80. The reliability of the milk ejection assessment form was examined using interrater of reliability, yielding a value of .90. Data were analyzed using frequency, percent, average, standard deviation, independent t-test.

The results of the study were as follows. Post-partum mothers who received the breast massage with hot compress had mean scores of milk ejection after intervention 12, 24, and 48 hours significantly higher

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา E-mail: pimjaiup@gmail.com

than the control group ($\bar{x}$ =1.47, SD = 0.52, p <.05), ($\bar{x}$ =2.27, SD = 0.46, p <.05), ($\bar{x}$ =2.87, SD = 0.35, p <.05), respectively.

Keywords: Breast massage with hot compress, milk ejection, Post-partum Mother

บทนำ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต ในน้ำนมแม่มีสารอาหารครบถ้วนเหมาะแก่การเจริญเติบโต ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสมองและสติปัญญาของทารก มีสารช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ช่วยลดโอกาสที่ทารกจะเจ็บป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ โรคทางเดินหายใจ โรคเรื้อรังต่างๆ มีแบคทีเรียที่ดีต่อระบบทางเดินอาหารของทารก [1] เป็นการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูกให้แน่นแฟ้น ขณะที่ทารกกินนมจากอกแม่ การสัมผัสที่ทารกได้รับจะช่วยกระตุ้นการโยงใยของเส้นประสาทสมอง บุตรที่กินนมจากอกของแม่ จึงอารมณ์ดี มีสมองที่ไวต่อการรับรู้และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้รวดเร็ว เพิ่มความฉลาดทั้งทางปัญญาและทางอารมณ์แก่ทารก[1-2] และยังช่วยให้มารดา ลดการเกิดซึมเศร้าหลังคลอด ลดการเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่[1] น้ำนมแม่มีคุณสมบัติพิเศษ คือ มีอุณหภูมิพอเหมาะ ย่อยง่าย สะอาด สะดวกต่อการให้ ไม่ต้องเปลืองเวลาในการจัดเตรียม และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัว เป็นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาและบุตรให้ดีขึ้น การศึกษาในระยะยาวพบว่าเด็กที่ได้กินนมแม่มีระดับสติปัญญาสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่เลยถึง 3 จุดโดยเฉลี่ยซึ่งระดับสติปัญญาของเด็กที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กอย่างต่อเนื่องยาวนานไปจนถึงวัยผู้ใหญ่[3] จึงเป็นเหตุผลที่ดีเพียงพอในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่

องค์การอนามัยโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ แนะนำว่า "ทารกทุกคนควรได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน จากนั้นให้นมแม่ร่วมกับการให้อาหารเสริมตามวัยถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น" และตั้งเป้าหมายอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนไว้อย่างน้อยร้อยละ 70 ในปี 2030[4] โดยผลักดันให้โรงพยาบาลทั่วโลกส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ในประเทศไทยมีการดำเนินการบริการสุขภาพด้านแม่และเด็กในโรงพยาบาล ผ่านโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก มีแนวปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จใน การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่[5] แม้ว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่จะเป็นเรื่องพื้นฐานตามธรรมชาติ แต่มารดาที่ขาดทักษะและขาดการช่วยเหลือสนับสนุนอาจไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวได้นานถึง 6 เดือน จากสถิติปี 2021 พบว่ามีมารดาทั่วโลกเพียงร้อยละ 44 เท่านั้นที่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวได้นาน 6 เดือน[3] สำหรับประเทศไทยพบมารดาเพียงร้อยละ 28.6 ที่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวได้นาน 6 เดือน[4] ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งขาดโอกาสที่จะได้รับนมแม่ที่มีประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว

จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่ทำให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านมารดา ด้านทารก ด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่สำคัญคือ ภาวะสุขภาพของมารดา เช่น มารดาเหนื่อยล้าจากการคลอด เจ็บแผลหรือมีปัญหาด้านหัวนม เต้านมคัดตึง อาจส่งผลให้มีน้ำนมไหลน้อย รวมถึงมารดาที่ขาดความรู้ มีทัศนคติและความเชื่อไม่เหมาะสมอาจส่งผลให้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ ต่างจากมารดาหลังคลอดที่มีสุขภาพแข็งแรง มีความพร้อม ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวนมและการคัดตึงเต้านม รวมถึงการมีความรู้ในการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น [6-9] จากการศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของ

ผู้รับบริการในสถานพยาบาลรัฐ พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้มารดาไม่ได้เลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาอย่างเดียวใน 6 เดือนแรก คือการที่มารดารับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ ซึ่งการที่มารดามีน้ำนมออกน้อยทำให้มารดารับรู้ว่ามีน้ำนมไม่พอ เกิดความวิตกกังวล[10] โดยทั่วไปมารดาหลังคลอดจะเริ่มมีน้ำนมไหลโดยเฉลี่ยที่ระยะเวลา 30-40 ชั่วโมงหลังคลอด พบอุบัติการณ์ของน้ำนมไหลช้ากว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอดร้อยละ 17.9 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรก[11] ในประเทศไทยพบปัญหาน้ำนมไหลช้าร้อยละ 29.02[12] มารดาส่วนใหญ่คาดหวังให้น้ำนมไหลทันทีหลังคลอด ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอด เกิดความวิตกกังวลในระยะที่น้ำนมยังไม่ไหล และกังวลว่าทารกจะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ[13-14] ความวิตกกังวลนี้ส่งผลต่อกระบวนการสร้างน้ำนมให้ช้าออกไป มีผลต่อการลดลงของน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด และการยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนครบ 6 เดือนหลังคลอด[15] กระบวนการสร้างน้ำนมในทุกระยะมีความสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ที่มีผลต่อการสร้างน้ำนม เนื่องจากฮอร์โมนโปรแลคตินจะมีระดับสูงหลังจากนั้นจะลดลงมาก[16] หากกระบวนการสร้างน้ำนมเกิดขึ้นช้า ก็จะส่งผลต่อการผลิตน้ำนมในระยะยาวต่อไปได้

สถิติการคลอดปกติของมารดาในโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ในปี 2564 - 2566 มีมารดาคลอดปกติ จำนวน 436 คน, 484 คน และ 490 คน คิดเป็นร้อยละ 33.85, 43.90 และ 46.23 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้รับบริการจากอำเภอเชียงคำ และอำเภอใกล้เคียง รวมทั้งผู้รับบริการจากประเทศลาว[17] พบปัญหาว่าแรกรับย้ายมารดาจากห้องคลอดมาตึกหลังคลอด มีจำนวนมารดาที่มีน้ำนมไหลระดับ 0 และระดับ 1 ในปี 2566 จำนวนร้อยละ 92 แนวทางการแก้ไขปัญหาการให้น้ำนมแม่ในมารดาหลังคลอดเบื้องต้นของตึกสูติ-นรีเวชกรรม คือ การเพิ่มความถี่ของการให้นมที่เต้านมทั้งสองข้างทุก 2-3 ชั่วโมง การให้ทารกดูดนมให้เกลี้ยงเต้าทีละข้าง การตรวจสอบท่าในการให้นมทั้ง 4 ท่าให้ถูกต้อง หากทารกง่วงนอนหรือดูดนมไม่แรงพอให้มารดาเปลี่ยนท่าในการให้นม หรือเปลี่ยนข้างของเต้านมเพื่อให้นมต่อไป ให้มารดานอนพักผ่อนให้เพียงพอในช่วง Rooming-in ให้ทานอาหารและดื่มน้ำให้พอเพียงอย่างน้อย 3,000 มิลิลิตรต่อวัน แต่ยังพบว่ามารดาหลังคลอดวันที่ 2 มีน้ำนมไหลระดับ 0 และระดับ 1 ถึงร้อยละ 87 ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความวิตกกังวลว่าจะมีน้ำนมในการเลี้ยงดูบุตรไม่เพียงพอ[18]

การกระตุ้นการสร้างน้ำนมเพื่อส่งเสริมการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซินตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด โดยการใช้วิธีการนวดเต้านมด้วยตนเองของมารดาหลังคลอดจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายลดอาการเกร็งของเนื้อเยื่อ ช่วยกระตุ้นและเพิ่มการไหลเวียนของระบบเลือดและน้ำเหลืองบริเวณเต้านม เพิ่มความยืดหยุ่นของฐานเต้านม และกล้ามเนื้อทรวงอกมัดใหญ่ กระตุ้นรีเฟล็กซ์การไหลของน้ำนม การยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก ซึ่งมีผลต่อการทำงานของไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต เมื่อฮอร์โมนความเครียดลดลง ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและหลั่งน้ำนมจะทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น [19-21] ส่วนการประคบร้อนที่เต้านม จะทำให้หลอดเลือดบริเวณเต้านม มีการขยายตัว ทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อบริเวณที่ประคบนั้นสูงขึ้น เป็นความร้อนระดับผิว ความร้อนจะสามารถลงไปในเนื้อเยื่อได้ประมาณ 1 เซนติเมตร จากผิวหนังทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดคลายตัว เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ช่วยเพิ่มการซึมผ่านของฮอร์โมนโพรแลกติก ไปสู่เซลล์สร้างน้ำนม (lactocyte) ทำให้มีการสร้างน้ำนมได้เร็วและมากขึ้น[20]

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า การนวดเต้านมอย่างเดียวยังไม่สามารถทำให้น้ำนมแม่ไหลดีได้ ต้องใช้การประคบร้อนร่วมด้วย[22] การกระตุ้นการไหลของน้ำนมโดยการนวดเต้านมด้วยตนเอง นาน 15 นาที วันละ 2 ครั้ง ประคบเต้านมด้วยความ

ร้อนขึ้น และมีการบีบน้ำนมทุก 3 ชั่วโมงช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมได้ดีมากขึ้น[23] จะช่วยลดปัญหาการรับรู้ว่าน้ำนมไหลน้อย หรือปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอดได้ พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[10] การเลือกวิธีการส่งเสริมและกระตุ้นน้ำนมควรคำนึงถึงวิธีการที่สะดวกทำได้ง่าย ประหยัด และมีประสิทธิภาพ ไม่เสียเวลาในการจัดเตรียม เพื่อให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้อย่างยั่งยืน การเตรียมมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ เพื่อให้สามารถนวดเต้านมด้วยตนเองในระยะหลังคลอดจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสม เนื่องจากมารดาสามารถทำได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การให้ความรู้และฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ เป็นแนวทางที่ช่วยให้มารดามีทัศนคติที่ดี มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดให้เพิ่มมากขึ้น โดยใช้รูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อนในมารดาหลังคลอดปกติ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับนมแม่ ประโยชน์ของนมแม่ ท่าดูดนมที่ถูกต้อง การฝึกนวดเต้านมจากโมเดลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มีการติดตามโดยสร้างกลุ่ม line เพื่อติดตามปัญหา และให้คำแนะนำแก่มารดาอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้มารดามีความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนบุตรอายุครบ 2 ปี ได้อย่างประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังคลอดปกติระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลหลังคลอดตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผลของการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลหลังคลอดตามปกติ มีความแตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-groups posttest only design) ศึกษาในช่วงเดือน เมษายน ถึงเดือนกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้คือ มารดาหลังคลอดปกติ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ คลอด และพักฟื้น ในระยะหลังคลอดที่โรงพยาบาลเชียงคำ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาหลังคลอดปกติ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ คลอด และพักฟื้น ในระยะหลังคลอดที่โรงพยาบาลเชียงคำ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) คลอดอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด 2) คลอดทางช่องคลอด และเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 3) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) มารดาที่มีระดับการไหลของน้ำนม ระดับ 0 และระดับ 1 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรม และอายุรกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะตกเลือดหลังคลอด คลอดก่อนกำหนด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน 6) ทารกไม่มีปัญหาการดูดกลืน เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ พังผืดใต้ลิ้น 7) มารดาที่มีหัวนมปกติทั้ง 2 ข้าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power version

3.1.9.7 โดยกำหนดระดับทางสถิติที่ 0.05 อำนาจทดลอบ (Power of test) ที่ 0.80 คำนวณขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) จากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง[24] ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) เท่ากับ 1.12 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่สูง ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 28 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดเพิ่มเป็น 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 3) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนการนวดเต้านมด้วยตนเอง สำหรับมารดาฝากครรภ์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนประกอบและคุณค่าของน้ำนมแม่ การจัดท่าให้นมบุตร วิธีการนวดเต้านมและประคบเต้านมด้วยตนเอง 2) คู่มือการนวดเต้านมด้วยตนเอง เพื่อทบทวนและฝึกทักษะนวดเต้านมด้วยตนเอง โมเดลเต้านมสำหรับฝึกนวดเต้านมด้วยตนเอง 3) อุปกรณ์ในการประคบเต้านม ได้แก่ โดนัทประคบนม เต้านมจำลอง กะละมัง น้ำอุ่น และ 4) แบบประเมินทักษะการนวดเต้านมด้วยตนเองในระยะตั้งครรภ์ โดยมีการประเมินทักษะหลังการสอนทันที

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการนวดเต้านมด้วยตนเองในระยะหลังคลอด เพื่อใช้ในการกระตุ้นและบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอด ซึ่งมีเนื้อหา ได้แก่ ชื่อ อายุ วันที่คลอด เวลา นวดครั้งที่ เวลาที่นวด การปฏิบัติการนวดเต้านมหลังคลอด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการไหลของน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้นำข้อมูลเกี่ยวกับระดับการไหลของน้ำนมของ มารียา มะแซ (2561)[25] มาประยุกต์เป็นแนวทาง ในการสร้างแบบประเมินการไหลของน้ำนม ประเมินการไหลของน้ำนม 5 ครั้งในระยะหลังคลอด มีการบีบน้ำนม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้วางเป็นรูปตัว C ชิดกับลานนม แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก และบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากัน ประเมินการไหลของน้ำนมหลังจากมารดานวดเต้านมเสร็จประมาณ 30 นาทีของการประเมินในแต่ละครั้ง โดยแบ่งระดับการไหลของน้ำนมเป็น 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ น้ำนมไม่ไหล หมายถึง ไม่มีน้ำนมไหล (0 คะแนน) น้ำนมเริ่มไหล หมายถึงน้ำนมไหลตั้งแต่ 1-2 หยด (1 คะแนน) น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง น้ำนมไหลมากกว่า 3 หยด ขึ้นไปแต่น้ำนมไม่พุ่ง (3 คะแนน) น้ำนมไหลดี หมายถึง น้ำนมไหลพุ่ง (4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกนมแม่ 1 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัย นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการไหลของน้ำนม ระหว่างผู้สังเกตซึ่งเป็นพยาบาลประจำตึกสูติ-นรีเวชกรรมจำนวน 4 คน (Interrater reliability) ได้ค่าเท่ากับ .90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลของการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังคลอดปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงคำ เลขที่ 07/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และลำดับการตั้งครรภ์ คล้ายคลึงกัน

2. การไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อน มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองในชั่วโมงที่ 12, 24, และ 48 หลังทารกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}$ =1.47, SD = 0.52 , p <.05), ($\bar{x}$ =2.27, SD = 0.46 , p <.05), ($\bar{x}$ =2.87, SD = 0.35 , p <.05) ตามลำดับ แต่คะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองในชั่วโมงที่ 2 และ 4 หลังทารกคลอด ไม่มีความแตกต่างกัน ($\bar{x}$ =1.00, SD = 0, p = 0.33), ($\bar{x}$ =1.07, SD = 0.26 , p = 0.33) ตามลำดับ และผลโดยรวมพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อน มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}$ =1.72, SD = 0.21 , p <.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)

ครั้งที่	ระยะเวลาหลังทารกคลอด	ระดับการไหลของน้ำนม				t	*p*- value
		กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)			
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1	2 ชั่วโมง	1.00	0	0.93	0.20	1.00	.334
2	4 ชั่วโมง	1.07	0.26	1.00	0	1.00	.334
3	12 ชั่วโมง	1.47	0.52	1.00	0	3.50	.004*
4	24 ชั่วโมง	2.27	0.46	1.40	0.51	4.91	.000*
5	48 ชั่วโมง	2.87	0.35	1.93	0.59	5.24	.000*
	โดยรวม	1.72	0.21	1.25	0.21	6.12	.000*

* p <.05

สรุปและอภิปรายผล

จากสมมุติฐานการวิจัย ผลของการนวดเต้านมร่วมกับการประคบร้อนต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลหลังคลอดตามปกติ มีความแตกต่างกัน นั้น ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดปกติกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อน ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับ ความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนประกอบและคุณค่าของน้ำนมแม่ การจัดท่าให้นมบุตร วิธีการนวดเต้านมและประคบเต้านมด้วยตนเอง มีการปฏิบัติการนวดและประคบเต้านมด้วยตนเอง มีแบบประเมินการนวดและประคบเต้านมด้วยตนเอง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถนวดเต้านมหลังคลอดได้ทันที และเมื่อถึงระยะหลังคลอด จะมีการสนับสนุนการมารดาให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง โดยใช้หลัก 4 ด. และมีการกำกับติดตามการนวดและประคบเต้านมด้วยตนเองก่อนการให้นมบุตรทุกครั้ง ทำให้มารดาหลังคลอดทราบถึงคุณประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝึกนวดเต้านมและการฝึกประคบเต้านมด้วยตนเองตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนทำได้เองทำให้มีความมั่นใจส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกคน สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทารกได้รับการดูแลในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด[26] ซึ่งพบว่า ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีอิทธิพลร่วมกันทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มารดาจึงมีความตั้งใจและใส่ใจในการนวดและประคบร้อนที่เต้านมด้วยผ้าอุ่นทุก 2-3 ชั่วโมงก่อนให้บุตรดูดนมทุกครั้งอย่างต่อเนื่องในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งการนวดเต้านมเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด การประคบร้อนทำให้หลอดเลือดขยาย ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณเต้านมมากขึ้น[20] การนวดเต้านมหลังคลอดจะช่วยกระตุ้นปลายประสาทที่หัวนมและลานนมคล้ายกับการดูดนมของบุตร ส่งสัญญาณไปยังต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary)ให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินทำให้น้ำนมไหล และขณะเดียวกันก็กระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary) ทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มขึ้นเกิดการสร้างน้ำนม เมื่อกลุ่มทดลองได้มีการนวดและประคบร้อนที่เต้านมแต่ละครั้ง จึงกระตุ้นกลไกการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้มีการสร้างและกระตุ้นการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้น (Let-down reflex)[21] และการให้ทารกดูดนมอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นและมีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น[20-21] ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เริ่มตั้งแต่ชั่วโมงที่ 12 หลังทารกคลอดขึ้นไป และผลโดยรวม 48 ชั่วโมงหลังทารกคลอด สอดคล้องกับการศึกษาผลของการประคบเต้านม ด้วยผ้าอุ่นชื้นต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก[27] พบว่า การประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นชื้นในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรกในกลุ่มทดลอง ช่วยกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก[28] ที่พบว่าผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อนมีผลต่อการไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอดปกติ ซึ่งจะเป็นมารดาครรภ์แรกหรือครรภ์หลังก็ได้ ช่วยแก้ไขปัญหาน้ำนมไหลช้าใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่มารดาหลังคลอดที่มีความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และอาจช่วยลดการใช้นมผสมในการเลี้ยงทารกหลังคลอดได้ พยาบาลจึงควรนำรูปแบบการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการประคบร้อนมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด ด้วยการเตรียมมารดา ได้ตั้งแต่ระยะท้ายของไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้พยาบาลแผนกฝากครรภ์ และหลังคลอด มีเป้าหมายและแนวทางร่วมกันในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเตรียมมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้มารดาประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษา ติดตามผลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาว สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน รวมถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างตอเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. ภาวิน พัวพรพงษ์.(2556). วิเคราะห์ สังเคราะห์ผลงานวิจัย:ทันยุคกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: http://110.77.140.129/research/images/Analyze/Analyze5.pdf
2. เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล.(2559). การให้มารดาได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อในระยะแรกหลังคลอด. ใน: ภาวิน พัวพรพงษ์ บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ = Clinical practice of breastfeeding. กรุงเทพฯ : มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การปกป้องส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพ: ม.ป.ท.; ม.ป.ป. เข้าถึงเมื่อ[[15 กันยายน 2567]เข้าถึงได้จาก:https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-F/IDC1_7/opdc_2565_IDC1-17_18.pdf
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565, รายงานผล ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
5. มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567). กรมอนามัย ใช้บันได 10 ขั้น พัฒนาแม่และเด็ก [10 กันยายน 2567]เข้าถึงได้จาก:https://www.hitap.net/news/15691
6. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์.(2562). ปัญหาที่พบบ่อยในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. บูรณาการการดูแลเพื่อสุขภาพทารกปริกำเนิดที่ดีขึ้น. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่นจำกัด.
7. กุสุมาลี โพธิปัสสา, วิยะดา ทิพม่อม, และ กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 25(3):154-167.
8. วาทินี วิภูภิญโญ.(2563). ปัจจัยล้มเหลวที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 35(5):635-642.
9. ศศิกานต์ กาละ.(2561). การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: บทบาทพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
10. นิศาชล เศรษฐไกรกุล, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, สุลัดดา พงษ์อุทธา, วาทินี คุณเผือก ภูษิต ประคองสาย, และทักษพล ธรรมรังสี.(2559). สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้รับบริการในสถานพยาบาลรัฐ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 25(4):657-663.
11. Huang L, Xu S, Chen X, Li Q, Lin L, Zhang Y, et al.(2020). Delayed lactogenesis is associated with suboptimal breastfeeding practices: a prospective cohort study. the Journal of Nutrition. 150(4), 894-900.
12. กรรณิการ์ จันทร์แก้ว และ ธิดารัตน์ นฤมิตมนตรี.(2563). ผลของยาสมุนไพรบำรุงน้ำนมต่อระดับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 3(2):41-51.
13. Murray H, McKinney E, Holub K, Jones R.(2018). Foundations of maternal newborn and women's health nursing. 7th ed. St.Louis, MO: Elsevier.

14. นิตยา พันธ์งาม, ปราณี ธีรโสภณ และ สุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ์.(2559). ผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลิเมอร์แบบอุ่นชื้นต่อ ระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครรภ์แรก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทรบุรี 27(1):28-38.
15. Chang P-C, Li S-F, Yang H-Y, Wang L-C, Weng C-Y, Chen K-F, et al.(2019). Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. International Breastfeeding Journal 14:18.
16. Grzeskowiak LE, Wlodek ME, Geddes DT.(2019). What evidence do we have for pharmaceutical galactagogues in the treatment of lactation insufficiency? -A narrative review. Nutrients. 11(5):974.
17. งานห้องคลอด.(2567). ระบบรายงานตัวชี้วัด. โรงพยาบาลเชียงคำ.
18. งานสูติกรรม.(2567). ระบบรายงานตัวชี้วัด. โรงพยาบาลเชียงคำ.
19. UNICEF UK.(2020). Getting. breast feeding off to a good start [Internet]. London: UNICEF UK; 2020 [cited 2024 Mar 20]. Available from: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-education-refresher-sheet-2.pdf
20. วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์.(2563). กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมดา.
21. ศศิธารา น่วมกา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิติมา, กันยารักษ์ เงยเจริญ.(2020). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์:การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. Nursing Science Journal of Thailand 38(3): 4-21.
22. คฑาวุธ เกษาพันธ์, จันทร์สุดา เลพล, จุฑามาศ เกตแก้ว, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, เจษฎาภรณ์ พงษ์เพชร ฉวีวรรณ เจียมรัมย์, และคณะ.(2565). การนวดและการประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ 1(2): 1-14.
23. อานิตย์ อ่องสกุล.(2021). ผลของการใช้นวัตกรรม Donut Heat Gel ต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลพัทลุง. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 1(1): 1-15.
24. กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และ อุษา เชื้อหอม.(2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 24(1): 13-26.
25.มารียา มะแซ.(2561). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนม ในมารดาครรภ์แรก.[พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การผดุงครรภ์)]สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
26. ณชพัฒน์ จีนหลักร้อย, ถกลรัตน์ หนูฤกษ์, พลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา และ ชุติมา บูรณธนิต.(2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทารกได้รับการดูแลในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ Journal of Nursing and Health Science Research. 16 (1) : 1-17.
27. เพียงพลอย ภิญญาภิรมย์, นิตยา สินสุกใส, วรรณา พาหุวัฒนกร.(2566). ผลของการประคบเต้านม ด้วยผ้าอุ่นชื้นต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก. Nursing Science Journal of Thailand. 41(2): 93-104.
28. มารียา มะแซ, ศศิกานต์กาละ และวรางคณา ชัชเวช.(2562). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 11(3): 1-14.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

Results of the program to promote cervical cancer screening services for women aged 30-60 years Sawang Daen Din Subdistrict Community Health Center, Sawang Daen Din Crown Prince Hospital.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

วิมลศรี ศิริบำรุง[1]
Wimonsri Siribamrung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยออกแบบไว้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการให้บริการตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติเชิงอนุมานด้วย paired sample t - test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า *P - value* < 0.001 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า *P - value* < 0.001 และสัดส่วนของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (5.7 เท่า) โดยกลุ่มทดลองทุกคนมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมาเพียง 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.5

คำสำคัญ: โรคมะเร็งปากมดลูก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of using a cervical cancer screening promotion program. The sample consisted of women aged 30-60 years in the Sawang Daen Din Community Health Center, Sawang Daen Din District, Sakon Nakhon Province, who had never received a cervical cancer screening service. They were divided into two groups by simple random sampling into an experimental group and a comparison group, with 40 participants in each group. The experimental group received activities according to the cervical cancer screening promotion program designed by the researcher, while the comparison group received regular services from public health officers. Data were analyzed using descriptive statistics using numbers, percentages, means, and standard deviations (SD) and inferential statistics using a paired sample t-test, with a statistical significance level of 0.05.

The results of the research found that the experimental group had higher mean scores of disease severity perception, disease risk perception, self-efficacy expectation, response effectiveness expectation, and social support than before the experiment, and the differences were statistically significant with a P-value < 0.001. When comparing the groups after the experiment, the experimental group had a statistically

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

significant higher mean score than the comparison group with a P-value < 0.001. The proportion of cervical cancer screening in the experimental group was higher than the comparison group (5.7 times). In the experimental group, everyone came for cervical cancer screening, which was 100 percent, while only 7 people in the comparison group came, which was 17.5 percent.

Keywords: Cervical cancer

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่กำลังคุกคามภาวะสุขภาพของสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม สถิติศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลกและสถาบันไอซีโอพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 3 ของผู้หญิงทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 569,847 ราย และเสียชีวิต จำนวน 311,365 ราย ส่วนในประเทศไทยประชากรผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก 28.9 ล้านคน มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 8,622 รายและเสียชีวิต 5,015 ราย ดังนั้นมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงอายุระหว่าง 15 - 44 ปี เป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านมเช่นเดียวกันแต่จำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีมากกว่ามะเร็งเต้านม[1] และสถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาพบแพทย์ เมื่อระยะของมะเร็งลุกลามแล้ว การรักษาจึงเป็นไปได้ยาก ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยสามารถลุกลามไปอวัยวะอื่นจนผู้ป่วยเสียชีวิต สมาชิกครอบครัวอาจวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยจนทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ทั้งครอบครัวและรัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจแก่ประเทศชาติซึ่งหากมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมจะทำให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะต้นได้มากขึ้นและมีโอกาสในการรักษาให้หายได้ หากสามารถกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังกล่าว พร้อมทั้งตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการค้นหามะเร็งปากมดลูก จะทำให้ลดอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกลงได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงได้จัดทำแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกตามยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา[2] โดยกำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 30 - 60 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 5 ปี เพื่อลดอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกให้เหลือ 1,000 คนต่อปี และลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 50[3]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ได้นำนโยบายการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกตามยุทธศาสตร์ มากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง เพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร จึงได้กำหนดให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564-2566 ต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565 โดยการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธีพาพานิโคเลา (Papanic0la0u smear) หรือการตรวจแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) และมีการตรวจหาเชื้อมะเร็งปากมดลูกแบบใหม่เรียกว่า HPV DNA test ผลงานการดำเนินงานปี 2564 - 2566 พบว่ามีสตรี อายุ 30 - 60 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 44.9, 38.63, และ 37.06 ตามลำดับ[4] ซึ่งยังมีอัตราความครอบคลุมต่ำ ไม่บรรลุเป้าหมายของจังหวัด แม้ที่ผ่านมาจะมีการ

ดำเนินการรณรงค์ ประกาศตามหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านหรือแจ้งไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการชักชวนแล้วก็ตาม เมื่อมีการสัมภาษณ์สาเหตุที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรีที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบเหตุผลที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ คิดว่าไม่น่าจะเป็นเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องประกอบอาชีพ/มีภาระกิจครอบครัว ไม่อยากเปิดเผย อายเจ้าหน้าที่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน กลัวตรวจแล้วพบว่าเป็นโรค เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ เป็นต้น เพื่อเป็นการเพิ่มความเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างครอบคลุมส่งผลให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะต้นได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตัดสินใจมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ออกแบบโดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental gr0up) และกลุ่มเปรียบเทียบ (C0mparis0n gr0up) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Tw0 gr0ups pretest - p0sttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้ออกแบบ และพัฒนาขึ้นส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามปกติ วัดผลก่อนและหลังการจัดกิจกรรมตามกระบวนการที่ผู้วิจัยได้ออกแบบ และพัฒนาขึ้นเป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์[5] ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยนำทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[6] มาประยุกต์ใช้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือน มกราคม 2568 โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusi0n criteria) 1) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สามารถ พูด อ่าน และเขียนเป็นภาษาไทยได้ 2) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusi0n criteria) คือ 1) สตรีกลุ่มเป้าหมายเกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม 2) สตรีมีการตั้งครรภ์ระหว่างดำเนินการตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กำหนดโครงสร้างเนื้อหาและปรับปรุงแบบสอบถามอ้างอิงของรัฐพล สาแก้ว และคณะ[7] โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระยะเวลาคุมกำเนิด ความเพียงพอของรายได้ และประวัติการเป็นมะเร็งของคนในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุมแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 4

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 6

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 4, 5, 6, 7, 8 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวกได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 2

ส่วนที่ 6 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 9

ลักษณะคำถามในส่วนที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (liker's scale)[8] โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Best[9] โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ในระดับสูง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ในระดับต่ำ

1.2 แบบบันทึกการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นข้อคำถาม 2 ตัวเลือก คือ มาและไม่มา รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ

30-60 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้ทันโรคร้าย 2) ใส่ใจตัวเรา 3) เพื่อนดูแลกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ประกอบด้วย

ช่วงสัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง โดยการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินงาน จากนั้นเริ่มกิจกรรมหลักครั้งที่ 1 "รู้ทันโรคร้าย" ประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยการบรรยายให้ความรู้และใช้สื่อประกอบการสอนเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษาผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และอภิปรายเกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ช่วงสัปดาห์ที่ 2,3,5,6 กลุ่มทดลองศึกษาเอกสารและแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่บ้านของตนเอง

ช่วงสัปดาห์ที่ 4 จัดทำกิจกรรมหลักครั้งที่2 "ใส่ใจตัวเรา" ประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกการเตรียมตัวก่อนและหลังการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การใช้ตัวแบบผู้ที่ปฏิบัติตัวที่ดีในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำมาถ่ายทอดประสบการณ์ของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการสาธิตวิธีการตรวจ โดยแบ่งกลุ่มเข้าฐาน 2 ฐาน ได้แก่ 1) ฐานเรียนรู้เครื่องมือ อุปกรณ์เพื่อให้เกิดความคุ้นชิน 2) ฐานสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามขั้นตอนจริง พร้อมทั้งสรุปการดำเนินกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมซักถามข้อสงสัย

ช่วงสัปดาห์ที่ 7 จัดทำกิจกรรมหลักครั้งที่ 3 "เพื่อนดูแลกัน " ประกอบด้วย ให้สตรีกลุ่มทดลองจับคู่เพื่อนชี้ โดยให้เพื่อนเตือนเพื่อนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์ชักชวนจูงใจ ในการมาตรวจตามนัด เพื่อให้กำลังใจกระตุ้นเตือนเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอบถามปัญหาอุปสรรคและการแนะนำการเตรียมตัวในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ช่วงสัปดาห์ที่ 8 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (P0st-test) และข้อมูลจำนวนสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังสิ้นสุดการทดลอง

2.2 แผนการสอน เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยหัวข้อในการสอน ดังนี้ 1) ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก 2) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง 3) อาการและอาการแสดง 4) การรักษา 5) ผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 6) การป้องกัน 7) ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 8) แนะนำสถานที่ตรวจ pap smear/ การเตรียมตัวก่อนและหลังรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

2.3 สื่อการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ โปสเตอร์ และ VD0 ประกอบการบรรยาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำ โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประกอบด้วย เนื้อหากิจกรรมหลักทั้ง 3 กิจกรรม ได้แก่ แผนการสอน แผ่นพับ โปสเตอร์ และ VD0 ประกอบการบรรยาย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวและนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบกระบวนการวิจัย เพื่อพิจารณาหาความตรงเชิงเนื้อหา (C0ntent Validity) ของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ภายหลังที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้

ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถาม เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ไปทดลองใช้กับสตรีที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และคำนวณค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - C0efficient) พบว่ามีค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้โดยมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินตามเอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2024 - 010 รหัสโครงการ 021/2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.5 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับสามี มีบุตรจำนวน 2 คน และเคยคุมกำเนิดมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ และส่วนใหญ่ในทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในประเด็นโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิต ประเด็นการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตัดมดลูกออก จะทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ และในประเด็นถ้าป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.70, 4.65 และ 4.65 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบตารางที่ 3 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายข้อและระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในประเด็น สตรีที่เปลี่ยนคู่นอนหลายคน มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และประเด็นสตรีที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 และ 4,45 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในประเด็น ท่านสามารถรับโทรศัพท์เชิญชวนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55

ส่วนที่ 5 ระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในประเด็น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์คุ้มค่า ใช้เวลาไม่นานและไม่เจ็บ และการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปีตามกำหนด จะช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายได้ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.65

ส่วนที่ 6 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในประเด็น การมีเพื่อนชวนให้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และเพื่อนคอยช่วยกระตุ้นเตือน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.65

ส่วนที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า *P - value* < 0.001 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า *P - value* = 0.035

ส่วนที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า *P - value* < 0.001

ส่วนที่ 9 การเปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ พบว่าสัดส่วนของการตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (5.7 เท่า) โดยกลุ่มทดลองทุกคนมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมาเพียง 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.5

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า *P – value* < 0.001 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า *P – value* = 0.035 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง ซึ่งเน้นเนื้อหาตามกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง คือ ครั้งที่1"รู้ทันโรคร้าย" เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเมื่อเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง, ครั้งที่ 2 "ใส่ใจตัวเรา" เป็นการสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองและสถานบริการของสาธารณสุขโดย การบรรยาย เน้นให้รับรู้เกี่ยวกับ กระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานบริการ สาธิตวิธีการตรวจ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเล่าประสบการณ์จากตัวแบบผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ดีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการได้รับ แผ่นพับ ภาพโปสเตอร์ศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง, และครั้งที่ 3 "เพื่อนดูแลกัน" เป็นกิจกรรมเพื่อเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยจับคู่เพื่อนชี้ให้เพื่อนเตือนเพื่อนและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์ชักชวนในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของริญดา ตะวันกุลกิตติ[10] ได้สร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีการให้ความรู้ ความเข้าใจโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่า ก่อนการทดลองและศิริลักษณ์ วรไวย์ และคณะ[11] ได้ศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 - 60 ปี ตำบลกุดใส้จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาภายหลังการทดอง กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์ที่ 2 ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า *P - value* < 0.001 อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมรู้ทันโรคร้าย กิจกรรมใส่ใจตัวเราและกิจกรรมเพื่อนดูแลกัน รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ในขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมตามปกติ ได้แก่ การให้สุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก การประชาสัมพันธ์จากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน การนัดหมายผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้นจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ กลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง และคณะ[12] ได้ศึกษาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ที่เชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จก็ต่อเมื่อบุคคลเห็นว่าความรุนแรงของโรค และรู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ มีความเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค มีความเชื่อมั่นและคาดหวังว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อภาวะสุขภาพได้

วัตถุประสงค์ที่ 3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่าเป็นผลเนื่องมาจาก กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการทดลองโดย ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างกิจกรรม ความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ เพื่อนและผู้มารับบริการ รวมทั้งได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่โดยการโทรศัพท์เชิญชวนให้มารับบริการก่อนวันนัด ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติของหน่วยงานสาธารณสุข จึงทำให้กลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่ระบุว่า บุคคลต้องมีกระบวนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการสตอบสนอง จึงจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามโดยแท้จริง ประกอบกับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการจึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว และคณะ ได้ศึกษา ผลของโปรแกรม การส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจใน การป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็น 4.4 เท่า[7]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายในการนำโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดินไปใช้ให้คลอบคลุมทุกหมู่บ้านในตำบลสว่างแดนดินเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ด้านบุคลากร พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสว่างแดนดิน ควรได้รับการขยายผลในการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งสื่อการสอนต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยกับโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองวัณโรค เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอบพระคุณคณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO/I0C. (2018). Human papillomavirus and related diseases report in Thailand. Washington,DC: n.p.
2. ตันหยง เอี่ยมพร. (2563). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ
30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน.(2566). สรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2566. สกลนคร: โรงพยาบาล.
5. Rogers, R. W. (1983). A protection motivation theory of fear appeals and attitudechange. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied,
91(1), 93-114. d0i: 10.1080/00223980.1975.9915803
6. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Retrieved May 20, 2020, from http://books.google.com/b00ks?id=q02RAAAAIAAJ
7. รัฐพล สาแก้ว, จงกลณี ธนาไสย์, และบัณฑิต วรรณประพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 23(1), 17-30.
8. Likert, Rensis. (1967). The Method of Constructing and Attitude Scale. Attitude Theory and Measurement. Fishbeic, Martin, Ed. New York: Wiley & Son.
9. Best, J. W. (1981). Research in educati0n (4th ed.). New Jersey: Prentice - Hall.
10. ริญดา ตะวันกุลกิตติ. (2560). รูปแบบกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 1(6), 5-14.
11. ศิริลักษณ์ วรไวย์, สังวรณ์ วรไวย์, ชาติธนา ปัตตาลาโพธิ์, และวรรณา ตรุนจันทร์.(2558). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ตำบลกุดใส้จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 23(5), 81-173.
12. ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง, พัชราพร เกิดมงคล, และทัศนีย์ รวิวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม. วารสารสุขศึกษา, 42(2), 52-62.

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

Comparison of case studies of nursing care for colon and rectal cancer patients who underwent colostomy at Bamrasnaradura Institute, Department of Disease Control.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

ประศาสตร์พร ชื่นใจ[1]
Prasartporn Chunjai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีภาวะร่วมกับโรคเรื้อรังก่อนผู้ป่วยกลับบ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างกรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วย 2 รายที่มีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคตับ การศึกษามุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมการจัดการด้านร่างกาย จิตใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว การพยาบาลที่เน้นการจัดการด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนผู้ป่วยส่งผลให้การฟื้นตัวทางจิตใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับตัวกับชีวิตใหม่ และลดผลกระทบในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่, ทวารหนัก, การผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง, สถาบันบำราศนราดูร.

ABSTRACT

The comparison of case studies of nursing care of colorectal cancer patients undergoing colostomy at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control. aimed to examine the differences in nursing care for colorectal cancer patients who are undergoing colostomy and to promote self-care ability and family involvement in caring for patients with chronic diseases. The goal was to help patients achieve a good quality of life before their return home. This case study included two patients with co-morbidities such as diabetes, hypertension, heart disease, and liver disease. The study focused on holistic patient care, addressing physical and mental health management as well as family support to enhance recovery and minimize postoperative complications.

Result the study found that postoperative nursing care that incorporates holistic care encompassing physical, mental, and family support effectively reduces the risk of complications. Providing guidance on self-care boosts confidence in both patients and their families. Encouraging family involvement in patient care contributes to improved mental recovery and overall quality of life. Family support plays a crucial role in helping patients adapt to their new circumstances and mitigate long-term negative effects.

Keywords: Colon cancer, rectum, colostomy surgery, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

[1] สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยมามากกว่าหนึ่งทศวรรษ อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากไม่ได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ ซึ่งกว่าจะรู้ตัวว่าป่วยโรคมะเร็งก็มีอาการผิดปกติปรากฏขึ้นแล้ว โดยกระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง โดยเฉลี่ยปีละประมาณ 60,000 คน ซึ่งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นประเภทที่คร่าชีวิตผู้ป่วยเพศชายมากที่สุด ร้อยละ16.2 และในเพศหญิงเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 37.5 ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ ผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน ยารักษาตรงเป้า รังสีร่วมรักษา และการรักษาประคับประคองตามอาการด้วยอายุรกรรมทั่วไป โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกันออกไป บางรายอาจใช้วิธีรักษาเพียงวิธีเดียว บางรายจะต้องใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ระยะของโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง บริเวณของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่มะเร็งผ่าตัดได้หรือไม่ หลังผ่าตัด ยังคงหลงเหลือก้อนมะเร็งหรือไม่ ผลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร อายุของผู้ป่วย และสุขภาพของผู้ป่วย[1] ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดนี้เป็นวิธีการรักษาที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปี มีจำนวนมากขึ้น การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นวิธีการรักษาร่วมกับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีอื่น ซึ่งเป็นวิธีการรักษาเพื่อช่วยระบายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง อย่างไรก็ตามบุคคลที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์อย่างรุนแรง ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสิ่งกังวลห่วงใยมากมาย จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน ในปัจจุบันมีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการควบคุมให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วมนี้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการบูรณาการแนวคิดการจัดการตนเองตนเองสู่ผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ตามแนวคิด (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program[2] ในการผ่าตัดทวารเทียม นั้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมและโรคร่วมได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อป้องกันและช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับการผ่าตัดนั้นหายจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องได้รับการผ่าตัดทวารเทียมบางราย มีภาวะโรคร่วม ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติก่อนทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ เลือดออกง่าย และภาวะสมองขาดเลือด หากผู้ป่วยได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนรับการผ่าตัดเป็นอย่างดี ก็จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังหลังผ่าตัดได้ และผู้ป่วยสามารถวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[3]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ทักษะ ความชำนาญในการประเมิน

ผู้ป่วย การวิเคราะห์ปัญหา เพื่อนำมาวางแผนการดูแลพยาบาลโดยใช้กระบวนการ ทักษะในการประเมิน ติดตามอาการ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่มีโรคร่วมอย่างมีมาตราฐานวิชาชีพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม อย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) รวมถึงดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ที่บ้าน และก่อนที่ผู้ป่วยทุกรายจะกลับไปดูแลฟื้นฟูร่างกายที่บ้าน จะมีการประเมินความเข้าใจและการดูแลตัวเองสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด เปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตัวเองป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นรูปแบบกรณีศึกษา (Case Study) การพยาบาลผู้ป่วย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ศึกษาได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกรณีศึกษาเปรียบเทียบ จำนวน 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีภาวะโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน โรคตับ ความดันโลหิตสูง ไขมัน และหัวใจเต้นผิดจังหวะ และได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

จริยธรรมการวิจัย

ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง (Colostomy) ที่มีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคตับ รายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี สถานสภาพหม้าย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา อ.เมืองปราจีนบุรี จ.ปราจีนบุรี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ 50,000 - 70,000 บาท สิทธิ์การรักษา เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ปฏิเสธการแพ้ยา และสารอาหารใดๆ ปฏิเสธโรคประจำตัวของครอบครัว วินิจฉัยโรค CA Middle rectum on colostomy ที่หน้าท้อง มีสีหน้าสดชื่น พูดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน แผล colostomy แห้งดี ไม่ถ่ายเหลว ไม่มีอาเจียน ไม่มีอาการปวดท้อง ทานอาหารได้น้อย แต่สามารถทานอาหารเสริมได้ (นม ไข่ขาว) มีโรคร่วม ได้แก่ โรคตับ โรคกระดูกพรุน ได้รับการผ่าตัด CA colon และผ่าตัดสะโพกตั้งแต่ปี 2555 ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง มักมีอาการปวดเวลานอน และมีอาการตัวร้อนเป็นๆ หายๆ แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี ไม่มีอาการถ่ายเหลว ไม่มีอาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ประมาณ 3-4 คำ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา แพทย์วินิจฉัย เป็น Dyspepsia ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน และแพทย์นัดทำ Drop colostomy with EGD to Remove pigtail stent อาการทั่วไปปกติ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ปวด

ท้อง ทานอาหารได้ เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมแพทย์ส่ง consult Med พบ liver cirrhosis ให้รับยาไปรับประทานที่บ้าน แพทย์นัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัย R/O Cirrhosis From NASH (ไขมันคั่งสะสมในตับ)และ past Hepatitis B infection with gall stone ต่อมาผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดเอว เวลานั่งนานๆ ชาปลายเท้าซ้าย มา 1 เดือน แพทย์วินิจฉัย Osteoporosis, Fx. L1-L3 ได้รับยาไปรับประทานที่บ้าน และมีอาการปวดศีรษะข้างขวา เวียนศีรษะ, บ้านหมุน ชาใบหน้าขวา มองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน ตาข้างขวาพร่ามัวไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นมา 4 วัน แพทย์วินิจฉัย CN3, CN6 palsy แพทย์แนะนำไปรักษาโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรค ต่อมาผู้ป่วยหกล้ม มีอาการปวดหลัง ไม่ร้าวลงขา มีอาการ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยให้ประวัติเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ทำ MRI พบ Fx. L1-L5 แพทย์วินิจฉัยว่า Foot drop with Multiple L- Spine fx. แพทย์ให้ยาไปรับประทานที่บ้าน ผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรีอย่างต่อเนื่อง

ปี 2556 ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดต่อเนื่องในการรักษาของโรค liver cirrhosis (ขาดนัด 1 เดือน) และมาพบแพทย์ด้วยอาการไอ ไข้ มีอาการเหนื่อยหอบ แพทย์เจาะปอดขวาส่งตรวจ ADA, ตรวจเสมหะ AFB จำนวน 3 วัน พบ TB LN Pleural เข้ารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

ปี 2561 ผู้ป่วยมีอาการปวดต้นขาซ้ายเวลาลุกเดิน แพทย์วินิจฉัย R/O OA Left hip ญาติมาเข้ารับการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้และขอประวัติการรักษา เพื่อเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี 2561 – 2566

ปี 2566 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มีอาการท้องผูกมานาน 1 เดือน มีเลือดปนเวลาขับถ่าย ญาติให้ประวัติว่า 3 ปีที่ผ่านมา ไม่ได้พบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย ถ่ายเป็นเลือด การขับถ่ายไม่ปกติ ถ่ายเป็นก้อนแข็ง มีเลือดปนตลอด แพทย์วินิจฉัย Chronic constipation with Fecal blood ส่งปรึกษาศัลยกรรม แพทย์ส่งทำ Colonoscopy และส่งตรวจชิ้นเนื้อ ผลตรวจพบเป็น adenocarcinoma แพทย์วินิจฉัย CA Middle rectum ทำการผ่าตัด Loop Transverse colostomy ผู้ป่วย on colostomy หลังผ่าตัดแพทย์ได้รักษารับยาเคมีบำบัด และสถาบันบำราศนราดูร ได้ส่งต่อการรักษาด้วยการฉายแสง ที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งย่านบางเขน กรุงเทพมหานคร และเดือนพฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยมีปัญหา Severe Malnutrition แพทย์นัด Admit เพื่อ Improve nutrition แพทย์วางแผนผ่าตัด Low Anterior Resection with End-to-End Anastomosis with Repair Vagina

กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องที่ถุง colostomy มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้งถ่ายได้ปกติ ไม่มีปวดบวมแดงร้อนที่ผิวหนังรอบๆถุง colostomy แพทย์ส่งทำ CT whole abdomen ผลเป็น cholecystitis with distal CBD stone and CBD dilatation Refer ส่งโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อทำ ERCP ผลตรวจพบ(1)gall stone with Supportive cholecystitis (2) distal CBD stone obstruction แพทย์ได้รับการรักษา S/P ERCP to Remove stone with stent placement อาการปวดท้องดีขึ้น และสิงหาคม 2567 แพทย์นัดผู้ป่วยทำ Drop colostomy with EGD to Remove pigtail stent อาการทั่วไปปกติ แพทย์นัดฟังผล CEA และ Computerized Tomography Scan (CT scan)

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี สถานสภาพหม้าย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ ภูมิลำเนาเขตบางซื่อ กทม การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพราชการบำนาญ มีรายได้ 30,000 – 40,000 บาท/เดือน ได้จากบุตร 20,000 -30,000 บาท สิทธิ์การรักษา เบิกจ่ายตรง

กรมบัญชีกลาง ปฏิเสธการแพ้ยา และสารอาหารใดๆ วินิจฉัยโรค CA sigmoid with sigmoid abscess ผู้ป่วยติดเตียง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถามตอบรู้เรื่อง ผู้ป่วยดึงสายNG ออกจากบ้าน แต่รับประทานอาหารได้เอง แผล colostomy แห้งดี ไม่ถ่ายเหลว ไม่มีอาเจียน ไม่มีอาการปวดท้อง มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะ และได้รับการผ่าตัด Explore lap with sigmoidectomy with Hartmann's procedure with colostomy with Rt. C-line CA with endo ปฏิเสธโรคประจำตัวของครอบครัว
ตั้งแต่ปี 2563 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายเหลว วันละ 3-4 ครั้ง/วัน เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แผนรักษารักษาตามอาการ

ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการถ่ายเหลววันละ 5-6 ครั้ง/วัน มีไข้ต่ำ ๆ รับประทานอาหารไม่ได้ มีขาบวม มีอาการเป็นมา 1 วัน แพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Norovirus acute gastroenteritis แพทย์ให้ยา Antibiotic Ceftriaxone จำนวน 2 gm ทางหลอดเลือดดำรักษาที่โรงพยาบาลอาการไม่ดี แพทย์ให้การรักษาด้วยการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการพบ Albumin และpotassium ต่ำ รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการถ่ายเหลวมาตลอดระยะเวลา 3 ปี และซักประวัติพบว่ามีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 21 วัน ระหว่างผู้ป่วยรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร แพทย์ได้ตรวจร่างกายและซักประวัติ พร้อมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์ส่งทำ CT chest with contrast ผลตรวจพบ sigmoid colon, sized about 7.3 cm in length. แพทย์วินิจฉัย เป็น CA sigmoid mass รักษาตามอาการ และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง ทานยาแก้ไข้ ไข้ไม่ลด แพทย์วินิจฉัย Klebsiella pneumoniae Septicemia from sigmoid, Proteus UTI, CA sigmoid abscess formation แพทย์รักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อ วางแผนพบแพทย์ศัลยกรรม เรื่อง CA sigmoid abscess และแพทย์ให้กลับบ้านรักษาตามอาการ และเดือนธันวาคม 2566 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการมีไข้สูง ส่งพบแพทย์ศัลยกรรม ส่งทำ CT whole abdomen พบ sigmoid colon, sized about 7.3 cm in length แพทย์วินิจฉัย เป็น sigmoid adenocarcinoma causing Large Bowel obstruction วางแผนการรักษาแบบผ่าตัด Explore lap with sigmoidectomy with Hartmann's procedure with colostomy with Rt. C-line CA with endo นอนรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร 17 วัน แพทย์ให้รักษาตามอาการ อนุญาตให้กลับบ้าน และนัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง พร้อมแนะนำญาติไปติดต่อขอประวัติเดิมที่รักษาโรคประจำตัวโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครมาด้วย

เมษายน 2567 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อดูแผลที่ on colostomy แผลแห้งดีไม่ติดเชื้อ (Good granulation) และพูดคุยกับคนไข้และญาติถึงแผนการรักษาเคมีบำบัด แต่จากการประเมิน Eastern Cooperative Oncology Group การประเมินโดยแพทย์ ผลการประเมิน ECOG = 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อยู่บนเตียง > 50% ของเวลา 1 วัน ไม่สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ ประกอบกับญาติปฏิเสธการรักษา แพทย์นัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง 2 เดือน โดยแจ้งผู้ป่วยและญาติให้ Home Blood Pressure Monitoring เดือนกรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยมาตามนัดและฟังผล CEA ผู้ป่วยรู้สึกตัวนี้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถามตอบรู้เรื่อง ผู้ป่วยดึงสายNG ออกจากบ้าน แต่รับประทานอาหารได้เอง แพทย์แจ้งผลห้องปฏิบัติการ CEA (ค่าปกติ 2.5 – 5 นาโนกรัมมิลลิลิตร) ซึ่งผลของผู้ป่วยพบ 2.37 นาโนกรัม/

มิลลิลิตร ค่าต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย และแพทย์ให้ยาตามอาการอนุญาตให้ญาติพากลับบ้านพร้อม นัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง อีก 3 เดือน เพื่อติดตามผล CT chest with whole abdomen, CEA และเดือนกันยายน 2567 ญาติมาฟังผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามนัด CEA ผลปกติ, CT chest with whole abdomen: No recurrence นัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง อีก 3 เดือนฟังผล CEA และ Computerized Tomography Scan (CT scan)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง (Colostomy) สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค จำนวน 2 รายที่มีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคตับ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ตอนกลาง (Middle Rectum) มีความซับซ้อนในแง่ของการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลอย่างละเอียด เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องพิจารณาถึงหลาย ๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง[3] ดังนี้

1. การประเมินและการวินิจฉัยการพยาบาล

1.1 การประเมินอาการทางกายภาพ

- อาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ตอนกลาง ผู้ป่วยมักมีอาการหลัก เช่น ท้องผูก ท้องเสีย, ปวดท้อง, การขับถ่ายผิดปกติ, มีเลือดในอุจจาระ หรือการลดน้ำหนักที่ไม่สามารถอธิบายได้ การประเมินอาการเหล่านี้สำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยในการวินิจฉัยปัญหาทางพยาบาลและให้การจัดการได้ตรงจุด

- การดูแลหลังการผ่าตัด หากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด (เช่น การตัดลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งออก) การดูแลแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อเป็นสิ่งที่สำคัญ ควรมีการตรวจสอบการหายของแผลอย่างสม่ำเสมอ

- การประเมินความเจ็บปวด จากมะเร็งลำไส้ใหญ่ตอนกลางเป็นปัญหาหลักที่ต้องจัดการให้ดี การใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด เช่น การใช้ “Pain scale” ช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถติดตามและให้การรักษาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การประเมินทางจิตใจ

- ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ตอนกลางอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา (เช่น เคมีบำบัด) หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต การประเมินและสนับสนุนทางจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ

- ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย หากผู้ป่วยต้องมีทวารเทียมหลังการผ่าตัด การดูแลและประเมินสภาพจิตใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนี้จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

1.3 การประเมินด้านโภชนาการ

- ผู้ป่วยที่มีมะเร็งลำไส้ใหญ่ตอนกลางมักจะมีอาการทางเดินอาหารที่ผิดปกติ เช่น ท้องผูกหรือท้องเสีย ซึ่งส่งผลต่อการรับประทานอาหาร ดังนั้นการประเมินสภาพโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอในการฟื้นฟูร่างกาย

2. การวินิจฉัยการพยาบาล

จากการประเมิน, การวินิจฉัยการพยาบาลที่สามารถสรุปได้ในกรณีศึกษานี้มีดังนี้:

- ความเจ็บปวด (Pain related to tumor mass or surgical procedure)

- ภาวะโภชนาการไม่สมดุล (Imbalanced nutrition: Less than body requirements related to decreased food intake)

- ความวิตกกังวล (Anxiety related to disease prognosis and treatment)

- ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Risk for infection related to surgical wounds or chemotherapy)

- ความเสี่ยงในการขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Risk for fluid volume deficit related to gastrointestinal symptoms or dehydration)

3. การพยาบาลและการจัดการดูแล

3.1 การจัดการกับความเจ็บปวด

- การประเมินความเจ็บปวด ควรประเมินความเจ็บปวดทุกครั้งที่มีการพยาบาล เช่น ใช้ “Pain scale” เพื่อติดตามความรุนแรงของอาการและกำหนดแผนการจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสม

- การใช้ยาแก้ปวดที่เหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ยาต้านการอักเสบไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) หรือยาปฏิชีวนะชนิดที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด

3.2 การจัดการภาวะโภชนาการ

- การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบถ้วน เช่น ข้าวต้ม, โจ๊ก, ผักต้มบด เป็นต้น

- การติดตามน้ำหนักและการขาดสารอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามน้ำหนักตัวและตรวจระดับอัลบูมินในเลือดเพื่อตรวจสอบภาวะขาดสารอาหาร

3.3 การจัดการภาวะจิตใจ

- การให้การสนับสนุนทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วย เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับมือกับโรคมะเร็ง การพูดคุยเพื่อเข้าใจความวิตกกังวลและความกลัวที่ผู้ป่วยเผชิญ

- การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และชัดเจนเกี่ยวกับการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา และการดูแลตัวเองหลังการรักษา จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

3.4 การดูแลแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อ

- การดูแลแผลผ่าตัด ควรมีการประเมินแผลผ่าตัดทุกวันเพื่อตรวจสอบการติดเชื้อ เช่น บวม แดง หรือมีหนอง

- การป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะการรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัดและการให้ยาปฏิชีวนะตามคำแนะนำจากแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัด

4. การวิจารณ์การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ตอนกลาง (Middle Rectum) และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง (Colostomy)เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเข้าใจทั้งในด้านการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล รวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจและการดูแลหลังการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลและปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องพิจารณาหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ การดูแลหลังการผ่าตัด และการช่วยปรับตัวในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เต็มที่และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สามารถพิจารณาหลายๆด้านดังนี้

4.1 การประเมินผู้ป่วย

1. การประเมินทางร่างกาย

- การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้นมักไม่แสดงอาการมากนัก แต่เมื่อมะเร็งลุกลามอาจเกิดอาการเจ็บปวดจากการอุดตันของลำไส้ หรือการแตกของเนื้องอก การประเมินและการจัดการกับอาการเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาล

- การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย: ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่บางรายอาจมีภาวะโภชนาการไม่สมดุล การสูญเสียน้ำหนัก หรือภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก อาจต้องประเมินการบริโภคอาหารและความสามารถในการย่อยอาหาร

- การดูแลแผลผ่าตัด หากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพื่อเอามะเร็งออก การดูแลแผลผ่าตัด เช่น การทำความสะอาด การตรวจหาการติดเชื้อ หรือการเยียวยาแผลเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นตัว

2. การประเมินทางจิตใจ

- การประเมินความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา การดำเนินโรค หรือผลข้างเคียงของการรักษา เช่น การทำเคมีบำบัดหรือการผ่าตัด การประเมินสภาพจิตใจและการสนับสนุนทางจิตใจสามารถช่วยลดความเครียดและวิตกกังวล

- การสนับสนุนด้านอารมณ์ในการรักษาโรคมะเร็งสามารถส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก การให้คำปรึกษา และการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนจะช่วยเพิ่มความเข้าใจและลดความวิตกกังวล

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัญหาที่เกิดจากภาวะเจ็บปวด

- การพยาบาล: การจัดการความเจ็บปวดให้มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง และการใช้วิธีบำบัดอื่น ๆ เช่น การทำสมาธิหรือการฝึกหายใจ

- ข้อวิจารณ์: การใช้ยาแก้ปวดต้องมีการควบคุมอย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิดการพึ่งพายาเกินไป ควรเสริมด้วยการฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อช่วยลดอาการเจ็บปวด

2. ปัญหาทางโภชนาการ

- การพยาบาล: การติดตามและประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การแนะนำการเลือกอาหารที่มีไฟเบอร์สูงเพื่อช่วยการขับถ่าย และการแนะนำอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นตัว

- ข้อวิจารณ์: บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ทั้งหมดเนื่องจากอาการอุดตันในลำไส้หรือผลข้างเคียงจากการรักษา การแนะนำอาหารที่ย่อยง่ายและการปรับเปลี่ยนโภชนาการให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ

3. ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์

- การพยาบาล: การให้คำปรึกษาทางจิตใจเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การเสนอกลุ่มสนับสนุนหรือการพบจิตแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึก และได้รับคำแนะนำในการรับมือกับความเครียด

- ข้อวิจารณ์: การสนับสนุนทางจิตใจควรเป็นการสนับสนุนที่มีความเป็นส่วนตัวและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับความเครียดและปัญหาทางจิตใจได้ดีขึ้น

4.3 การพยาบาลระยะหลังการรักษา

1. การดูแลหลังการผ่าตัด

- การพยาบาล: หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลแผลผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยการประเมินแผลอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการติดเชื้อ และการตรวจสอบภาวะเลือดออก

- ข้อวิจารณ์: การดูแลแผลผ่าตัดและการตรวจสอบการรักษาแผลให้มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

2. การให้การสนับสนุนด้านจิตใจ

- การพยาบาล: การสนับสนุนด้านจิตใจหลังการรักษามะเร็งเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมักเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษา การกลับมาของโรค หรือการฟื้นตัวจากการรักษา

- ข้อวิจารณ์: การสนับสนุนด้านจิตใจต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นใจในตัวเองและการเตรียมตัวรับมือกับผลข้างเคียงของการรักษาอย่างเหมาะสม

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง (Colostomy) สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค การศึกษามุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมการจัดการด้านร่างกาย จิตใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการสนับสนุน

จากครอบครัว การพยาบาลที่เน้นการจัดการด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนผู้ป่วยส่งผลให้การฟื้นตัวทางจิตใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับตัวกับชีวิตใหม่ และลดผลกระทบในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2,3]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลที่ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมเพิ่มเติมให้สามารถจัดการกับภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความวิตกกังวลและความเครียดสูง

2. ควรมีการสื่อสารและแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มการสนับสนุน ความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูผู้ป่วยแบบองค์รวม

3. ควรให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลแผลผ่าตัดและทวารเทียมก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

4. ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตัวเอง การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลตัวเอง

5. ควรติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ต้องได้รับการติดตามผลอย่างใกล้ชิดหลังการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

6. ควรมีการฝึกทักษะในการประเมินความเจ็บปวดอย่างละเอียดและต่อเนื่อง เพื่อให้การจัดการความเจ็บปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้ยาควบคู่กับวิธีการผ่อนคลายสามารถช่วยลดอาการเจ็บปวดได้ดีขึ้น

7. ควรประเมินอาการทางเดินอาหารให้สามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ควรมีการแนะนำให้ผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ในกรณีที่มีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าจากการรักษาและนัดอย่างต่อเนื่อง

9. ควรมีการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (Basic knowledge of cancer) (ออนไลน์). 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.phukethospital.com/th/news- events/cancer/
2. ปาริชาต นาถบุญ. ERAS protocol & colostomy (ออนไลน์). 2563 [เข้าถึง เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2020/02/ERAS-Nursing-Care.pdf
3. วันดี สำราญราษฎร์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1 (2), 96-111.

รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Model of District Quality of Life Development Committee Operational in Treating Drug Users Kasetwisai District, Roi Et Province.

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

สุภศักดิ์ เมืองพรหม[1]
Suphasak Muangphrom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การบำบัดผู้ใช้สารเสพติด ศึกษารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด และศึกษาศึกษาผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,465 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรายงานผลการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย 1) ผลการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข โครงการ พชอ. ทั้งการทำงานเป็นทีม ร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity Team) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน เพื่อการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(Customer Focus)การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)การชื่นชมและให้คุณค่า การทำงานอย่างมีคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ(Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)การดูแลผู้ใช้สารเสพติดและประชาชน (Essential care) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ที่จำเป็น ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ คิดเป็นผลการประเมิน ร้อยละ 100 2) จากการคัดกรองประชาชนกลุ่มอายุ 15-65 ปี ในอำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 32.989 คน พบผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 1,465 คน และทุกคนสมัครใจเข้ารับการบำบัด ฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) 3) ผลจากการดำเนินงานฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) ทั้ง 13 ตำบล จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด 1,465 คน พบว่า หลังจากการเข้าค่ายบำบัด ครั้งที่ 9 ยังพบผู้ที่ใช้สารสเพติด จำนวน 165 คน

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การบำบัดผู้ใช้สารเสพติด

Abstract

This participatory action research aimed to 1) study the situation of drug user treatment, 2) study the operation model of the district quality of life development committee in drug user treatment, and 3) study the results of using the operation model of the district quality of life development committee in drug user treatment in Kaset Wisai District, Roi Et Province. The sample group consisted of 1,465 drug users in Kaset Wisai District, Roi Et Province. The data collection tools were the drug user treatment result report form in Kaset Wisai District, Roi Et Province. The data were

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (รักษาราชการแทน) สาธารณสุขอำเภอโพนทราย

analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and content analysis.

Research results 1) The results of the evaluation of the quality of life development operations at the district level according to the UCCARE criteria of the Ministry of Public Health, the PHC project, including teamwork at the district level (Unity Team), giving importance to target groups and people to improve people's quality of life (Customer Focus), community participation and network partners (Community participation), appreciation and giving value to both service recipients and service providers (Appreciation), and sharing of resources. And human resource development (Resource sharing and human development), care for drug users and the public (Essential care), including the development of people's quality of life according to the context of the necessary area. Passed all criteria, calculated as an evaluation result of 100 percent 2) From the screening of people aged 15-65 years in Kaset Wisai District, a total of 32,989 people, found 1,465 drug users and all of them voluntarily received treatment and rehabilitation for drug users using the community as a base (Community Based Treatment: CBTx) 3) The results of the drug user rehabilitation using the community as a base (Community Based Treatment: CBTx) in all 13 sub-districts, a total of 1,465 people received treatment, found that after the 9th treatment camp, there were still 165 people who used drugs. Keywords: District Quality of Life Development Committee, Drug User Treatment

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดในโลกและภูมิภาคเอเชียมีความรุนแรงและซับซ้อน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการผลิตและค้ายาเสพติดอย่างกว้างขวาง เช่น สามเหลี่ยมทองคำ โดยในปี 2565 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 292 ล้านคน โดยกัญชาเป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด รองลงมาคือโอปิออยด์และแอมเฟตามีนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีการจับกุมยาเสพติดประเภทนี้มากถึง 325 ตันในปี 2562 ซึ่งถือเป็นสถิติสูงสุด นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการค้ายาเสพติดในช่วงแรก แต่ตลาดยาเสพติดได้ปรับตัวและกลับมาแข็งแกร่งอีกครั้ง โดยสถานการณ์ความรุนแรงในตลาดยาเสพติดยังคงอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงความท้าทายในการควบคุมและปราบปรามยาเสพติดในระดับโลกและภูมิภาค[1,2]

สำหรับประเทศไทย ปัญหายาเสพติดในชุมชนประเทศไทยมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และอาชญากรรม ยาเสพติดได้แพร่ขยายเข้าสู่ชุมชนต่าง ๆ ทำให้ผู้เสพจำนวนมากมีสุขภาพทรุดโทรมและมีปัญหาทางจิตเวช โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษามาจากการเสพยาเสพติด นอกจากนี้ การเสพยาเสพติดยังทำให้เกิดความขัดแย้งในชุมชน และส่งผลกระทบต่อการทำงานและการศึกษาในกลุ่มเยาวชน เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น สถานภาพทางครอบครัวที่ไม่ดี อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และสภาพแวดล้อมที่ขาดการสนับสนุนทางการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด แนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหายาเสพติดคือการนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการฟื้นฟูและช่วยให้ผู้ติดสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ การบำบัดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มุ่งหวังเพื่อฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สังคม โดยมีหลายวิธีการที่สามารถนำมาใช้ เช่น การบำบัดทางการแพทย์

การบำบัดทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม การบำบัดทางการแพทย์ การบำบัดทางการแพทย์มักรวมถึงการใช้ยาเพื่อช่วยลดอาการถอนยาและควบคุมอาการเสพติด เช่น การให้ยาทดแทนในกรณีของการติดฝิ่นหรือยาบ้า การบำบัดทางจิตใจ การบำบัดทางจิตใจจะเน้นการให้คำปรึกษาและการบำบัดพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ติดยาเข้าใจถึงสาเหตุของการเสพติดและพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหาชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนก็มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ติดยา โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกยาเสพติดและการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติดในสังคม การบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อให้ผู้ติดยาได้รับการดูแลอย่างครบวงจร ทั้งทางการแพทย์ จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดและกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดไม่เพียงแต่ช่วยลดจำนวนผู้เสพติดในสังคม แต่ยังช่วยลดปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน[3,4] ซึ่งการที่จะนำผู้ติดยาเสพติดในชุมชนเข้าสู่กระบวนการบำบัด มีหลากหลายวิธี แต่แนวทางหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคือการใช้อำเภอเป็นฐาน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก[5,6]

ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นแนวคิดของระบบสาธารณสุขมูลฐานแบบครบถ้วนรอบด้าน (Comprehensive Primary Health Care) โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับอำเภอ ซึ่งครอบคลุมประชากรจำนวน 50,000 ถึง 500,000 คน เป็นการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ รวมทั้งการบริการทางสังคมที่ดำเนินการโดยท้องถิ่น[7] เป็นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนเพื่อจัดการด้านสุขภาพในระดับอำเภอ โดยมีการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน ระบบนี้มีความสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนานโยบายและมาตรการที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคือการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือใน การนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน และ DHB เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ[6,7]

การแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชนโดยใช้อำเภอเป็นฐานเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ เพื่อจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก บทบาทของ พชอ. ในการแก้ปัญหายาเสพติดเป็นเวทีประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน

และภาคประชาสังคม ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างบูรณาการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ และกำหนดแนวทางการป้องกันและแก้ไขที่เหมาะสมส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้ศักยภาพของชุมชนเป็นฐาน ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรีย์ ทองเจิม ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์ ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร.(2566)[8] พบว่าการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ผ่านรับการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ควรมีการขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสอดคล้องกับไพรจิตร ศิริมงคล.(2566)[6] ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคายดำเนินงานประเด็นที่คัดเลือก 2 ประเด็น คือ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพ ติดในชุมชน และการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนน ผลประเมินตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านระดับ 4 คะแนน ทั้งสองประเด็น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพ ผู้บริหารให้ความสำคัญปัญหาจาก ระดับพื้นที่ แผนที่บูรณาการ มอบหมายบทบาทหน้าที่ และมีการแต่งตั้ง พชต. กำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

อำเภอเกษตรวิสัยมีสภาพปัญหาด้านยาเสพติด ดังนี้ มีการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น วัยแรงงานเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มที่จะพบกลุ่มที่เป็นเยาวชนเพิ่มมากขึ้นและพบผู้ป่วยสุขภาพจิตที่มีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นการมุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทาง โดยการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดให้ได้รับการดูแล อย่างไม่เลือกปฏิบัติ มุ่งเน้นการฟื้นฟูทุนมนุษย์ มุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพชุมชนและสังคม รวมทั้งการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุข อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดจึงได้มีการนำแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) เป็นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่สามารถทำได้ในชุมชน ซึ่งสามารถคัดกรองผู้เสพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ “ผู้ใช้” ใช้เป็นครั้งคราว “ ผู้เสพ” มีแนวโน้มเสพบ่อยขึ้น และ “ผู้ติด” หมกมุ่นในการเสพ โดยผู้ใช้และผู้เสพ ให้การดูแลแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ส่วนผู้ติด มีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ต้องส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ติดยาเสพติด มีโอกาสกลับมาเสพติดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิมประสบปัญหาเดิม ๆ ในชีวิต ก็อาจกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้อีก การบำบัดรักษาจึงไม่สามารถใช้การแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวแต่ต้องควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านสังคมของผู้ป่วย “ชุมชนล้อมรักษ์” จึงเป็นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่สามารถทำได้ในชุมชน เป็นการแก้ไขปัญหาจากสาเหตุ กลไก และผลกระทบของปัญหายาเสพติด โดยคนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มศักยภาพ เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมดูแล ในปัจจุบันมีชุมชนที่ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมเกิดผลสัมฤทธิ์ และสามารถเป็นต้นแบบแนวปฏิบัติในทุกภาค

จากสถาการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเป็นการนำแนวทางการแก้ปัญหายาเสพติดโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ มุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ในระดับอำเภอ เพื่อจัดการปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาผลการรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,465 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,465 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรายงานผลการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

1.2 กำหนดกิจกรรมรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3 การดำเนินการตามรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมของรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถานการณ์การบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1

1. สถานการณ์การบำบัดผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากการคัดกรอง ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย อายุ 15-65 ปี ทุกคน ในอำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 32,989 คน พบผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1,465 คน

2. ปัญหาในการการบำบัดยาเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร 2) ปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่มีการเสพซ้ำ หรือเข้ารับการบำบัดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอน ครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ 3) ปัญหาในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นและการติดตามผล 4) ปัญหาด้านงบประมาณ

3. สภาพปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเกษตรวิสัยในแต่ละด้านมีดังนี้

3.1 ด้านผู้ปฏิบัติงาน พบว่าคณะกรรมการและอนุกรรมการ ส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการ ดำเนินงาน พชอ. ขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ มีการปฏิบัติงานไม่ตรงตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดตาม โครงสร้าง

3.2 ด้านงบประมาณ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง แต่มีการนำงบประมาณ ไปใช้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ในการพัฒนาหมู่บ้าน การจัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของ พื้นที่ ทำให้บางพื้นที่มีงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ

3.3 ด้านระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ มีการนำโปรแกรมมาใช้ในการจัดทำรายงาน พชอ. ระดับ เขต แต่การนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการและการดำเนินงานขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้บันทึกข้อมูลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอเกษตรวิสัย ดังต่อไปนี้

1.ขั้นเตรียมการ ดำเนินการก่อนการขับเคลื่อนงาน

1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานขับเคลื่อน การแก้ปัญหาคุณภาพชีวิต

1.2 กำหนดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา คัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ กำหนดรูปแบบหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่

1.3 จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทปัญหาในพื้นที่

1.4 กำหนดแผนดำเนินงานที่บูรณาการทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันทุกภาคส่วน

1.5 กำหนดการติดตามและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาหรือผลการแก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทของ พื้นที ในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการเป็นประจำทุกเดือน

2. ขั้นดำเนินการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.1 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. มีการพัฒนาทีมทำงานและพัฒนาศักยภาพของ คณะกรรมการและอนุกรรมการ เพื่อสร้างทีมทำงานคุณภาพระดับอำเภอ ขยายผลการทำงานไปยังระดับตำบล ส่งเสริมการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนอำเภอเกษตรวิสัย

2.2 สร้างการรับรู้การอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน พชอ.เพื่อให้ คณะกรรมการทุกคนเข้าใจงานและบทบาทหน้าที่ ของตนเองมากขึ้น รวมถึง เป็นการสร้างความตระหนักใน การร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และการศึกษาดูงาน เพื่อเปิดโอกาสให้ คณะทำงานได้เปิดโลกทัศน์ ได้รับ

ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ จากพื้นที่อื่น ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนี้ ยังเป็นการกระตุ้นให้ทีมทำงานได้มีกิจกรรมร่วมกัน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเกิดความสามัคคี

2.3 นำนโยบายสู่การปฏิบัติ นำแผนงานโครงการ จากการวางแผนงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการยาเสพติด สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2.4 การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อทบทวน และสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพของ คณะกรรมการและอนุกรรมการ การได้รับการสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง และการสร้าง เครือข่ายในการดำเนินงาน

2.5 ถอดชุดความรู้ เพื่อศึกษาปัจจัยการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดำเนินงานด้านยาเสพติด ถึงปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและสามารถเป็นต้นแบบการดำเนินงานได้

3. ขั้นตอนการประเมินผล

เป็นการติดตามผลการดำเนินงานหลังจากขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ต้องมีการประเมินผลอย่างมีขั้นตอน ตามประเด็นการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีรูปแบบการประเมิน 3 ขั้นตอน

1.การประเมินการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) ให้ครบทั้งหมด

2.การประเมินผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) ที่มีผลการตรวจปัสสาวะ ครั้งที่ 9 ตามเกณฑ์ จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินโครงการหรือผลงานในพื้นที่ ตั้งแต่การริเริ่ม ไปจนถึงการกำหนดแนวทางและดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาหรือการพัฒนาแนวทางสำคัญของที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ **กระบวนการมีส่วนร่วม**ของภาครัฐทุกส่วน รวมทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในการทำงาน รวมทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชน ศึกษาข้อมูล วิเคราะห์ตนเอง รูปแบบและขั้นตอนในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการพัฒนาคุภาพชีวิต

บทบาทของแต่ละภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการหรือผลงานในพื้นที่

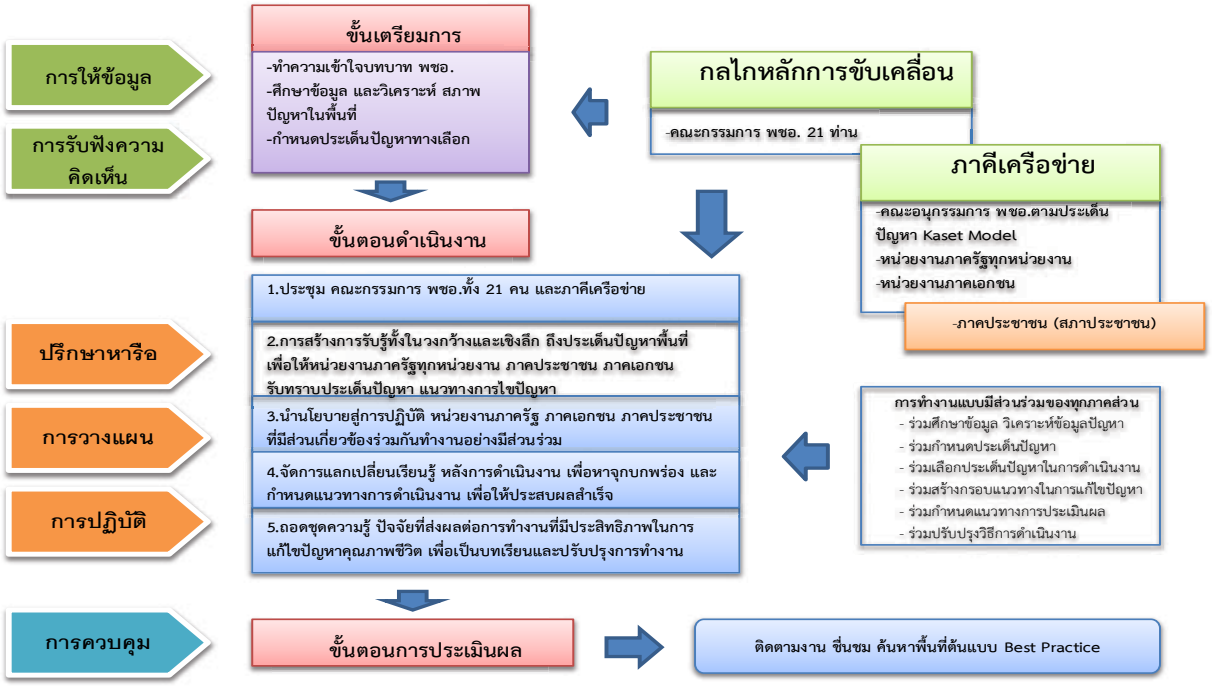
1. บุคคลที่เป็นกลไกลหลัก (Leader) นายอำเภอเกษตรวิสัย เป็นบุคคลที่เป็นกลไกลหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวอำเภอเกษตรวิสัย ในฐานะประธาน โดยมีนโยบายให้ประชาชนชาวอำเภอเกษตรวิสัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้กลไกลการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นตัวขับเคลื่อน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

2. สมาชิก (Member) นายอำเภอเกษตรวิสัย เป็นผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อน กลไกลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนนขเขตรับผิดชอบของแต่ละอำเภอ โดยเชื่อมนโยบายในระดับจังหวัดให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนชาวเกษตรวิสัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.ผู้ประสานงาน (Network Manager) สาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่ในฐานะผู้ประสานงาน เพื่อให้การขับเคลื่อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ เสมือนเป็นคู่หูในการทำงานเคียงข้างร่วมกับนายอำเภอ คอยให้กำลังใจในการทำงานและเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งเป็นผู้ให้กำลังใจเครือข่ายต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนงาน

4. หุ้นส่วนการทำงาน (Partnership) หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและเครือข่ายต่าง ๆ ได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างแนวคิดในการพัฒนาร่วมกัน ทุกภาคส่วนร่วมกันหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกัน และร่วมกันแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้สรรพกำลังทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อเป้าหมายเดียวกันคือ ความผาสุขและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของชาวร้อยเอ็ด

รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย



ภาพที่ 1 สรุปกระบวนการส่งเสริมกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผลการการศึกษาระยะที่ 3 ผลของรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 ประยุกต์ใช้เครื่องมือ UCCARE ของกระทรวง สาธารณสุข ประเด็นการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด ระดับคะแนนการประเมิน UCCARE ผลการ ประเมิน (ผ่านร้อยละ 60) โดยพบว่าผลการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข โครงการ พชอ. ทั้งการทำงานเป็นทีม ร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity Team) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน เพื่อการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(Customer Focus) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)การชื่นชมและให้คุณค่า การทำงานอย่างมีคุณค่าทั้งผู้รับบริการและ

ผู้ให้บริการ(Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)การดูแลผู้ใช้สารเสพติดและประชาชน (Essential care) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ที่จำเป็น ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ คิดเป็นผลการประเมิน ร้อยละ 100

3.2 ข้อมูลจำนวนผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จากการวิจัยพบว่า จากการคัดกรองประชาชนกลุ่มอายุ 15-65 ปี ในอำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 32.989 คน พบผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 1,465 คน และทุกคนสมัครใจเข้ารับการบำบัด ฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx)

3.3 ข้อมูลผลการตรวจปัสสาวะผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ครั้งที่ 9 จากการวิจัย พบว่า ผลจาการดำเนินงานฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) ทั้ง 13 ตำบล จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด 1,465 คน พบว่า หลังจากการเข้าค่ายบำบัด ครั้งที่ 9 ยังพบผู้ที่ใช้สารสเพติด จำนวน 165 คน

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การบำบัดผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากการคัดกรองประชาชน กลุ่มเป้าหมาย อายุ 15-65 ปี ทุกคน ในอำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 32,989 คน พบผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1,465 คน ส่วนมากเป็นกลุ่มเยาวชน อายุต่ำสุดที่พบ คือ 15 ปี และสูงสุด คือ 65 ปี ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงาน ช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี สอดคล้องกับ ปรีชา หนูทิม (2567)[9] พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ช่วงอายุ 20-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 34.41 ± 9.24 ปี

2. ปัญหาในการการบำบัดยาเสพติด อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร 2) ปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่มีการเสพซ้ำ หรือเข้ารับการบำบัดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอน ครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ 3) ปัญหาในการประสานงานกับหน่วยงานอื่น และการติดตามผล 4) ปัญหาด้านงบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิตตา พิทยาเรืองนนท (2565)[10] ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร 2) ปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่มีการเสพซ้ำ หรือเข้ารับการบำบัดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอน ครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ 3) ปัญหาในการประสานงานกับหน่วยงานอื่น และการติดตามผล 4) ปัญหาด้านงบประมาณ

3. สภาพปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเกษตรวิสัยในแต่ละด้าน คือ ด้านนผู้ปฏิบัติงาน พบว่า คณะกรรมการและอนุกรรมการ ส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการ ดำเนินงาน พชอ. ด้านงบประมาณ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง แต่มีการนำงบประมาณ ไปใช้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ในการพัฒนาหมู่บ้าน ด้านระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ การนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการและการดำเนินงานขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้บันทึกข้อมูลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล สอดคล้องกับ ศักดินันท์ ดวงตา (2565)[11] พบว่า สภาพปัญหาการดำเนินงาน ด้านคณะกรรมการขาดความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน และบทบาท หน้าที่ด้านงบประมาณ การบริหารงบประมาณขาดประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร แผนการ พัฒนาบุคลากรไม่ชัดเจน และการจัดกิจกรรมพัฒนาบุคลากรไม่ตรงตามแผน

4. รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

ขั้นเตรียมการ ดำเนินการก่อนการขับเคลื่อนงานเริ่มจากแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการหรือ

คณะทำงานขับเคลื่อนงาน กำหนดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา คัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ กำหนดรูปแบบหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่จัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทปัญหาในพื้นที่ กำหนดแผนดำเนินงานที่บูรณาการทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันทุกภาคส่วน กำหนดการติดตามและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาหรือผลการแก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทของ พื้นที ในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการเป็นประจำทุกเดือน สอดคล้องกับ มานะ ศิริเลี้ยง (2567)[12] พบว่า บทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จมุ่งเน้นในการมีส่วนร่วมในการร่วมกัน กำหนดปัญหาสุขภาพหรือประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลสุขภาพ ร่วมเสนอแนวทางในการจัดการปัญหา ร่วมกันติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน การสนับสนุนให้ เกิดกลไกในการทำงานในพื้นที่ รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำและร่วมดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวางแผน กระบวนการดำเนินงาน งาน การจัดการแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินงานและการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของมานะ ภูมิพันธุ์(2567)[13] ที่พบว่า บริบทของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในภาครัฐภาค ประชาสังคมและภาคเอกชน จะทำให้ชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองและสอดคล้องกับบริบทใน พื้นที่ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สะท้อนปัญหาและคืนข้อมูลสถานะสุขา ภาพให้ชุมชนรับทราบ การเกิดการแก้ไขปัญหาร่วมกันจะผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะขึ้น

ขั้นดำเนินการการ ประชุมคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. มีการพัฒนาทีมทำงานและพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการและอนุกรรมการ เพื่อสร้างทีมทำงานคุณภาพระดับอำเภอ ขยายผลการทำงานไปยังระดับตำบล สร้างการรรับรู้การอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงาน พชอ.เพื่อให้ คณะกรรมการทุกคนเข้าใจงานและบทบาทหน้าที่ นำนโยบายสู่การปฏิบัติ นำแผนงานโครงการ จากการวางแผนงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการยาเสพติดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อทบทวน และสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ถอดชุดความรู้ เพื่อศึกษาปัจจัยการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในการดำเนินงานด้านยาเสพติด ถึงปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นต้นแบบการดำเนินงานได้ สอดคล้องกับ มานะ ศิริเลี้ยง[12] พบว่า ปัจจัย นำเข้าที่จะทำให้เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง คือ มีการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มีคณะทำงานที่เพียงพอ มีการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ มีองค์ความรู้ ในการดำเนินงานที่ครอบคลุม และมีการใช้เทคโนโลยีที่เอื้อต่อการดำเนินงาน และในด้านกระบวนการ ดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ การมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน การนิเทศ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่สม่ำเสมอ รวมถึงการเยี่ยมเสริมพลัง การสรุปผลและการประเมินผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจะช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565)[14] ที่พบว่าปัจจัยที่

ส่งผลต่อการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ปัจจัยการบริหารด้าน กำลังคน ปัจจัยด้านการวางแผนในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านการบริการจัดการด้านกำลังคน ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ปัจจัยด้านการวางแผนการดำเนินงาน และการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้กับ คณะกรรมการและชุมชน จะสนับสนุนให้เกิดการร่วมมือในการทำงานระหว่างภาคส่วน ๆ ให้ มีมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา พละศักดิ์ (2564)[5] ที่พบว่า รูปแบบ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ที่มาจากทุกภาพส่วนภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานงาน ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหาและร่วมรับประโยชน์ มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์ ปัญหาและคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน การนำ ทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการวางแผนดำเนินงานร่วมกัน การทำให้ประชาชนในพื้นที่มี ความรู้ มีการคืนข้อมูลและติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำจะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง โดยเมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จในแต่ละโครงการที่เป็นปัญหาที่ต้องการ พัฒนา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน การกำหนด แนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน การจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การให้ความรู้กับ ประชาชน เครือข่ายและแกนนำ การติดตามผลการดำเนินงาน โดยไม่ได้กล่าวถึง คือ ควรมีการพัฒนา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพิ่มเติมตามข้อเสนอจากการศึกษาของกานต์ชัชพิสิฐ คง เสถียรพงษ์ (2566)[15] คือ ควรมีการกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคุณลักษณะคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เหมาะสม โดยต้องมีความ สมัครใจ จิตอาสา เสียสละ กล้าแสดงความคิดเห็น มีอำนาจในการตัดสินใจ เข้าใจในบทบาทการทำงาน และยินดีที่จะเข้าร่วมในการทำงานร่วมกับการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะของคณะกรรมการอย่าง ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีวิภา จิตรากุล (2558)[16] จะต้องมีการพัฒนาในการดำเนินงานในด้าน ความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือนและระดับบุคคลให้มีความเพียงพอ เพื่อให้เกิดการมีส่วน ร่วมในการดำเนินงานจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนการประเมินผล เป็นการติดตามผลการดำเนินงานหลังจากขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ต้องมีการประเมินผลอย่างมีขั้นตอน ตามประเด็นการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีรูปแบบการประเมิน 3 ขั้นตอน 1.การประเมินการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) มีผู่สมัครใจเข้ารับการบำบัดครบทั้งหมด จำนวน 1,465 คน 2.การประเมินผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) ที่มีผลการตรวจปัสสาวะ ครั้งที่ 9 ตามเกณฑ์ ร้อยเอ็ดโมเดล ยังพบผู้เข้ารับการบำบัดมีผลปัสสาวะเป็นบวกในครั้งที่ 9 ซึ้งต้องส่งตัวเข้ารับการบำบัด ในมินิธัญญลักษณ์ต่อไป และ 3.ประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข ผลการประเมิน พบว่าประเด็นการแก้ไขปัญหายาเสพติด ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ100 สอดคล้อง กับการศึกษาของมานะ ศิริลี้ยง (2567)[12] พบว่า ประเด็นแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และยังคงต้องพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน สอดคล้องกับวรชาติ จำเริญพัฒน์ (2566)[17] ที่พบว่า มาตรการ

ในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรใน ส่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะต้องทำการเสริมสร้างศักยภาพ อย่าง ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ศึกษาปัจจัยในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานบำบัดยาเสพติด เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความล้มเหลวในการดำเนินงาน

2.ควรศึกษาผลของรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเชิงลึก เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อประเมินความ เปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อเป็นการปรับรูปแบบการทำงานที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองประชาสัมพันธ์ สำนักจิตวิทยา กรมกิจการพลเรือนทหารบก. (2567). สถานการณ์ปัญหายาเสพติดตามแนวชายแดนในปัจจุบัน. [ออนไลน์]. https://doca.rta.mi.th/news/announcement/1821
2. Vitasta Kaul.(2567). 292 million people used drugs worldwide in 2022: UN report .[online] https://frontline.thehindu.com/social-issues/drug-use-india-south-asia-un-report-cocaine-ecstasy-north-america-medicine-substance-abuse/article68396242.ece
3. อับดุลคอลิก อัรรอฮีมีย์ และคณะ.(2564) รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน
4. รณกฤต จิตต์ธรรม.(2563) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ปู่เย็น ย่า คำ ยังอยู่ แขวงหลักสอง เขตบางแค กรุงเทพมหานคร การศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขารัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม
5. ปัญญา พละศักดิ์.(2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 3(2):40 53.
6. ไพรจิตร ศิริมงคล.(2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 26(2). 1-13
7. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ อาทิตยา วังวนสินธุ์ บัวพลอย พรมแจ้ง. (2562). พัฒนาการระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.12(3). 1-8
8. นุชรีย์ ทองเจิม ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์ ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร.(2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 13(2). 17-30
9. ปรรีชา หนูทิม และคณะ.(2567). ประสิทธิภาพผลการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร. https://drive.google.com/file/d/1IW0RtlwZgfk_ZUa3E0J2I-rIfgqJTjrh/view
10. วนิตตา พิทยาเรืองนนท. (2565). ปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาในสถานพยาบาลของรัฐ. https://so07.tciaijo.org/index.php/dsr/article/view/1749#:~:text)
11. ศักดินันท์ ดวงตา. (2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ . รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
12. มานะ ศิริเลี้ยง.(2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอศรีสมเด็จ (Development of a District Health Board Operational Model at Srisomdet District). หน้า 44
13. มานะ ภูมิพันธุ์.(2564). การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีศึกษา : อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม. 5(9):140-53.

14. อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ.(2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของ คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 15(3):169-83.
15. กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์.(2566). รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
16. รัชนีวิภา จิตรากุล, วงศา เล้าหศิริวงศ์ และรังสรรค์ สิงหเลิศ.(2558). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้าน จัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วารสารช่อพะยอม. 26(2):195-208.
17. วรชาติ จำเริญพัฒน์.(2566). ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 16(1). 179-92

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี

Health beliefs and its Relation to Dietary Behavior to prevent Non-Communicable Diseases (NCDs) among Junior High School Students in Mueang District, Chonburi Province.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

ทรัสลักษมณ์ ก่อเกียรติธัญกร[1] จุฑานภ พุ้ยน้อย[1]
Trusalak Korkiatthanyakorn[1] Juthanop Phuynoi[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร, ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 392 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square Test ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.4 ภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 59.9 อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 19.3 ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารระดับดี ร้อยละ 36.0 ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 ด้านความสัมพันธ์พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) กลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีถึงร้อยละ 87.5

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study knowledge of information on food product labels, health beliefs according to perception, food consumption behavior, and study the relationship between knowledge of information on labels and food consumption behavior, and health beliefs and food consumption behavior to prevent non-communicable diseases. The sample group consisted of 392 lower secondary school students in Mueang District, Chonburi Province. Data were collected using a questionnaire on health belief patterns related to consumption behaviors to prevent non-communicable diseases of lower secondary school students in Mueang District, Chonburi Province. Data were analyzed using descriptive statistics and the relationship was found using the Chi-square Test between January and December 2024.

The results of the study found that the majority of the sample group was female (55.4%), had a balanced nutritional status (59.9%), were obese and starting to be obese (19.3%), had a good level of knowledge on food product labels (36.0%), and had a moderate level of health beliefs based on perception (71.2%). In terms of relationships, it was found that the relationship between knowledge of information on

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

food product labels and behavior of consuming food that reduces sweetness, fatness, and saltiness to prevent non-communicable diseases was not related and it was found that health beliefs were significantly related to food consumption behavior (p< 0.05). The group with good health beliefs had good food consumption behaviors at 87.5 percent. Therefore, it is necessary to promote knowledge and health beliefs in food consumption as well as create an environment conducive to good health for students. Through cooperation from relevant agencies, including schools, families, communities, public health agencies, government agencies and private sectors.

Keywords: Health beliefs behavior non-communicable diseases

บทนำ

เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ การได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสมถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต การที่เด็กมีสุขภาพดี จะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ แต่จากสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทำให้พฤติกรรมของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิต อาทิการรับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น ผลจากอิทธิของสื่อโฆษณา ขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีไขมัน น้ำตาลโซเดียมสูง กระตุ้นให้เด็กสนใจ และเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น [1] สอดคล้องกับการสำรวจของกรมอนามัย ซึ่งพบว่าเด็กชอบบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวัน บริโภคน้ำอัดลม 1-3 วันต่อสัปดาห์ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ผงชูรส และโซเดียมสูงเกินความต้องการของร่างกายบ่อยครั้งและเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [2] นอกจากนี้ สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ในปีงบประมาณ 2557-2562 พบว่าภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน โดยในปี 2557 อยู่ที่ร้อยละ 9.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.6 ในปี 2562 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น [3] เด็กที่อ้วนมีโอกาสที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนร้อยละ 25 และหากมีประวัติครอบครัวที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีน้ำหนักเกิน จะมีโอกาสเป็นเด็กอ้วนเพิ่มขึ้น 4-5 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ และจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าเด็กปกติถึง 4 เท่า [4]

การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวทางในการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพกล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะทำสิ่งต่างๆ ตามความเชื่อนั้น ซึ่งอาจจะเป็นพฤติกรรมทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่
สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรม พบว่าตัวแปรการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงสามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในเกือบทุกการศึกษา [5]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม ความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หาความสัมพันธ์

ของความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียน เพื่อสามารถไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน สร้างเสริมความตระหนักรู้ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลดหวานมันเค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
2. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลดหวานมันเค็มกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม , ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 392 คน สุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square Test ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2567

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 679 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 59.9 อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 19.3

2. ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร อาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 36.0 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 34.7 และระดับน้อยร้อยละ 29.3

3. ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 20.4 และระดับน้อย ร้อยละ 8.4

4.พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 รองลงมา ระดับน้อยร้อยละ 27.3 และระดับดีเพียงร้อยละ 10.7

5. ความสัมพันธ์ความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้อง กันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้

ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับดี ปานกลาง และน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

6. ความสัมพันธ์ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ บริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี ถึงร้อยละ 87.5 พฤติกรรมการบริโภคไม่ดีเพียงร้อยละ 12.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี เพียงร้อยละ 30.3 และพฤติกรรมการบริโภคไม่ดีถึงร้อยละ 69.7

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 59.9 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 19.3 มากกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาภาวะโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือปัจจัยทางสุขภาพอื่น ๆ การเฝ้าระวัง และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสมในกลุ่มนักเรียน จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอนาคต นอกจากนี้โรงเรียนและผู้ปกครอง ควรมีบทบาทในการให้ความรู้และสร้างสภาพ แวดล้อมที่ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่กลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี พบร้อยละ 20.4 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดี อยู่ในสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อระดับความเชื่อของนักเรียน เช่น การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ พื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการ และประสบการณ์ส่วนตัวที่มีต่อปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Brown et al. ในปี 2021 ที่ระบุว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมักมีแนวโน้มเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อต่ำ [6]

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารลด หวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับข้อมูลบนฉลาก อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ยังมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ สาสีทา ซึ่งศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการส่งผลต่อการเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ แต่ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแรงจูงใจของผู้บริโภคที่มีส่วนในการตัดสินใจด้วย ซึ่งแม้ผู้บริโภคจะมีความรู้ด้านโภชนาการสูง แต่การตัดสินใจเลือกซื้ออาหารยังได้รับอิทธิพลจากโฆษณา และค่านิยมทางสังคม[7,8] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์,ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย และคณะ พบว่าความเข้าใจข้อมูลบนฉลากอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษามีผลต่อการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ แต่ปัจจัยทางครอบครัว และพฤติกรรมของเพื่อนก็มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภคร่วมด้วย [9] ซึ่งกล่าวโดยสรุปแม้ว่าผลการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่า ระดับความรู้ข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์อาหารลด หวาน มัน เค็ม ไม่

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักเรียนแต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การโฆษณา และอิทธิพลจากครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของนักเรียน การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ ปลูกฝังความเชื่อด้านสุขภาพการบริโภคอาหารควบคู่ไปกับมาตรการทางสังคม จะช่วยกระตุ้นให้นักเรียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบกลุ่มที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มที่มีความเชื่อระดับปานกลางมีพฤติกรรมที่ดีลดลง และกลุ่มที่มีความเชื่อน้อย มีพฤติกรรมที่ดีน้อยเช่นกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model - HBM) ที่ระบุว่า บุคคลที่มีความเชื่อว่าปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญและตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนในลักษณะที่ช่วยป้องกันโรคมากขึ้นนอกจากนี้ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาของจิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์และอักษรา ทองประชุม พบว่า นักเรียนที่มีความเชื่อว่าสุขภาพดีเกิดจากการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีแนวโน้มที่จะบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มากกว่านักเรียนที่ไม่มีความเชื่อนี้ [10] อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มที่มีความเชื่อระดับดีจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากที่สุด แต่ก็ยังพบว่ายังมีบางส่วนที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น อิทธิพลของครอบครัว ความสะดวกในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ หรือการได้รับอิทธิพลจากสื่อและโฆษณา จึงควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้เยาวชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนและครอบครัว ควรมีบทบาทในการให้ความรู้ และปลูกฝังทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพตลอดจนสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้และความเชื่อในระดับดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ครอบครัว และอิทธิพลของสื่อโฆษณา

ดังนั้นควรนำผลการวิจัยไปใช้ส่งเสริมให้ความรู้แก่นักเรียนได้รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยหากิจกรรม เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม สร้างความตระหนักหรือพัฒนารูปแบบให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ต่อนักเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยชี้ให้เห็นความสำคัญ ผลดีผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และควรมีการศึกษาถึงวิธี หรือรูปแบบการสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพของการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อนำไปวางแผนในการดำเนินงานในการป้องกันโรคต่อไป และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของนักเรียนในพื้นที่ต่างกัน เช่น เมืองกับชนบท หรือโรงเรียนรัฐกับเอกชน รวมทั้งบูรณาการหลักสูตรโภชนาการและสุขศึกษาเข้ากับกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมให้เยาวชนมีความรู้ และความเข้าใจ

เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ รวมถึงตระหนักถึงผลกระทบของการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพในระยะยาว ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการเป็นแบบอย่างที่ดีในการบริโภคอาหาร และสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการของนักเรียน และสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน การเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ในโรงเรียนและชุมชน เพื่อกระตุ้นให้นักเรียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้จากความสนับสนุนอย่างดีจากคณะผู้บริหารของศูนย์อนามัยที่ 6 นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการ นางศิริพร จริยาจิรวัฒนา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ นางสาวจิรัฏฐศรี สุวรรณบำรุงชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นางวรรณภาพร งามศิริ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และนางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการดำเนินงานและให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์อย่างมาก รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ช่วยตรวจสอบจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือเสมอมา รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึงที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี คุณค่าประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและประชาชนให้มีสุขภาพดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นายเนติ์ ภู่ประสม. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.สถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทยพ.ศ. 2564. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/research-person/download?id=104012&mid=35022&mkey=m_document&lang=th&did=24069
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารชองประชากร พ.ศ.2560.กรุงเทพฯ: 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1/
3. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/childrenschool/download/?did=200462&id=59853&reload=
4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วยในเด็กนักเรียน. พิมพ์ครั้งที่1: 2557; สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
5. Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. Health education monographs, 2(4), 409-419.
6. Brown K, Green R, Thomas L. The relationship between health beliefs and dietary behavior among adolescents: A meta-analysis. *J Nutr Educ Behav*. 2021;53(3):230-245.

7. รัตนาภรณ์ สาสีทา. ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2021/TU_2021_5917030099_7765_19160.pdf
8. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. อิทธิพลของสื่อโฆษณาต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยพีบีเอส; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipbs.or.th/program/MediaLiteracy/episodes/63747
9. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมาลัยและคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน:
กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 2; 2563.
10. จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์และอักษรา ทองประชุม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2; 2564.

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of developing the potential to prevent complications in diabetic patients of community leaders at Ban Bon Health Promotion Hospital, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 25,2025)

อภิญญา โคตรลาคำ[1]
Apinya Khodlakham[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน และศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเบาหวาน แกนนำชุมชน

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the understanding of diabetic complications prevention of community leaders and to study the model of capacity development in diabetic complications prevention of community leaders at Ban Bon Health Promotion Hospital, Somdet District, Kalasin Province. The study period is between November 2024 and December 2024, a total of 2 months. The sample group is 50 community leaders at Ban Bon Health Promotion Hospital, Somdet District, Kalasin Province. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the understanding of prevention of complications in diabetic patients of the community leaders of Ban Bon Health Promotion Hospital, Somdet District, Kalasin Province, overall and in each aspect, before the implementation, was at a high level, after the implementation, was at the highest level. The understanding of prevention of complications in diabetic patients of the community leaders of Ban Bon Health Promotion Hospital, Somdet District, Kalasin Province before and after the implementation was significantly different at the .05 level. After the implementation, the understanding of prevention of complications in diabetic patients of the community leaders of Ban Bon Health Promotion Hospital, Somdet District, Kalasin Province had a higher mean score than before the implementation.

Keywords: prevention of complications, diabetic patients, community leaders

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือการใช้ฮอร์โมนอินซูลินในร่างกาย อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจากตับอ่อน มีหน้าที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยช่วยนำกลูโคสจากเลือดเข้าสู่เซลล์เพื่อใช้เป็นพลังงาน โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[1]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน[1] แสดงให้เห็นถึงความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา การป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคเบาหวานในอนาคตต้องอาศัยการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกที่สามารถ ป้องกันการเกิดโรคได้ ภาวะก่อนเป็นเบาหวานจัดเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อทั้งการเกิดเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือดและความผิดปกติอื่นๆ ซึ่งภาวะดังกล่าวจะมีโอกาสดำเนินโรคเป็นเบาหวานในอนาคตประมาณร้อยละ 5-20 ต่อปี[2]

โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความท้าทายในการดูแลตนเองเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยยังมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยาและการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสุขภาพอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง นอกจากนี้โรคเบาหวานยังสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้หลายประเภท ซึ่งแบ่งออกเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันรวมถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ที่อาจทำให้เกิดอาการหมดสติหรือโคม่า และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ที่ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะหรือหมดสติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ไม่เต็มที่ ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคเบาหวานขึ้นตา และภาวะแทรกซ้อนทางเส้นประสาท สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะการเกิดโรคหัวใจที่มีความเสี่ยงสูงกว่า 2-4 เท่าของคนทั่วไป และโรคไตวายที่อาจนำไปสู่การฟอกเลือดหรือล้างไต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดและการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ เพื่อรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ โดยเริ่มจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยผ่านการตรวจสอบและ

รับประทานยาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการควบคุมอาหารที่มีเส้นใยสูง รวมถึงลดการบริโภคน้ำตาลและไขมันสูง ก็มีส่วนช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การดื่มน้ำเพียงพอ ตรวจสุขภาพเป็นประจำ และนอนหลับให้เพียงพอ ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาสุขภาพโดยรวม ผู้ป่วยควรสำรวจเท้าเป็นประจำเพื่อเฝ้าระวังแผลหรือความผิดปกติ และสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินการเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้[3]

แกนนำชุมชนเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ แกนนำเหล่านี้มักเป็นที่ยอมรับจากประชาชนในชุมชนและมีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน การสร้างแกนนำชุมชนที่มีความรู้และความเข้าใจในปัญหาสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน การพัฒนาทักษะของแกนนำชุมชนสามารถทำได้โดยการอบรมหรือการฝึกอบรมอย่างมีระบบ ซึ่งควรเน้นหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้แกนนำมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน การอบรมควรประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น การวินิจฉัยความต้องการของชุมชน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการอบรม และการเลือกเนื้อหาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยเนื้อหาควรครอบคลุมด้านการสื่อสารสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ การใช้วิธีการฝึกอบรมที่หลากหลาย เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม การจำลองสถานการณ์ (role play) และการใช้กรณีศึกษาจะช่วยเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจให้กับแกนนำในการสื่อสารและดำเนินกิจกรรมในชุมชน หลังจากการอบรม ควรมีการติดตามผลและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้แน่ใจว่าแกนนำสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้จริง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะช่วยเพิ่มขวัญกำลังใจและความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมของแกนนำในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ[4] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นแกนนำชุมชน ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผลการประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้พัฒนาศักยภาพในการทำงานเพิ่มขึ้นเช่น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม การเป็นวิทยากรกระบวนการ การเขียนสรุปผลการดำเนินงาน เกิดแผนงานเพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนขึ้น ตลอดจนมีการขยายต่อยอดผลการดำเนินงาน เช่น การจัดการปัญหาขยะชุมชน การส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในครัวเรือน ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนอย่างยั่งยืนควรเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของชุมชน ดำเนินงานแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การใช้ทุนทางสังคม บูรณาการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน รวมทั้งมีการดำเนินงานร่วมกันแบบหุ้นส่วนจากภาคีเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา เพื่อหนุนเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมจำนวน 67,212 ราย โดยอำเภอสมเด็จ มีผู้ป่วยเบาหวานสะสมจำนวน 3,495 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 118 ราย[5] ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าหลายรายไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหานี้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคไต และปัญหาทางระบบประสาท เมื่อพิจารณาการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่าแกนนำในพื้นที่มีศักยภาพและความพร้อมในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การเพื่อสร้างความตระหนักรู้และทักษะที่จำเป็นจะช่วยให้แกนนำสามารถสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างเครือข่ายสนับสนุนระหว่างแกนนำและหน่วยงานสาธารณสุข

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อสร้างองค์ความรู้ตลอดจนทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้นำชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน ธันวาคม 2567 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 10 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาความรู้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ การกำหนดกิจกรรมรูปแบบ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ

จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .916

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาความรู้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test ในการวิเคราะห์ ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

1. ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ บนพื้นฐานแนวคิดของ Trans Theoretical Model (TTM) โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การออกกำลังกาย และการทำความสะอาดเท้า

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การรับประทานอาหาร	3.64	0.56	4.71	0.25	49	-10.961	.000	-1.26616	-.87384
การจัดการอารมณ์	3.40	0.61	4.72	0.26	49	-12.743	.000	-1.53331	-1.11558
การออกกำลัง	3.49	0.71	4.74	0.31	49	-10.610	.000	-1.49627	-1.01973
การทำความสะอาดเท้า	3.59	0.62	4.70	0.22	49	-10.651	.000	-1.31811	-.89967
รวม	3.53	0.54	4.72	0.22	49	-12.985	.000	-1.37455	-1.00611

จากตารางที่ 1 ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของปริญญา มาลัยเปีย มนัสศิริ ยิ้มถนอม[6] ได้ศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐมก่อนดาเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงได้จัดทำ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ บนพื้นฐานแนวคิดของ Trans Theoretical Model (TTM)[7] โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การออกกำลังกาย และการทำความสะอาดเท้า ส่งผลให้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปริญญา มาลัยเปีย มนัสศิริ ยิ้มถนอม[6] ได้ศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเบาหวานและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัฏฐวัฒน์ ไม้พลวง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์[8] การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยหลัก 4 อ. ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมตามหลัก 4 อ. ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) และมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ผู้ให้ข้อมูลมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการพัฒนาศักยภาพดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 22 คน หรือร้อยละ 81.48 ได้รับการปรับลดการใช้ยาจากแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชรัตน์ ณภัทรธัญธนากุล[9] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ภายใต้แนวคิด SMART Model มี 9 กิจกรรม ดังนี้ การสื่อสารสุขภาพ กำจัดความคิดลบ ปรับเปลี่ยนความคิด สร้างความสุขด้วยตนเอง ทำแผนการดูแลตนเอง บันทึกพฤติกรรม กำหนดเป้าหมาย เสริมพลังสร้างเครือข่าย และเส้นทางสู่ฝันวันแห่งความสำเร็จ หลังพัฒนาภาวะสุขภาพของ อสม. พบว่า ภาวะสุขภาพอยู่ในค่าปกติเพิ่มขึ้น ได้แก่ เส้นรอบเอว จากร้อยละ 14.4 เป็นร้อยละ 29.9 ดัชนีมวลกายจากร้อยละ 22.7 เป็นร้อยละ 88.7 และระดับน้ำตาลในเลือด จากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 99.0 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p-value<0.001) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนของ อสม. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ข้อเสนอแนะ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ภายใต้แนวคิด SMART Model จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งตนเองและประชาชนให้ดีเพิ่มขึ้น[10]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการเสริมสร้างความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบอน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ บนพื้นฐานแนวคิดของ Trans Theoretical Model (TTM) โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การออกกำลังกาย และการทำความสะอาดเท้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำชุมชน ที่เกิดกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความหลากหลายในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค (2567). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค[ออนไลน์] https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc&news_views=139
2. วีรชัย ศรีวณิชชากร เพชร รอดอารีย์ การป้องกันโรคเบาหวานในสภาพการณ์ของประเทศไทยวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2565
3. Kadirvelu A, Sadasivan S, Ng SH. Social support in type II diabetes care: a case of too little, too late. Diabetes Metab Syndr Obes. 2012;5:407-17. doi: 10.2147/DMSO.S37183. Epub 2012 Nov 22. PMID: 23226028; PMCID: PMC3514066.
4. กัลยาณี ตันตรานนท์ อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ เดชา ทำดี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 46,4 (ต.ค.-ธ.ค. 2562) 49-58
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, (2566) รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดกาฬสินธุ์. กลุ่มงานสุขภาพดิจิตอล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
6. ปริญญา มาลัยเปีย มนัสศิริ ยิ้มถนอม.(2567). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้นำชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุภาพันธ์ 2567. 481-88
7. คปสอ. ตาก. 2561. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย กระบวนการ Motivation Interview (MI). คปสอ. เมืองตาก จังหวัดตาก 2561
8. จิรัฏฐวัฒน์ ไม้พลวง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ .(2566). การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยหลัก 4 อ. ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 36(2) 54-73
9. ณัฐชรัตน์ ณภัทรธัญธนากุล.(2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. รายงานวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
10. ชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ.(2567). ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2

การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of health behavior modification program for people at risk of diabetes and hypertension of people aged 35 years and older, Wat Nong Waeng Royal Monastery Medical Center Social Medicine Group, Khon Kaen Hospital.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

ณิชกานต์ กากแก้ว[1],ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล[1]
Nichakan Kakkaew[1], Supalax Aekuwetchakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ทำการศึกษาดำเนินการวิจัย 13 เดือน ระหว่างเดือนเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 - มีนาคม พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคือภาคีเครือข่ายสุขภาพ 45 คน เชิงปริมาณคือกลุ่มเสี่ยงประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 386 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ทางสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรม และ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 8 รูปแบบ ดังนี้ 1) วางระบบการคัดกรองที่ชัดเจน 2) พัฒนาแบบฟอร์มการเก็บรวบรมข้อมูลผ่าน google form 3) ทำงานเป็นทีมประสานงานและติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) การประชาสัมพันธ์โครงการ 5) พัฒนาศักยภาพ อสม. 6) การใช้นวัตกรรม 7) การวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 6.42, 7.80, 10.16$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กลุ่มเสี่ยง 35 ปีขึ้นไป, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was research and development. Aim to study the problem context, develop and use a health behavior modification model for people at risk of diabetes and hypertension, people aged 35 years and over. Study was conducted for 13 months between February 2022 and March 2023. Qualitative sample group was 45 health network partners, and quantitative sample group was 386 people at risk of people aged 35 years and over. Research tools include in-depth interviews in focus groups, behavior modification programs, general data collection forms, health knowledge tests, behavior assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed by content analysis, using statistics, percentages, means, and standard deviations, and paired t-tests.

The results of the study found that the development of a health behavior modification program for people at risk of diabetes and hypertension in people aged 35 years and over consists of 8 models as follows: 1) Establish a clear screening system 2) Develop a data collection form via Google Form 3) Work as

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

a team to coordinate and contact relevant agencies 4) Public relations for the project 5) Develop the potential of village health volunteers 6) Use of innovation 7) Systematic data collection analysis using modern technology 8) Organize a forum for exchanging knowledge The results of using the model showed that health literacy, diabetes and hypertension prevention behaviors, and satisfaction increased significantly after the development, p <.05, t = 6.42, 7.80, 10.16, respectively.

Keywords: Behavior modification, risk group 35 years and older, diabetes and high blood pressure

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในระดับโลก โดยการที่ผู้ป่วยมีความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติตลอดเวลา โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจ คลายตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีการวัดความดันโลหิตตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป โรคนี้ถือเป็นเพชฌฆาตเงียบ[1,2] เนื่องจากการดำเนินของโรคจะค่อยเป็น ค่อยไป ใช้เวลานาน ซึ่งในระยะแรกจะไม่แสดงอาการชัดเจน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเกิดขึ้น จากรายงาน ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบหนึ่งพัน ล้านคน มีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รู้ตัวว่าป่วย และมีผู้ป่วย เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน[3] โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับดังนี้ 15.62 16.61 และ 16.87[4] สูงในปี 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน และผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 1.5 แสนคน ในส่วนของการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีผู้ได้รับการคัดกรองเพียง 14 ล้านคน และยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 8 ล้านคน จากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นับเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญและนำมาซึ่งความสูญเสียทรัพยากรในการดูแลรักษา มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว

โรคเบาหวานเป็นปัญหาในระดับประชากรทั่วโลก โดยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น เป็น 643 ล้านคน ส่งผลให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที ในสถานการณ์โลกพบปัญหาโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากถึง 436 ล้านคนจากประชากรโลก องค์กรอนามัยโลก[1] ในปี 2567 โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์พบมากที่สุดถึงร้อยละ 35 ของประชากรทั่วโลกและพบได้ตั้งแต่ช่วงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน โรคเบาหวานในประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน โดยมีอัตราตาย 25.1 ต่อประชากร

แสนคน ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[1] และพบว่าเป็นเพศหญิงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.80 เพศชายเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.82 กลุ่มอายุ 60-69 ปีพบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด ร้อยละ 15.90 ในปี 2562-2564 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 123.84,124.65 และ 128.10 ตามลำดับ[3] การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2564 –2566 พบว่าอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นจาก 1,392.98, 1,563.02 และ 1,692.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2]

จังหวัดขอนแก่น[12] พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปี พ.ศ. 2564-2566 พบความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เท่ากับ 22.82, 23.88 และ 24.68 ตามลำดับ[9] การเกิดโรคจะส่งผลตามมาจากการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี ความทุกข์ ทรมานจากภาวะโรคและการรักษา การเป็นภาระของครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายทั้งจากค่ารักษาพยาบาลและค่า ใช้จ่ายอื่นๆ และผลกระทบต่อประเทศชาติในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีพ.ศ. 2563 - 2565 คือ 113, 205, 115, 757, และ 120,152 คน ตามลำดับ ในส่วนของอำเภอเมืองขอนแก่น มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20,344, 20,745 และ 22,236 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปีพ.ศ. 2564 – 2566 โรงพยาบาลขอนแก่น คัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 84.71, 84.84, และ 67.92 ตามลำดับ เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 2.85, 1.95, และ 2.29 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2565 การรณรงค์ตรวจคัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ใน 18 ชุมชน ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอาราม หลวง กลุ่มเป้าหมาย 5,084 คน คัดกรอง 35 ปี ขึ้นไป ได้ร้อยละ 7.14 ไม่บรรลุตามเป้าหมาย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[11] จะเกิดขึ้นจากการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ เจตคติค่านิยม ความมั่นใจ และคุณลักษณะของประชากร 2) ปัจจัยเอื้อ คือ ปัจจัยที่จำเป็นต้องมีอย่างเหมาะสมจึงจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ความสะดวกในการออกกำลังกายรูปแบบการออกกาลังกายที่เหมาะสมกับวัยและความชอบ 3) ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง บุคคลในครอบครัว เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิผลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ[15] (Health literacy) ได้ถูกประกาศใช้โดยองค์กรอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2000 และนำมาใช้ในกระทรวงสารธารณสุข โดยกองสุขศึกษาเป็นผู้ริเริ่มในปี พ.ศ. 2554 โดยนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

โรงพยาบาลขอนแก่น[14] ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวโดยพยาบาลในคลินิกเบาหวานเท่านั้น ซึ่งใช้ระยะเวลาค่อนข้างสั้น ผู้ป่วยจึงยังไม่เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งยังขาดการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่

สำคัญ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทการเสื่อมของจอตา และการเสื่อมของหน่วยไต เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ไม่เห็นความสำคัญกับภาวะสุขภาพ การรณรงค์ไม่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้นในแต่ละปี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยังขาดกระบวนการที่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ใช้กำกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองและความรอบรู้สุขภาพ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลขอนแก่น โดยพบว่ายังมีผู้ศึกษาในบริบทพื้นที่ยังน้อยอยู่ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง และส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้ สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้ช้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงฯ โรงพยาบาลขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงฯ โรงพยาบาลขอนแก่น

3, เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงฯ โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงฯ โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการวิจัย 13 เดือน ระหว่างเดือนเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 - มีนาคม พ.ศ.2566 และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ ระเบียบวิธีการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ (5กระบวนการ R3D2) ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ Research-1 ขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ Development-1 ขั้นตอนพัฒนารูปแบบ (แบบร่าง) Research-2 ขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีขนาดเล็กและประเมินผล Development-2 ขั้นตอนปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ประเมินผล Research-3 ขั้นตอนการนำไปใช้กับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่และประเมินผล ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ประชาชนในชุมชน อายุ 35 ปีขึ้นไป และภาคีเครือข่ายสุขภาพในศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น, เชิงปริมาณ ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ใน 18 ชุมชน ของศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล

ขอนแก่น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565-มีนาคม พ.ศ.2566 จำนวน 5,084 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จำนวน 1 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากศูนย์แพทย์วัดหนองแวง ชุมชนละ 2 คน จำนวน 18 ชุมชน เป็นจำนวน จำนวน 36 คน 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ, เชิงปริมาณ ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ใน 18 ชุมชน ของศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 - มีนาคม พ.ศ.2566 โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร จำนวน 386 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง มีการพัฒนาผ่านโปรแกรม Google form ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการมาแล้ว 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 รูปแบบเดิมจะใช้วิธีการที่ อสม. เคาะประตูหน้าบ้านแล้วเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว แล้วนำผลที่ได้มาปรึกษาพยาบาลชุมชนแต่ละชุมชน ระดับน้ำตาลสูง 140 – 200 mmHg นัดขึ้นมาเจาะหาน้ำตาลปลายนิ้ว ความดันโลหิตสูง ≥140/90 mmHg นัดมาตรวจความดันโลหิตซ้ำที่ศูนย์แพทย์ ขั้นตอนที่ 2 รูปแบบใหม่ จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโดยการใช้การสื่อสารยุคดิจิตอล ของโทรศัพท์มือถือ ผ่านการสแกน QR code ซึ่งมีการจัดทำรูปแบบใหม่ ได้แก่ google form ประกอบด้วยข้อคำถาม พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ข้อมูลรายการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และคัดกรองโรคเบาหวาน และการแปลผล ความเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิต นัดเจาะเลือดซ้ำ ตาม Flow

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. สนทนาเรื่อง การใช้ศักยภาพค้นหาปัญหาของภาคีเครือข่ายตามบริบทอำเภอ ศักยภาพในการแก้ไขปัญหาตามบริบทอำเภอ ศักยภาพในการกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในอำเภอ ศักยภาพในการกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง แผนผังการไหลของงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง การจัดการด้านระบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดการทีมดูแลสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในทุกประเด็น

3) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย

4) แบบทดสอบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ โดยข้อคำถาม มีจำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

5) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert’s scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ให้ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน รวมจำนวน 13 ข้อ คะแนน รวมเต็ม 65 คะแนน

6) แบบประเมินความพึงพอใจในโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ โดยประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจ

เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ รวม 25 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย

2) เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบในคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

3) เชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง 386 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 286 คน ร้อยละ 74.09 รองลงมาเพศชาย จำนวน 100 คน ร้อยละ 25.91 อายุส่วนมาก ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 197 คน ร้อยละ 51.04 ปี รองลงมาอายุ 51-60 ปี จำนวน 103 คน ร้อยละ 26.68 และ อายุ 35 - 40 ปี จำนวน 75 ปี ร้อยละ 19.43 ตามลำดับ (Mean = 55.76, SD. = 9.5, Min = 35.00, Max = 78.04) สถานภาพสมรส ส่วนมากคู่ จำนวน 210 คน ร้อยละ 54.40 รองลงมาโสด จำนวน 121 คน ร้อยละ 31.35 และ หม้าย จำนวน 55 คน ร้อยละ 14.25 ระดับการศึกษา ส่วนมากมัธยมปลาย จำนวน 182 คน ร้อยละ 47.15 รองลงมามัธยมศึกษา จำนวน 98 คน ร้อยละ 25.39 และ ประถมศึกษา จำนวน 72คน ร้อยละ 18.65 อาชีพส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 228 คน ร้อยละ 59.07 รองลงมารับจ้าง จำนวน 84 คน ร้อยละ 21.76 และค้าขาย จำนวน 58 คน ร้อยละ 15.03 ตามลำดับ โรคประจำตัวร่วม ส่วนมาก อ้วน จำนวน 184 คน ร้อยละ 47.67 และไขมันในเลือดสูง จำนวน 162 คนร้อยละ 41.97 และ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 64 คน ร้อยละ 16.58 ตามลำดับ ภาวะเสี่ยงส่วนมากดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (BMI>24.9 Kg/M^2) จำนวน 182 คน ร้อยละ 47.15 รองลงมารอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน (>36 นิ้ว) จำนวน 106 คน ร้อยละ 27.46 และความดันโลหิตสูง (>140/90 มม.ปรอท)จำนวน 30 คน ร้อยละ 7.77 ตามลำดับ สถานการณ์การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 386 คน จากทั้งหมด 18 ชุมชน พบว่าส่วนมากปกติ จำนวน 188 ร้อยละ 48.70 รองลงมาเสี่ยง จำนวน 111 คน ร้อยละ 28.80 และ สงสัย จำนวน 87 คน ร้อยละ 22.50 ตามลำดับ สถานการณ์การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า การคัดกรองโรคความ

ดันโลหิตสูง มีเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 มีผลการคัดรอง ในปี 2564-2566 ร้อยละ 84.72 ร้อยละ 84.53 และ ร้อยละ 67.94 ตามลำดับ ในขณะที่การคัดกรองโรคเบาหวานมีเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 มีผลการคัดรอง ในปี 2564-2566 ร้อยละ 82.85 ร้อยละ 81.95 และ ร้อยละ 82.85 ตามลำดับ สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2ส และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ จากการสำรวจผ่าน google form ในชุมชน พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพ ชอบทานอาหารที่มีส่วนผสมของผงชูรสสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.56 รองลงมา มีการออกกำลังกายน้อย มีแค่การเคลื่อนไหวร่างกาย ค่าเฉลี่ย 4.50 ชอบดื่มเครื่องดื่มชากาแฟ ทรีอินวัน ค่าเฉลี่ย 3.43 และอาหารรสเค็ม ของหมักดอง ค่าเฉลี่ย 3.03

เชิงคุณภาพ พบว่า จากการสนทนากลุ่ม 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และปัญหาการดำเนินงานคัดกรอง 2) ท่านมีความต้องการในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไร เพื่อทราบสภาพปัจจุบันและสาเหตุของปัญหา ความต้องการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ 1) ในช่วงที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส ผ่าน Google form และแปลผล สรุปพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ทำให้กลุ่มเสี่ยงได้อ่านผล และรู้วิธีการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การดูแลสุขภาพของประชากรเป้าหมายกลุ่มนี้โดยตรงที่เชื่อมโยงตั้งแต่ตัวผู้มารับบริการ หมอคนที่ 1 หมอคนที่ 2 และหมอคนที่3 รวมทั้งครอบครัว สถานบริการสาธารณสุข ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบการทำงานที่ผ่านมา ยังมีการทำงานร่วมกันเฉพาะบางกลุ่ม การเข้าถึงในระบบบริการน้อย เนื่องจากเป็นสังคมเมือง ต้องไปทำงานไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง และความรีบเร่งในการทำงาน การดูแลสุขภาพของตนเอง ยังน้อย ต้องทานอาหารแบบรีบเร่ง จากการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาใช้กับกลุ่มเสี่ยง หลังจากรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยง ต้องการที่จะมีความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กลับมาปกติ โปรแกรมจึงตอบโจทก์ในการใช้งาน เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีการใช้อุปกรณ์สื่อสารเกือบทุกคน ทุกหลังคาเรือน

“ช่วงอายุยังหนุ่มสาว ทานอาหารตามใจตนเองมาตลอด 10 ปีทั้งขนมหวาน ของหวาน ของมัน ของทอด และไม่ออกกำลังกาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่1)

“นึกว่าตนเองยังแข็งแรง ผ่านมา 10 ปี ก็ทานเหมือนเดิม พึ่งมารู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่2)

“ไม่รู้ว่าการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นการคัดกรองฟรี ทำให้ตนเองเสียโอกาสมาตั้งนาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่3)

“มัวแต่ทำงาน มีความรู้บ้าง แต่รู้ไม่ละเอียด ไม่ตระหนัก ทำให้ตนเองกลายเป็นกลุ่มเสี่ยง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่4)

“ไม่มีเวลาไปตรวจสุขภาพของตนเอง มัวแต่ทำงาน ทำให้กลายเป็นกลุ่มเสี่ยง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้10 และสอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน 2) กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. ยังขาดทักษะในการเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และยังขาดสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัยในดำเนินการ 3) หน่วยงานและกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับ ขาดการประเมินเครื่องมือวัดผล และประเมินผลต่างๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงขาดการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดการสร้างความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม ในการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ขาดการวิเคราะห์ เพื่อ

นำข้อมูลใช้วางแผนในพัฒนาการดำเนินการดูแลสุขภาพ การรณรงค์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ ความเข้าในการดูแลตนเอง ไม่เข้าใจการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการวางแผนการจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณ เพื่อรณรงค์คัดกรองกลุ่มประชาชน 35 ปีขึ้นไป ขาดวัสดุ อุปกรณ์ที่ต้องลงไปรณรงค์ที่ชุมชน เนื่องจากไม่มีงบประมาณ และการบริหารจัดการ ขาดการประสานการทำงานแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเทศบาลนครขอนแก่น อสม. ผู้นำชุมชน ในการช่วยรณรงค์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและไม่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ยังน้อยทำให้กลุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนั้น ข้อมูลก่อนพัฒนาการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงนำข้อสรุปที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อร่วมกันกับประชากรเป้าหมาย ออกแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต และจากการสอบถามข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ2ส ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ผ่าน google form ในชุมชนจากการสอบถามข้อมูลสุขภาพ จากข้อมูลดังกล่าว จึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้ง แสดงให้เห็นว่า จากการทบทวนข้อมูลจาก Data Exchange ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ ความเข้าในการดูแลตนเอง ไม่เข้าใจการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการวางแผนการจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณ เพื่อรณรงค์คัดกรองกลุ่มประชาชน 35 ปีขึ้นไป ขาดวัสดุ อุปกรณ์ที่ต้องลงไปรณรงค์ที่ชุมชน เนื่องจากไม่มีงบประมาณ และการบริหารจัดการ ขาดการประสานการทำงานแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเทศบาลนครขอนแก่น อสม. ผู้นำชุมชน ในการช่วยรณรงค์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและไม่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพยังน้อยทำให้กลุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้นทุกปี และจากการสอบถามข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2ส ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ผ่าน google form ในชุมชน ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น จึงได้วิเคราะห์จากเอกสาร ทบทวนเอกสารข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) และ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วนำมาพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมต่อไป

2) การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป มี 8 รูปแบบ ดังนี้ 1) วางระบบการคัดกรองที่ชัดเจน 2) พัฒนาแบบฟอร์มการเก็บรวบรมข้อมูลผ่าน google form 3) ทำงานเป็นทีมประสานงานและติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) การประชาสัมพันธ์โครงการ 5) พัฒนาศักยภาพ อสม. 6) การใช้นวัตกรรม 7) การวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3) ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

3.1) ผลการปรับเปลี่ยนกลุ่มพฤติกรรมเพื่อลดการเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้น ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง 386 คน จากทั้งหมด 18

ชุมชน พบว่าส่วนมากปกติ จำนวน 188 ร้อยละ 48.70 รองลงมาเสี่ยง จำนวน 111 คน ร้อยละ 28.80 และ สงสัย จำนวน 87 คน ร้อยละ 22.50 ตามลำดับ ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ส่วนมากปกติ จำนวน 299 ร้อยละ 77.50 รองลงมาเสี่ยง จำนวน 47 คน ร้อยละ 12.20 และ สงสัย จำนวน 30 คน ร้อยละ 10.30 ตามลำดับ

3.2) ผลการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ ส่วนมาก อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 250 คน ร้อยละ 64.82 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 112 คน ร้อยละ 29.01 และ ระดับไม่ดี จำนวน 24 คน ร้อยละ 6.24 ภายหลังการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนมากอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 243 คน ร้อยละ 62.94 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 123 คนร้อยละ 31.92 และระดับไม่ดี จำนวน 20 คน ร้อยละ 5.21 ตามลำดับ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ก่อนพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรม ส่วนมากอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด จำนวน 177 คน ร้อยละ 45.92 รองลงมา ระดับถูกต้องบ้าง จำนวน 153 คน ร้อยละ 39.63 และ ระดับไม่ถูกต้อง จำนวน 56 คน ร้อยละ 14.56 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ส่วนมากอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด จำนวน 310 คน ร้อยละ 80.34 รองลงมา ระดับถูกต้องบ้าง จำนวน 62 คน ร้อยละ 16.10 และ ระดับไม่ถูกต้อง จำนวน 14 คน ร้อยละ 10.92 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4.6 ตามลำดับ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ ส่วนมากอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 187 คน ร้อยละ 48.42 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 157 คน ร้อยละ40.72 และ ระดับไม่ดี จำนวน 42 คน ร้อยละ 10.94 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ พบว่า 3. ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ส่วนมากอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 256 คน ร้อยละ 66.36 รองลงมาอยู่ในระดับ พอใช้ จำนวน 105 คน ร้อยละ 27.24 และ ระดับไม่ดี จำนวน 25 คน ร้อยละ 6.52 ตามลำดับ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ ส่วนมาก อยู่ในระดับดีมากจำนวน 230 คน 59.62 รองลงมา ระดับพอใช้ จำนวน 102 คน ร้อยละ 26.44 และ ไม่ดี จำนวน 54 คน ร้อยละ 13.98 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ พบว่า การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนมากอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 332 คน ร้อยละ 86.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 33 คน ร้อยละ 8.55 และ ระดับไม่ดี จำนวน 21 คน ร้อยละ 5.42 ตามลำดับ

3.3) ผลการเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และความพึงพอใจ ภาพรวม ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 32.74 คะแนน (SD=5.83) ภายหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวงกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 49.34 (SD=4.50) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมี

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 6.42), 2) พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 46.28 คะแนน (SD=9.71) ภายหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 56.66 (SD=2.99) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=7.80, 3) ความพึงพอใจ ก่อนใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.82คะแนน (SD=1.26) ภายหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ระดับความพึงพอใจ คะแนนเฉลี่ย 4.18 (SD= 1.54) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=10.16) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และความพึงพอใจ ภาพรวม ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น (n=286)

รายการ	ก่อนพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ		หลังพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพ	32.74	5.83	49.34	4.50	6.42	<0.001*
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	46.28	9.71	56.66	2.99	7.80	<0.001*
3. ความพึงพอใจ	2.82	1.26	4.18	1.54	10.16	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีปัญหาการรณรงค์ตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ใน 18 ชุมชน ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ ไม่เข้าใจการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชน 35 ปีขึ้นไป ขาดความรู้ ความเข้าในการดูแลตนเอง ความสามารถในการปรับพฤติกรรมของตนเอง และพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเอง ขาดการวางแผนการจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณ ขาดวัสดุ อุปกรณ์ที่ต้องลงไปรณรงค์ที่ชุมชน เนื่องจากไม่มีงบประมาณ และการบริหารจัดการ ขาดการประสานการทำงานแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเทศบาลครขอนแก่น อสม. ผู้นำชุมชน ในการช่วยรณรงค์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและไม่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ยังน้อยทำให้กลุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้นทุกปี ไม่บรรลุตามเป้าหมาย มีพฤติกรรมสุขภาพชอบทานอาหารที่มีส่วนผสมของผงชูรสสูงการออกกำลังกายน้อย ชอบดื่มเครื่องดื่มชากาแฟทรีอินวันอาหารรสเค็ม ของหมักดอง สอดคล้องกับ ธนาวัฒน์ เสนะบุตร และคณะ[15] และสอดคล้องกับ มยุรี กุโรรัตน์[16]

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป มี 8 รูปแบบ ดังนี้ 1) วางระบบการคัดกรองที่ชัดเจน 2) พัฒนาแบบฟอร์มการเก็บรวบรมข้อมูลผ่าน google form 3) ทำงานเป็นทีมประสานงานและติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) การประชาสัมพันธ์โครงการ 5) พัฒนาศักยภาพ อสม. 6) การใช้นวัตกรรม 7) การวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วางแผนแนวทาง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบ พัฒนาทักษะความสามารถการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสนับสนุนการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการประกอบอาหาร การกระตุ้นและให้กำลังใจการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.ผู้นำ ชุมชน ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนอุปกรณ์ และจัดหาสถานที่ออกกำลังกาย กระบวนการตามรูปแบบบางประการ การใช้อินเตอร์เน็ตต้องใช้อยู่ในความสนใจของกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น สอดคล้องกับ สุตาภัทร ประดับแก้ว[17] และสอดคล้องกับ ดวงดาว ศรียากูล และคณะ[18]

ผลการใช้โปรแกรม ทำให้มีกลุ่มที่เป็นปกติเพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยงลดลง และกลุ่มสงสัยป่วย กลับมาเป็นกลุ่มเสี่ยงและเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มที่สงสัยป่วยได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นคนไข้เบาหวานลดลงมาน้อยกว่าระดับประเทศ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีผลดีต่อประชาชนในชุมชน และควรมีการขยายการนำไปใช้ที่ชุมชนอื่น จังหวัดอื่นต่อไป ผลต่อคุณภาพการทำงาน มีระบบการทำงานชัดเจน ขั้นตอนการดำเนินงานในชุมชน มีแนวทางมาตรฐานการคัดกรอง (Flow) เบาหวานและความดันโลหิตสูงของศูนย์แพทย์วัดหนองแวง ซึ่งใช้รูปแบบจากกระทรวงสาธารณสุข ออกมาเป็นรูปธรรม สะดวกใช้กับทีมสหสาขาวิชีพ และภาคีเครือข่ายเกิดนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบนี้ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน การผลักดันให้เกิดมุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง เกิดสถานีสุขภาพ Health Station สามารถให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ผลต่อการขยายผลและความยั่งยืน ขยายผลต่อกลุ่มเบาหวานความดัน ทั้งหมดการใช้เอารูปแบบที่ได้ไปทำงานอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ หรือขยายกับพื้นที่อื่นๆ สอดคล้องกับ บัญชา พร้อมฤทธิ์[19] และ สอดคล้องกับ โสภา ไชยแก้ว[20]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ของศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวช

กรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ไปใช้ให้เหมาะกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้ ทักษะการจัดการตนเองเป็นสำคัญ

2. ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยบูรณาการร่วมกับ ญาติผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชนในพื้นที่ตามบริบท

3. ควรส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปเป็นระยะเวลาต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น เทศบาลนครขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น สาธารณสุขอำเภอเมือง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Diabetes. [Internet].2022. [cited 2022 October 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/diabetes.

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

3.กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สนับสนุนการดำเนินงาน Clinic NCD Plus. กทม: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด; 2551.

5. โรงพยาบาลศิริราช. ความรู้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง [Internet]. [cited 2024 May 23]. Available from: https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/472

6.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ 3 อ 2 ส. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

7.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสุขภาพ 3 อ 2 ส: หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรมอนามัย; 2560.

8.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพปีงบประมาณ 2565.

9.กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม2563]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf

10.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560.2560.[เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:https:// https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2019/11/Dm60.pdf

11.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. 2564. .[เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/Ebook-Y2565-V6.pdf

12.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเตอร์เน็ต]2022. 2 ตุลาคม 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2565]. สืบค้นจาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php.

13.Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เข้าถึงได้จาก: https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

14.ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานผู้ป่วยเบาหวานจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 2566.

15. ธนาวัฒน์ เสนะบุตร และคณะ. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางการเรียนรู้วิถีใหม่ โปรแกรม NCD-X ตำบลวัดธาตุ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(4): 123-135.

16.มยุรี กุโรรัตน์. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566; 8(1): 294-302.

17. สุตาภัทร ประดับแก้ว. การพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา. [วิทยานพนธ์] คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561.

18. ดวงดาว ศรียากูล และคณะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567; 18(1): 72-92.

19. บัญชา พร้อมดีษฐ์. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดจันทบุรี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดธาตุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2566.

20. โสภา ไชยแก้ว. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566; 5(3): 78-83.

การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of telepharmacy consultation model for hypertensive patients at Phon Thong Hospital, Roi Et Province.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

ศิรินภา พลเยี่ยม[1]
Sirinapa Phonyiam [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาดำเนินการวิจัย 12 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 - มิถุนายน พ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคือ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 45 คน เชิงปริมาณคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน เครื่องมือ ได้แก่ ระบบการให้คำปรึกษาทางไกลผ่านแอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์ สื่อวิดีโอการให้ความรู้ออนไลน์ทางไกลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรอบรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบประเมินปัญหาด้านใช้ยา แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 7 รูปแบบ ดังนี้ 1) วางระบบการดำเนินการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันสำหรับให้คำปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์ 2) พัฒนาระบบสื่อออนไลน์ เพื่อเพิ่มแนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงองค์ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ผ่านสื่อวิดีโอออนไลน์ 3) ทำงานเป็นทีมประสานงานและติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ประชาสัมพันธ์โครงการ 5) ใช้นวัตกรรมสื่อและระบบให้คำปรึกษา ให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มารับบริการ 6) วิเคราะห์รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ 7) สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ความร่วมมือการใช้ยา ดีขึ้นมีปัญหาลดลง และ ความพึงพอใจ ภาพรวมไปในทิศทางที่ดีขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 6.62, 6.86, 4.36, 8.62$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาเภสัชกรรมทางไกล, โรคความดันโลหิตสูง, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This study is research and development. Aim to study problem context, develop and use tele pharmacy consultation model for hypertensive patients at Phon Thong Hospital, Roi Et Province. Study was conducted for 12 months between July 2023 and June 2024. Qualitative sample consisted of multidisciplinary team of 45 people, and quantitative sample consisted of 35 hypertensive patients. Tools included an application teleconsultation system, online hypertension education video media, in-depth interviews of multidisciplinary opinions about problems, causes of problems and solutions for caring and treatment hypertension patients, general data collection forms, hypertension knowledge tests, eating behavior assessment forms, medication problem assessment forms, medication compliance assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed by content analysis, statistics, percentages, means, and standard deviations, and paired t-tests.

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Results of the study found that the development of the model consisted of 7 important formats are as follows: 1) Set up a system for providing advice via application. 2) Develop an online media system to increase guidelines for promoting access to knowledge on high blood pressure through online video media. 3) Work as a team to coordinate and contact relevant agencies. 4) Publicize the project. 5) use innovative media and consultation systems to cover patients who come to receive services. 6) Analyze and collect data systematically with modern technology. 7) summary and evaluation of operations. Results of model use were as follows: Knowledge about hypertension increased, food consumption behavior changed for the better, cooperation in medication use improved with fewer problems, and overall satisfaction moved in a positive direction after statistically significant development, $p < .05$, $t = 6.62, 6.86, 4.36, 8.62$, respectively. Conclusion, teleconsultation should be implemented. Promoting knowledge about hypertension together with medication use can therefore be successful.

Keywords: Tele pharmacy consultation, hypertension, development model

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่รายงานฉบับแรก เกี่ยวกับผลกระทบร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนข้อเสนอแนะในการพิชิตฆาตกรเงียบนี้ รายงานระบุว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ใน 5 ราย ไม่ได้รับการดูแลรักษาเพียงพอ แต่หากประเทศต่างๆ สามารถยกระดับความครอบคลุมของการรักษา จะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของประชากรได้ถึงจำนวน 76 ล้านราย ในช่วงปี พ.ศ. 2573 - 2593 ผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คนทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะที่พบได้ทั่วไปแต่อันตรายถึงชีวิตนี้ นำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่านั้น หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นประจำ เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2533 และ 2562 จาก 650 ล้านราย เป็น 1.3 พันล้านราย เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วโลก ไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตน และมากกว่าสามในสี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง[1]

ประเทศไทย จากการรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข ผ่านคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center : HDC) พบว่า อัตราป่วย รายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 เท่ากับ 1,207.74 1,160.44 และ 1,243.67 ตามลำดับ อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมของประเทศ ในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 คิดเป็นร้อยละ 1.98 2.06 และ 2.03 ตามลำดับ อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 คิดเป็นร้อยละ 2.39 2.38 และ 2.29 ตามลำดับ[2] พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากถึง ร้อยละ 25.8 และการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันไม่ได้ ร้อยละ 4.3 ในปี 2560 โดยเป็นการศึกษาจากผู้ป่วยจำนวนทั้ง 20,203 คน[3] ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงมาตามเกณฑ์ปฏิบัติได้[4] โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง แต่สามารถควบคุมได้ โดยการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี และรับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์แนะนำ ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพดีและช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน อื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตา หรือโรคไตได้[5]

การควบคุมคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งการใช้และไม่ใช้ยา ซึ่งต่างก็มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดัน โลหิตเพื่อให้อยู่ในระดับ

เป้าหมายของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตที่ลดลงจะช่วยลดอันตรายที่เกิดกับหัวใจ และหลอดเลือด การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลักการที่สำคัญคือ ไม่ควรให้ยาทันที ยกเว้นกรณีที่ความดันโลหิตสูงมากโดยมีหลักการคือ 1) ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขหรือรักษาได้ เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ โรคต่อมไร้ท่อหรือการใช้ยาสเตียรอยด์ ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยค์ และยาบรรเทาอาการหวัดคัดจมูก เป็นต้น 2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic therapy) คือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle medication) ได้แก่ การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายแต่พอควรด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสุขภาพ ลดการบริโภคโซเดียม ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ (coronary risk factor) เช่น งดการสูบบุหรี่ งดอาหารมันจัด และลดความเครียดเป็นต้น ซึ่งวิธีการนี้สามารถปฏิบัติได้ทั้งผู้ที่ป่วยยังไม่เป็นหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) การรักษาโดยการใช้ยา (pharmacologic therapy) การใช้ยาจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยมีแนวทางในการรักษาคือเริ่มให้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความต้นโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตระหว่าง 140/90 -180/110 มิลลิเมตรปรอท ที่มีภาวะโรคขอของอวัยวะเป้าหมาย (target organ disease) และหรือมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary risk factor) การรักษาด้วยยาจะเริ่มใช้ในขนาดต่ำเพื่อไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงเช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายหรือมึนงง เป็นต้น โดยเริ่มรักษาด้วยยาในขับปัสสาวะ และยาปิดกั้นเบต้า (beta-blocker) จะใช้ตัวเดียวก่อน ถ้าหากความดันโลหิตสูงมากอาจต้องให้ยามากกว่า 1 ตัวและหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตจึงพิจารณาเปลี่ยนด้วยยาหรือเพิ่มตัวยา ควรให้ยาน้อยครั้งที่สุดโดยเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์นานทำให้สะดวกต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยและสามารถควบคุมความค้นโลหิตได้ตลอดทั้งวันโดยไม่ทำให้ความดันโลหิตลดลงเร็วเกินไป ซึ่งช่วยลดการเกิดภาวะหัวใจหรือสมองขาดเลือดการหยุดยาทำได้ในผู้ป่วยที่มีความดันที่ไม่สูงมากสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีใช้ยาเพียงชนิดเดียว มากกว่า 1 ปี ด้วยการลดขนาดยาทีละน้อยและติดตามวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 6 เดือน การควบคุมระดับความดันโลหิต

การให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล คือการบริบาลทางเภสัชกรรมและการบริการที่เกี่ยวเนื่องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ รวมทั้งการส่งมอบเภสัชภัณฑ์โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลไปยังผู้ป่วย ที่อยู่ในสถานที่ที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะได้รับยาและการดูแลรักษาทางเภสัชกรรม ภายในสถานที่ที่ปลอดภัยและสะดวกต่างการเข้าถึง ซึ่งครอบคลุมไปถึง การให้คำปรึกษาด้านยา (patient counseling) การจำหน่ายยา (drug selling) การส่งมอบยา (dispensing) และการติดตามการรักษาและผลข้างเคียง (drug therapy monitoring) นับว่าเป็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และขยายการบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงง่าย รวดเร็วและปลอดภัย ที่มีระดับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ในระดับมากที่สุด โดยกลยุทธ์ที่ 2 ขยายการให้บริการที่ครอบคลุมโดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม มาใช้ในการให้บริการ เช่น Telemedicine/ Health Rider/การรับยาทางไปรษณีย์ และรับยาร้านยาใกล้บ้าน เพื่อลดระยะเวลารอคอย และ กลยุทธ์ที่ 3 จัดทำคู่มือการใช้งานในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์

(Goal) โดยยกระดับการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม ขยายการให้บริการที่ครอบคลุมโดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในการให้บริการ พัฒนาศักยภาพ สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ โดยคู่มือฉบับนี้เพื่อเพิ่มความสะดวกเข้าถึงบริการง่าย ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล อันสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง ช่วยลดระยะเวลารอคอยนาน ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดการเสียเวลาผู้ป่วยและญาติ คู่มือ"การให้บริการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) และการรับยา หน่วยบริการเครือข่ายใกล้บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทการให้บริการ ภายใต้ข้อจำกัดจำกัดของอุปกรณ์สื่อสารที่มีอยู่ของผู้รับบริการ เน้นความสะดวก ใช้งานง่าย เข้าถึงง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย และเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของ สถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564

โรงพยาบาลโพนทอง ในปี 2565-2567 พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9,901 คน, 10,564 คน และ 11,085 คน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่ามีปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลโพนทอง ได้แก่ การขาดนัด การขาดยา การเกิดภาวะแทรกซ้อน ไปจนถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงฉับพลัน เช่น stroke เป็นต้น สาเหตุอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ ปรึกษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดี สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีที่ปรึกษาเมื่อมีคำถามเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดโดยพบว่ายังมีผู้ศึกษาในบริบทพื้นที่ยังน้อยอยู่ และเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยทางไกลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและใช้ยาที่ถูกต้อง และส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้ยา สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้ช้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ดำเนินการวิจัย 12 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 - มิถุนายน พ.ศ.2567 และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ ระเบียบวิธีการวิจัย ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนพัฒนารูปแบบ (แบบร่าง) ขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลอง และประเมินผล ขั้นตอนปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ประเมินผล ขั้นตอนการนำไปใช้กับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่และประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 - มิถุนายน พ.ศ.2567 รวมจำนวน 12 เดือน จำนวน 616 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 - มิถุนายน พ.ศ.2567 รวมจำนวน 12 เดือน โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร โดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test Family จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) **สื่อวิดีโอการให้ความรู้ออนไลน์ทางไกลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง** โดยมี 2 version ทั้งภาษาไทยและภาษาไทยอีสาน โดยมีการให้ความรู้ในเรื่อง ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การใช้ยา ความร่วมมือการใช้ยา

Version1 พากย์ไทยกลาง https://youtu.be/VBfKQVdVGPI?si=6 YlaB3 X ezHsBqCEF

Version2 พากย์ไทยอีสาน https://youtu.be/2 1 9 qL-WnWLI?si=D1 Jy-405A9qky-3Y

2) ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล line official งานบริการเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3) แนวทางการแสดงความคิดเห็นผ่านแบบสอบถาม โดยตอบจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางแก้ไขปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเด็นการกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วย การจัดการด้านระบบ การจัดการทีมดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วย ในทุกประเด็น

4) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ปัจจัยเสี่ยง ระดับความดันโลหิตสูง

6) แบบทดสอบความรอบรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อคำถาม มีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ผิด-ถูก คะแนนเต็ม 17 คะแนน

7) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert’s scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ให้ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน รวมเต็ม 45 คะแนน

8) แบบประเมินปัญหาด้านใช้ยา (Drug related problems) จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert’s scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ให้ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน รวมเต็ม 45

9) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert’s scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ให้ 1 คะแนน ถึง 4 คะแนน รวมเต็ม 24 คะแนน

10) แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 6 ข้อ โดยประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert’s scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง

รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การใช้ยา ความร่วมมือการใช้ยา ความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบในคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การใช้ยา ความร่วมมือการใช้ยา ความพึงพอใจ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test เชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีสอบถามความคิดเห็นของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา ระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน ร้อยละ 70.59 รองลงมาเพศชาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 29.41 ตามลำดับ อายุส่วนมากอยู่ในช่วง อายุ 41-50 ปี จำนวน 14 คน ร้อยละ 41.18 รองลงมาช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 35.29 และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน ร้อยละ 20.59 ตามลำดับสถานภาพสมรส ส่วนมากโสด จำนวน 16 คน ร้อยละ 47.06 รองลงมาคู่ จำนวน 10 คน ร้อยละ 29.41 และ หม้าย/หย่า/แยก จำนวน 8 คน ร้อยละ 23.53 ระดับการศึกษา ส่วนมากมัธยมศึกษา จำนวน 14 คน ร้อยละ 41.18 รองลงมามัธยมปลาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 29.41 และ ประถมศึกษา จำนวน 6 คน ร้อยละ 17.65 ตามลำดับ อาชีพส่วนมาก เกษตรกรรม จำนวน 26 คน ร้อยละ 76.47 รองลงมารับจ้าง จำนวน 4 คน ร้อยละ 11.76 และ ค้าขาย จำนวน 3 คน ร้อยละ 8.82 ตามลำดับ สิทธิการรักษาส่วนมาก บัตรทอง จำนวน 24 คน ร้อยละ 70.59 รองลงมาประกันสังคม จำนวน 7 คนร้อยละ 20.59 และ กรมบัญชีกลาง จำนวน 3 คน ร้อยละ 8.82 ตามลำดับ โรคประจำตัวร่วม ส่วนมาก อ้วน จำนวน 26 คน ร้อยละ 76.47 รองลงมาเบาหวาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 44.12 และ ไขมันในเลือดสูง จำนวน 6 คน ร้อยละ 17.65 ตามลำดับ ภาวะเสี่ยง ส่วนมากคือดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (BMI>24.9 Kg/M2) จำนวน 26 คน ร้อยละ 76.47 รองลงมาดื่มสุรา จำนวน 25 คน ร้อยละ 73.53 และ รอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน (>36 นิ้ว) จำนวน 21 คน ร้อยละ 61.76 ตามลำดับ

เชิงคุณภาพ พบว่า จากการสอบถามความคิดเห็นของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลโพนทอง ได้แก่ การขาดนัด การขาดยา การเกิดภาวะแทรกซ้อนไปจนถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงฉับพลัน เช่น stroke เป็นต้น สาเหตุอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ

เกี่ยวกับภาวะโรค ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดี สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีที่ปรึกษาเมื่อมีคำถามเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในโรคอื่นๆที่นอกเหนือจากคลินิกประจำวัน เช่น ผู้ป่วย new case : HT , DM, GDM, hyperlipidemia, Gout, Asthma, Warfarin เป็นต้น การให้บริการจ่ายยาและให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยที่คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection : ARI) และผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจทุกวัน สนับสนุนเวชภัณฑ์สำหรับหน่วยงานราชการและองค์กรต่าง ๆ ที่จัดกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ มีการให้บริการเผยแพร่และตอบคำถามข้อมูลข่าวสารทางยาแก่ผู้ป่วยญาติบุคลากรทางการแพทย์และ ประชาชนที่สนใจ มีระบบคิวเรียกผู้ป่วยรับยาผ่านโปรแกรมจ่ายยา (easy dispensing program) มีความสะดวก รวดเร็ว ได้มาตรฐาน โปรแกรมสามารถ connect ข้อมูลกับ program hosxp ที่เป็นโปรแกรมบันทึกข้อมูลหลักของโรงพยาบาล ข้อดีของ easy dispensing program คือสามารถใช้เรียกผู้ป่วยเพื่อรับยาได้ ใช้บันทึก ข้อมูลการจ่ายยาได้ และยังสามารถดูประวัติเดิมและข้อมูลปัจจุบันของผู้ป่วยได้ด้วย อย่างไรก็ตาม โปรแกรม ยังมีข้อด้อย คือ ยังไม่สามารถแสดงคิวรับยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบคิวของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ สามารถคาดการณ์ได้ว่าอีกนานเท่าไหร่ถึงจะได้รับยา ความท้าทาย เพื่อรองรับการขยายขนาดของโรงพยาบาลและปริมาณผู้รับบริการที่จะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากนโยบาย ของรัฐบาลเกี่ยวกับโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ โรงพยาบาลโพนทอง เป็นโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกโรงพยาบาลในการรับการรักษาได้เอง การลดเวลารอคอย เป็นความท้าทายสำคัญของงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก และประทับใจในการรับบริการ โดยมุ่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology : IT) ทั้งระบบปฏิบัติการ HOSxP และระบบคิวเรียกรับยาให้สามารถแสดงคิวให้ผู้ป่วยทราบ และมุ่งเพิ่มจำนวน บุคลากรที่จำเป็นทั้งเภสัชกรและผู้ช่วย เพื่อสามารถให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น เพื่อลดปัญหาด้าน เวลารอคอย ลดปัญญาการขาดแคลนบุคลากร เพื่อลดปัญหาความไม่ชัดเจนในการเรียกรับยา ให้ผู้ป่วย ไม่สับสนในการเข้ารับบริการและรับบริการได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ด้วยบริการดุจญาติมิตร ผู้รับบริการ ประทับใจและได้มาตรฐานตามวิชาชีพเภสัชกรรม ปัญหาที่พบในพื้นที่ยังขาดการค้นหาปัญหาด้านยา (Drug related problem) ประเด็นอื่นๆ ที่หากสามารถค้นพบ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น และยังขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ควรมีรูปแบบเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลวิชาการที่ได้มาตรฐาน ปัญหาการปรึกษาเภสัชกรได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ควรมีการเพิ่มรูปแบบข้อมูลแบบอื่นๆ นอกจาก link video แผ่นพับ โปสเตอร์ link video ที่มีประโยชน์ที่ผู้อื่นจัดทำไว้ เป็นต้น การให้การปรึกษาผ่านช่องสนทนาของ line official ปัญหาผู้ป่วยรับบริการจำนวนมาก เภสัชกรเพียงคนเดียวอาจไม่เพียงพอในการให้การปรึกษา การเพิ่มเภสัชกรเข้ามาในทีมการให้การปรึกษา จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งองค์กร และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ปัญหาการพัฒนาระบบระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ที่เป็นช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาเภสัชกรได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป้ายได้อย่างทันท่วงทีและเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ได้มาตรฐานผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา เพื่อนำไปดูแลตนเองให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันโรคแทรกซ้อนได้

2) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 7 รูปแบบสำคัญดังนี้ 1) วางระบบการดำเนินการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ line official การให้คำปรึกษา งานบริการเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลโพนทอง 2) พัฒนาระบบสื่อออนไลน์เพื่อเพิ่มแนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงองค์ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ผ่านสื่อวิดีโอออนไลน์ 3) ทำงานเป็นทีมประสานงานและติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพนทอง 4) ประชาสัมพันธ์โครงการ ผ่านไลน์กลุ่มโรงพยาบาลโพนทอง 5) ใช้นวัตกรรมสื่อ และระบบให้คำปรึกษา ให้ครอบคลุมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา 6) วิเคราะห์รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ แบบบูรณาการร่วมกันรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพภาพรวม ในการให้คำปรึกษา งานบริการเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลโพนทอง 7) สรุปและประเมินผล การดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การให้คำปรึกษา งานบริการเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลโพนทอง

3) ผลการใช้การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1) ผลการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการให้คำปรึกษาระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด หลังการพัฒนารูปแบบฯ การส่งเสริมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 15.71 (SD=1.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยในข้อ ความดันโลหิต คือแรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจน ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย และ ความดันโลหิตสูง คือค่าความดันโลหิตสูงกว่าหรือ เท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทและ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรกินอาหารที่มีรส เค็มจัด และโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาตาม แขนขา มีอาการแขนขาอ่อนแรงได้ มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 คะแนน (SD=0.00) เท่ากัน รองลงมา โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตกล้วนเป็นโรค แทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ หากไม่ได้รับการ รักษาอาจทำให้เป็นอัมพาตได้ และ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติช่วยลด การเกิดโรคแทรกซ้อนลงได้ คะแนนเฉลี่ย 0.97 (SD=0.17) เท่ากัน และ พฤติกรรมการยกของหนักมากๆ หรือการแบกหาม เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ คะแนนเฉลี่ย 0.88 (SD=0.33) ตามลำดับ

3.2) ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผ่านการให้คำปรึกษาระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด หลังการพัฒนารูปแบบฯ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 19.44 (SD=0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบมากที่สุดในข้อ กินผักวันละ 5 ทัพพี (ผัก 1 ทัพพี เท่ากับ 3 ช้อนกินข้าวพูน, ผักใบสุก 2 ทัพพี นับเป็นผัก 1 ทัพพี) คะแนนเฉลี่ย 3.59 คะแนน (SD=0.61) รองลงมา กินบะหมี่ โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป หรืออาหาร กล่องแช่แข็งอาหารสำเร็จรูป อาหาร ถุง ขนมซอง คะแนนเฉลี่ย 3.09 คะแนน (SD=0.75) และ กินอาหารไขมันสูง ได้แก่ ไข่เจียว เนื้อสัตว์ทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หนังไก่ หนังเป็ดแคบหมู ผักทอด ผัดผักน้ำมันมาก ผักต้ม

กะทิ ผักในแกงกะทิ ผัก สลัดใส่ครีมสลัด อาหารทอดลอย น้ำมัน อาหารทอดกรอบ เบเกอรี คะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน (SD=0.52) ตามลำดับ

3.3) ผลการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด หลังการพัฒนารูปแบบฯ การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 23.17 (SD=1.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบมากที่สุดในข้อ ท่านเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเองบ่อยแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 4.00 คะแนน (SD=0.00) รองลงมา ท่านขาดยาหรือหยุดยา บ่อยแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 3.94 (SD=0.24) และ ท่านไม่พบแพทย์ตามนัด บ่อยแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 3.91 คะแนน (SD=0.29) ตามลำดับ

3.4) ผลการพัฒนาความพึงพอใจ รูปแบบการพัฒนาการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด หลังการพัฒนารูปแบบฯ การพัฒนาความพึงพอใจ การให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 20.39 (SD=0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบมากที่สุดในข้อ ระบบภาพชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 3.62 คะแนน (SD=1.32) รองลงมา ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามการใช้ยาทางไกลมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.46 (SD=1.42) และ สะดวก สามารถใช้งานระบบได้ทุกที่ คะแนนเฉลี่ย 3.42 คะแนน (SD=1.23) ตามลำดับ

3.5) ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพัฒนาการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการลดปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง (non-adherence or non-compliance) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง จำนวน 28 คน ร้อยละ 82.40 ไม่มีปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง จำนวน 6 คน ร้อยละ 17.60 ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า มีปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง จำนวน 20 คน ร้อยละ 58.80 และไม่มีปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่ง จำนวน 14 คน ร้อยละ 41.20 ตามลำดับ

3.6) ผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิต ผ่านการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 15.71 คะแนน (SD=6.26) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 6.26) 2) พฤติกรรมการบริโภค ก่อนการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการบริโภค มีคะแนนเฉลี่ย 19.44 คะแนน (SD=0.78) ภายหลังการรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการบริโภค มีคะแนนเฉลี่ย 25.86 คะแนน (SD=0.56) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 8.28) 3) ความร่วมมือการใช้ยา ก่อนการ

พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความร่วมมือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ย 20.99 คะแนน (SD=4.06) ภายหลังการรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 23.17 คะแนน (SD=1.77) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความร่วมมือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 6.86) 4) ปัญหาด้านการใช้ยา ก่อนการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาด้านการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ย 3.46 คะแนน (SD=0.18) ภายหลังการรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาด้านการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ย 2.43 คะแนน (SD=0.12) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความร่วมมือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= -6.42) 5) ระดับความดัน Systolic Blood Pressure (SBP) ก่อนการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความดัน Systolic Blood Pressure (SBP) มีคะแนนเฉลี่ย 141.68 คะแนน (SD=10.55) ภายหลังการรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความดัน Systolic Blood Pressure (SBP) มีคะแนนเฉลี่ย 133.09 คะแนน (SD=5.93) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความร่วมมือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 8.32) 6) ระดับความดัน Diastolic Blood Pressure (DBP) ก่อนการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความดัน ระดับความดัน Diastolic Blood Pressure (DBP) มีคะแนนเฉลี่ย 83.88 คะแนน (SD=7.36) ภายหลังการรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความดัน Diastolic Blood Pressure (DBP) มีคะแนนเฉลี่ย 80.15 คะแนน (SD=6.57) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความร่วมมือการใช้ยา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=4.36) 7) ความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย 13.39 คะแนน (SD=0.77) ภายหลังการรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย 20.40 คะแนน (SD=8.16) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 8.62) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความร่วมมือการใช้ยา และ ความพึงพอใจ ภาพรวม ก่อน-หลัง การพัฒนาการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (n=34)

รายการ	ก่อนพัฒนาโปรแกรมฯ		หลังพัฒนาโปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	12.06	3.23	15.71	1.34	6.26	<0.001*
2. พฤติกรรมการบริโภค	19.44	0.78	25.86	0.56	8.28	<0.001*
3. ความร่วมมือการใช้ยา	20.99	4.06	23.17	1.77	6.86	<0.001*
4. ปัญหาด้านการใช้ยา	3.46	0.18	2.43	0.12	-6.42	<0.001*
5. Systolic Blood Pressure (SBP)	141.68	10.55	133.09	5.93	8.32	<0.001*
6. Diastolic Blood Pressure (DBP)	83.88	7.36	80.15	6.57	4.36	0.005*
7. ความพึงพอใจ	13.39	0.77	20.40	8.05	8.16	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหา ระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง อายุ 41-50 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษามัธยมศึกษา อาชีพส่วนมากเกษตรกรรม สิทธิการรักษาบัตรทอง โรคประจำตัว อ้วน เบาหวาน และ ไขมันในเลือดสูง ภาวะเสี่ยงส่วนมากคือดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (BMI>24.9 Kg/M2) ดื่ม และ รอบเอวเกินกว่ามาตรฐาน (>36 นิ้ว) ปัญหาที่พบในพื้นที่ยังขาดการค้นหาปัญหาด้านยา (Drug related problem) ประเด็นอื่นๆที่หากสามารถค้นพบ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น และยังขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมในการควบคุมความตันโลหิต ควรมีรูปแบบเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลวิชาการที่ได้มาตรฐาน ปัญหาการปรึกษาเภสัชกรได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ควรมีการเพิ่มรูปแบบข้อมูลแบบอื่นๆ นอกจาก link video แผ่นพับ โปสเตอร์ link video ที่มีประโยชน์ที่ผู้อื่นจัดทำไว้ เป็นต้น การให้การปรึกษาผ่านช่องสนทนาของ line official ปัญหาผู้ป่วยรับบริการจำนวนมาก เภสัชกรเพียงคนเดียวอาจไม่เพียงพอในการให้การปรึกษา การเพิ่มเภสัชกรเข้ามาในทีมการให้การปรึกษา จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งองค์กร และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ปัญหาการพัฒนาระบบระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ที่เป็นช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาเภสัชกรได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีและเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ได้มาตรฐานผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา เพื่อนำไปดูแลตนเองให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับ ชัญญานุช ชมภูแก้ว[15]

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 รูปแบบสำคัญดังนี้ 1) ขั้นตอนการดำเนินงาน Flow การดำเนินการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ 2) แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงองค์ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ผ่านสื่อวิดีโอออนไลน์ 3) พัฒนาระบบการรักษาส่งยาร่วมกับการแพทย์ทางไกล 4) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เนื่องจากกระบวนการพัฒนาต้องอาศัยเทคโนโลยี และการรักษาผ่านการแพทย์ทางไกล และต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและ

การส่งเสริมความรู้อย่างต่อเนื่องจึงประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ สุภาพร สุปินธรรม และ ภัทร์ธนพร วงษ์เส[16]

ผลการพัฒนาระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ส่งผลให้ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ความร่วมมือการใช้ยา ดีขึ้นมีปัญหาลดลง และ ความพึงพอใจ ภาพรวมไปในทิศทางที่ดีขึ้น เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยทางไกล และส่งเสริมการไปรับยาที่บ้าน ร่วมกับการให้คำปรึกษาผ่านระบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ จินดามัย อังกลมเกลียว[17]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ให้เหมาะกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา ความพึงพอใจเป็นสำคัญ

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการใช้ยา การปรับพฤติกรรมการบริโภค ผ่านระบบออนไลน์ทางไกล โดยบูรณาการร่วมกับ ญาติผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชนในพื้นที่ตามบริบท

3. ควรส่งเสริมการพัฒนาการให้คำปรึกษาทางไกล เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง จึงจะประสบผลสำเร็จได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโพนทอง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทอง สาธารณสุขอำเภอโพนทอง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes. [Internet].2022. [cited 2022 October 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/diabetes.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สนับสนุนการดำเนินงาน Clinic NCD Plus. กทม: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด; 2551.
5. โรงพยาบาลศิริราช. ความรู้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง [Internet]. [cited 2024 May 23]. Available from: https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/472
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ 3 อ 2 ส. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสุขภาพ 3 อ 2 ส: หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรมอนามัย; 2560.
8. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพปีงบประมาณ 2565.
9. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม2563]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf

10. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560.2560.[เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:https:// https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2019/11/Dm60.pdf
11. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. 2564. .[เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/Ebook-Y2565-V6.pdf
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเตอร์เน็ต]2022. 2 ตุลาคม 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2565]. สืบค้นจาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php.
13. Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. เข้าถึงได้จาก: https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
14. โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานผู้ป่วยเบาหวานจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 2566.
15. ชัญญานุช ชมภูแก้ว. ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสง ณ รพ.สต.บ้านสะลวงนอก ต.สะลวง อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่. กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์, 2565.
16. สุภาพร สุปินธรรม และ ภัทร์ธนพร วงษ์เส. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566; 29(1): 51-64.
17. จินดามัย อังกลมเกลียว. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563; 17(3): 45-53.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสุโขทัย

Effect of the Parental Capacity Enhancement Program on Knowledge and Behavior in Pediatric Pneumonia's Parents Sukhothai Hospital.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

ภัทราวรรณ ศิรินันทยา[1] นภาพร อินทร์เรือง[1]
Phatthawan Sirinanthaya[1] Naphaphon Inruang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในผู้ปกครอง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองและเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1 เดือน – 5 ปี โรงพยาบาลสุโขทัย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 39 คน คัดเลือกโดยเฉพาะเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลอง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างสมรรถนะ, ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ, เด็กโรคปอดอักเสบ

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study the effect of the parental capacity enhancement program on knowledge, behavior in pediatric pneumonia in parents and readmission rate for pediatric pneumonia in children, Sukhothai hospital. The sample group were parents and children aged 1 month – 5 years with pediatric pneumonia Sukhothai hospital, divided into control groups and experimental group, 39 people in each group selected by purposive sampling. Research tools were the parental capacity enhancement program. Data were collected by the questionnaire. Data were analyzed by t-test analysis.

The study found that after the experiment parents of experimental group had knowledge and behavior in pediatric pneumonia higher than before joining the program and higher than control groups difference with statistically significant ($p< 0.001$). The readmission rate for pediatric pneumonia in experiment children lower than the control group difference with statistically significant ($p< 0.05$).

Keywords: self-efficacy, pediatric pneumonia's parents, pediatric pneumonia

บทนำ

ปอดอักเสบหรือปอดบวม (pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย ถุงลม และเนื้อเยื่อรอบถุงลม ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อ[1] เชื้อที่พบเป็นสาเหตุบ่อยของโรคปอดอักเสบในเด็กแตกต่างกันในแต่ละอายุ ได้แก่ ไวรัสซึ่งเป็นสาเหตุร้อยละ 60-70 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไวรัสที่พบบ่อยได้แก่ respiratory syncytial virus, influenza, parainfluenza และ human metapneumovirus สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียพบร้อยละ 5-8[2,3] การศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นปอดอักเสบ ส่วนใหญ่เกิดจากไวรัส ร้อยละ 42 ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ respiratory syncytial virus[4] จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในแต่ละปีจะมี

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย

ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบคิดเป็นร้อยละ 14[5] ปอดอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอุบัติการณ์สูงในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งพบประมาณ 0.27 ครั้งต่อเด็กหนึ่งคนต่อปีเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วพบประมาณ 0.03 ครั้งต่อเด็กหนึ่งคนต่อปีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และร้อยละ 7-13 มีอาการปอดอักเสบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 15 ของเด็กที่เสียชีวิตทั้งหมดและส่วนใหญ่เกิดในประเทศกำลังพัฒนา[6] ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ.2566 จำนวน 79,104 ราย อัตราป่วย 2,635.00 ต่อแสนประชากร พบรายงานผู้เสียชีวิต 5 ราย อัตราเสียชีวิต 0.17 ต่อแสนประชากร ข้อมูลเฝ้าระวังโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากกองระบาดวิทยา ปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม ทั้งสิ้น 79,104 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 2,635.00 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาอัตราป่วยในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาในปี 2564-2566 อัตราป่วยต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1,929.70, 1930.33 และ 1,930.65 ตามลำดับ [4]

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขากุมารเวชกรรม มีเป้าหมายลดอัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี ลงร้อยละ 10[7] ทีมนำทางคลินิกสาขากุมารเวชกรรม (Patient Care Team: PCT) โรงพยาบาลสุโขทัยมีการพัฒนาบริการดูแลโรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 1 เดือน – 5 ปี ตามนโยบาย Service plan โดยเน้นการดูแลเด็กตั้งแต่ขณะเจ็บป่วยต่อเนื่องถึงการจำหน่ายกลับบ้าน แต่ยังพบโรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบ เกินกว่าเกณฑ์ของ PCT กุมารเวชกรรมได้กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 0.20 สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุโขทัยในปี 2564 - 2567 พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1 เดือน- 5 ปี เพิ่มจำนวนจาก 108 ราย, 209 ราย และ 253 ราย ตามลำดับ[8] จะเห็นว่ามีผู้ป่วยจำนวนเพิ่มสูงขึ้นและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบเท่ากับร้อยละ 0.30, 0.49 และ 0.38 ตามลำดับ

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เป็นการสะท้อนถึงความสามารถการดูแลของครอบครัว ในการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำ เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ปกครองขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลเด็กขณะป่วย[9] หากผู้ปกครองมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ จะทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ดีตามมาด้วย ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในเด็กโรคปอดอักเสบได้[10]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มารับบริการหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 ในโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่าผู้ปกครองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาและการนัดตรวจติดตามอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ไปดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสอน อธิบายตามเทคนิคของพยาบาลตามความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ที่แตกต่างกันและมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่หลากหลาย มีทั้งการวางแผน การจำหน่ายโดยการให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งจะเป็นการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน จึงทำให้มีความเร่งรีบในการให้ความรู้การปฏิบัติตัวในเรื่องต่าง ๆ เป็นการสอนที่ใช้ระยะเวลาที่ใช้ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ปกครองได้รับความรู้และทักษะการดูแลไม่เพียงพอ การปฏิบัติไม่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวม ถึงการที่ผู้ปกครองขาดการมีส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และข้อมูลบางอย่างที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของ

ผู้ป่วย ส่งผลต่อการควบคุมอาการของเด็กโรคปอดอักเสบ

ดังนั้นการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองได้มีการพัฒนาสมรรถะทั้งในเรื่องความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบถูกต้อง ส่งผลให้ปัญหาการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของเด็กโรคปอดอักเสบลดลง ทั้งนี้การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self- efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะตัดสินหรือดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ของบุคคล[11] เป็นวิธีการหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่ง ผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนบุคคลทั่วไป การวิจัยพบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลเด็ก ให้มีความมั่นใจ มีความรู้ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น[12,13,14] และพบว่าเป็นปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15,16] จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจและต้องการที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสุโขทัย ในผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลสุโขทัย โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กตามศักยภาพและความต้องการ ตามทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (theory of self–care deficit) ของโอเร็มกล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแล[17] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง โดยการสร้างความรู้และทักษะการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่ถูกต้อง ที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของแบดูลา[11] มาเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองในการให้ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ปกครองมีการพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานวางแผนการพยาบาลในการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจและสามารถดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล สามารถนำไปพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของเด็กและครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะในผู้ปกครอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

2. หลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. หลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

4. หลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม

5. หลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง เด็กกลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 2 กลุ่ม วัดผลก่อนหลังเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองที่ส่งผลต่อ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในผู้ปกครอง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบในเด็ก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ภายใต้แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน11 ซึ่งอธิบายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อและความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้อย่างถูกต้อง การที่บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมนั้นหรือมีการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น บุคคลต้องมีความเชื่อในสมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำสิ่งนั้นได้ การเสริม สร้างสมรรถนะแห่งตนสามารถทำได้โดยบุคคลเรียนรู้ ได้แก่ 1) การส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จของตน (enactive mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การชักจูง ชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) และ 4) การส่งเสริมสภาวะสรีระและอารมณ์ (physiological and effective states)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองและเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1 เดือน – 5 ปี ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1 เดือน – 5 ปี ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลสุโขทัย แบ่งเป็นกลุ่มละ 39 คน โดยกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลในช่วง 17 กันยายน – 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 และกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลในช่วง 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - 20 มกราคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การเข้า (Inclusion criteria) 1) สามารถพูด เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างดี 2) ยินดีและเต็มใจในการตอบแบบ สอบถาม และ 3) ยินดีปฏิบัติการดูแลเด็กตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ตลอดระยะการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย 2) ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ตลอดระยะการวิจัย และ 3) ย้ายภูมิลำเนาก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา[18] คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.813 ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับมาก 0.80 ได้เท่ากับ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ที่พัฒนามาจากความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้าง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบให้กับผู้ปกครอง

2. แบบสอบถามในผู้ปกครอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็ก 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบหลังข้อความที่ตรงกับข้อความนั้น ๆ คือ ถูกต้อง ไม่แน่ใจ ไม่ถูกต้อง การแปลผลคะแนนความรู้จากคะแนนเต็มทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ[19]คือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 13-15 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง 36 ข้อ คะแนนเต็ม 144 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเลือกตอบแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ทำเลย การแปลผลคะแนนพฤติกรรมจากคะแนนเต็มทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ[19] คือระดับสูง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 109 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 73 – 108 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 72 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน กำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ เป็นกุมารแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางกุมารเวชกรรมที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็ก และ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง มีค่า CVI เท่ากับ 0.90, 0.90 ตามลำดับ

ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลใกล้ เคียงแห่งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยงส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็ก มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.80 และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.836 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สอบถามความสมัครใจ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัยให้กับผู้ปกครอง และขอเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยครั้งที่ 1 ก่อนการพยาบาลในระบบปกติ

กิจกรรมที่ 2 ให้การพยาบาลในระบบปกติแก่กลุ่มควบคุม ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสุโขทัย ในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษา การให้ยา และการให้ความรู้ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 ให้ความรู้ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ โดยให้ความรู้และวิธีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อนำความรู้ไปใช้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง การป้องกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การประเมินอาการความรุนแรงเบื้องต้น การรับประทานยา การดูแลสิ่งแวดล้อม และการขอรับคำปรึกษา เป็นต้น

กลุ่มทดลอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สอบถามความสมัครใจ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัยให้กับผู้ปกครอง และขอเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมประสบการณ์ความ สำเร็จของตนให้กับกลุ่มทดลองสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครอง ผ่านสื่อการสอนวิดีทัศน์ และแอพพลิเคชั่น Line OA ทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบที่เด็กเป็นอยู่ สาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาการและอาการแสดงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่เด็กโรคปอดอักเสบได้รับอย่าง

ละเอียด เกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเด็กโรคปอดอักเสบให้ความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพภายหลังการจำหน่าย การเลือกใช้แหล่งประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม เช่น การจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับปัญหาของเด็กโรคปอดอักเสบ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือทางด้านอุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น 4)ให้ความรู้ถึงเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา สามารถเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็กโรคปอดอักเสบ สามารถรายงานอาการให้แพทย์หรือพยาบาล มีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง 5) ให้ความรู้เรื่องข้อจำกัดภาวะสุขภาพของเด็กโรคปอดอักเสบ เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพที่เป็นอยู่ รวมทั้งการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ 6) ให้ความรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่ ช่องทางติดต่อขอความช่วยเหลือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการขอรับคำปรึกษาแนะนำระหว่างผู้ปกครองและผู้วิจัย และ 7) ให้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและมีความเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพเด็กโรคปอดอักเสบ มีความรู้ความเข้าใจหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 สังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นโดยสาธิตและฝึกทักษะในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็กโรคปอดอักเสบ ผ่านสื่อการสอนวิดีทัศน์ และแอพพลิเคชั่น Line OA ทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ดังนี้ 1) สอบถามปัญหาในเด็กโรคปอดอักเสบ และยก ตัวอย่างสถานการณ์ปัญหา ให้ผู้ปกครองได้ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็กโรคปอดอักเสบ 2) สาธิตวิธีการเฝ้าระวัง และสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็กโรคปอดอักเสบ พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ที่ถูกวิธี 3) สรุปวิธีการเฝ้าระวัง และสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็กโรคปอดอักเสบและเป้าหมายร่วมกันกับผู้ปกครอง 4) ซักถามข้อสงสัย ให้คำชี้แนะเพิ่มเติมระหว่างผู้วิจัยและผู้ปกครอง สรุปจบการฝึกทักษะ

กิจกรรมที่ 4 การชักจูง ชี้แนะด้วยวาจา เน้นการทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ และตั้งเป้าหมายการดูแลเด็กร่วมกันผ่านแอพพลิเคชั่น Line OA ทั้งในขณะที่รักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการติดตามผ่านแอพพลิเคชั่น Line OA และวิธีการเข้าใช้งาน รวมถึงสาธิตให้ผู้ปกครองได้ฝึกใช้ผ่านแอพพลิเคชั่น Line OA อย่างถูกต้อง 2) ทบทวนความรู้ และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้ตามเป้าหมายและต่อเนื่อง 3) สรุปวิธีการเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็กโรคปอดอักเสบและตั้งเป้าหมายการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบร่วมกันกับผู้ปกครอง 4) ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และให้คำชี้แนะเพิ่มเติมแก่ผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยส่งเสริมสภาวะสรีระและอารมณ์ โดยติดตามพฤติกรรมผู้ปกครองเด็ก ในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ในเรื่องการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผ่านแอพพลิเคชั่น Line OA ดังนี้ 1) ผู้วิจัยทบทวน ความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ 2) ผู้วิจัยติดตามสอบถามพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบตามเป้าหมายหรือแผนการรักษาที่กำหนด 3) ผู้วิจัยซักถามข้อสงสัยและให้คำชี้แนะเพิ่มเติมกับผู้ปกครอง 4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ภายหลังดำเนินกิจกรรมด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเสร็จสิ้นลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และอัตราการกลับ มารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัยยึดหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แบบเร่งรัด เลขที่ IRB73/2024 ลงวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2567 สิ้นสุดการรับรอง วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2567 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้ปกครองกลุมทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ย 31.10 ปี (S.D.= 5.39) และ 30.87 ปี (S.D.= 4.43) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.97และ ร้อยละ 56.41 สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 92.31 และ ร้อยละ 89.74 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.15 และร้อยละ 48.72 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่าในกลุ่มทดลอง ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับสูง ($\bar{x}$=18.62, SD=1.37) และมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ($\bar{x}$=123.05, SD=9.03) ในกลุ่มควบคุมผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยว กับโรคปอดอักเสบ อยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ($\bar{x}$=12.87, SD=1.75) และมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ($\bar{x}$=98.72, SD=4.21)

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าในกลุ่มทดลองผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) ในกลุ่มควบคุมผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

หัวข้อ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired t- test	*p-value*
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ความรู้โรคปอดอักเสบ								
กลุ่มทดลอง	11.92	2.55	ต่ำ	18.62	1.37	สูง	14.049	<.001*
กลุ่มควบคุม	12.23	1.98	ปานกลาง	12.87	1.75	ปานกลาง	1.668	0.052
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ								
กลุ่มทดลอง	98.97	3.54	ปานกลาง	123.05	9.03	สูง	17.139	<.001*
กลุ่มควบคุม	97.82	3.66	ปานกลาง	98.72	4.21	ปานกลาง	1.180	0.123

* p-value< 0.001

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยว กับโรคปอดอักเสบ (p=0.277) และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ (p=0.081) ไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Independent t- test	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ความรู้โรคปอดอักเสบ								
ก่อนร่วมโปรแกรม	11.92	2.55	ต่ำ	12.23	1.98	ปานกลาง	0.595	0.277
หลังร่วมโปรแกรม	18.62	1.37	สูง	12.87	1.75	ปานกลาง	16.144	<.001*
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ								
ก่อนร่วมโปรแกรม	98.97	3.54	ปานกลาง	97.82	3.66	ปานกลาง	1.416	0.081
หลังร่วมโปรแกรม	123.05	9.03	สูง	98.72	4.21	ปานกลาง	15.257	<.001*

* p-value< 0.001

ส่วนที่ 3 อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบ

การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังผู้ปกครองเด็กเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลจากผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.13 ซึ่งมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่า ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลจากผู้ปกครองตามปกติ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.08

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเด็กโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลองและผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในกลุ่มควบคุม การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังผู้ปกครองเด็กเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยใช้ Fisher's exact test (n=78)

การกลับมารักษาซ้ำ ใน 1 เดือน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ	
กลับมารักษาซ้ำ	2	5.13	9	23.08	0.024*
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	37	94.87	30	76.92	

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ ผลจากการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มทดลองผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้น สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ได้เข้าสู่โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะเพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็ก ได้แก่ สาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ยาที่เด็กโรคปอดอักเสบได้รับ การรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเป้าหมายของการรักษา การทบทวนความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ พร้อมให้ผู้ปกครองเข้าร่วมกลุ่ม Line OA เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อ สื่อสารความรู้และให้คำแนะนำต่าง ๆ กับผู้ปกครอง โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ ประกอบการบรรยายความรู้ และแอพพลิเคชั่น Line OA เพื่อสื่อสารความรู้โรคปอดอักเสบในเด็ก รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ผู้ปกครองสงสัยผ่าน Line OA สอดคล้องกับแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ของโอเร็ม[17] ได้อธิบายถึงการให้ความรู้เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นกลวิธีสำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสมรรถนะของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพ การสอนจึงต้องยึดหลักให้ถึงการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับบ้าน เมื่อเลือกกระทำด้วยความรู้ความเข้าใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ ตั้งพิษฐานสกุล[20] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ โดยใช้สื่อการสอนวิดีทัศน์ประกอบการบรรยาย ใช้สมุดคู่มือโรคปอดอักเสบ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่งผลให้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมารดา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001)

2. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มทดลองผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้น สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ได้รับเสริมสร้างสมรรถนะภายใต้แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา[11] ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อและความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้อย่างถูกต้อง การที่บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมนั้นหรือมีการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น บุคคลต้องมีความเชื่อในสมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำสิ่งนั้นได้ จากกิจกรรมฝึกทักษะในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติของเด็กโรคปอดอักเสบ การสาธิตวิธีการดูแล การเฝ้าระวัง และการสังเกตอาการของเด็กโรคปอดอักเสบ พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองฝึกทักษะเรื่องต่าง ๆ อย่างถูกต้อง การทบทวนทักษะและตั้งเป้าหมายการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบร่วมกัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามพฤติกรรมผู้ปกครองเด็ก การให้คำปรึกษา และคำแนะนำในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้านผ่านแอพพลิเคชั่น LINE OA สอดคล้องกับการงานวิจัยของ การศึกษาของ อารีรัตน์ ตั้งพิษฐานสกุล[20] ที่ได้ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบและการจัดการกับอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) และการศึกษาของ สุกัญญา พินหอม และคณะ[21] ได้ศึกษาผลของการชี้แนะมารดาต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็ก

โรคปอดอักเสบ โดยการตกลงร่วมกัน การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา การสะท้อนปัญหา และวางแผนปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติตามกิจกรรม ส่งผลให้มารดากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ สูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

3. การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบ พบว่า หลังผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลอง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบส่งผลให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลอง มีความรู้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา เทพสาร และศลิษา โกดยี่[14] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมของผู้ดูแล ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็ก มีพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลองมีอัตราที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

จุดเด่นและปัจจัยของความสำเร็จของการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ วิธีการเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองให้เกิดการความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็ก การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นโดยการใช้ตัวแบบสาธิต และฝึกทักษะในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็กโรคปอดอักเสบ การได้รับการชี้แนะด้วยวาจา โดยการทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ และตั้งเป้าหมายการดูแลเด็กร่วมกัน รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมผู้ปกครองเด็กให้คำปรึกษาและคำแนะนำการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้าน โดยการใช้เทคโนโลยีผ่าน LINE OA ช่วยในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พยาบาลชุมชนสามารถมีการนำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก การกำหนดเป้าหมายในการดูแลโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก การติดตามพฤติกรรมผู้ปกครอง และการให้คำปรึกษาการดูแลโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการติดตามผลจากการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองในระยะยาว หรือเป็นระยะ หลังจากได้ดำเนินการเสร็จสิ้นกิจกรรมของโปรแกรม เพื่อติดตามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจากนำไปปฏิบัติที่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมไประยะหนึ่ง

3. ควรมีการพัฒนาการสร้างความรู้การดูแลโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กให้แก่ผู้ปกครองที่เป็นปัจจุบันทันสมัยเพื่อสามารถเสริมสร้างสมรรถนะและพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมของโปรแกรม ผ่านทางหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้ง่าย และสะดวกในทุกเวลาทุกสถานที่ สามารถสืบค้นได้อย่างรวดเร็ว ช่วยเพิ่มช่องทางในการให้สุขศึกษากับบุคลากรทีมสุขภาพได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤติในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กพ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2562.

2. Cantais, A., Mory, O., Pillet, S., Verhoeven, P. O., Bonneau, J., and Patural, H. Epidemiology and microbiological investigations of community-acquired pneumonia in children admitted at the emergency department of a university hospital. J Clin Virol 2014; 60, 402-407.
3. Jain, S., Williams, D. J., Arnold, S. R., Ampofo, K., Bramley, A. M., and Reed, C. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children. N Engl J Med 2015; 372, 835-45.
4. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่อในเด็กปี 2566 5 โรคที่สำคัญ. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2567.
5. World Health Organization (WHO). Pneumonia in children [Internet]. 2022. [cited 2022 November 24]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia
6. Kyu, H. L., Aubree, G., and Betsy, F. Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings from the Global Burden of Disease 2013 Study. JAMA Pediatr 2016; 170, 267-87.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567.* สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2567.
8. โรงพยาบาลสุโขทัย. *เวชระเบียนผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย.* งานเวชสาร โรงพยาบาลสุโขทัย. 2566.
9. ยุพาวรรณ อารีพงษ์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่อง High-flow nasal cannula. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2562; 4(2), 62-72.
10. ภาวิณี ช่วยแท่น, ภรณี วัฒนสมบูรณ์ และ สุปรียา ตันสกุล. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในมารดาเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารสุขศึกษา 2563; 43(1), 12-24.
11. Bandura, A. Social learning theory. New Jesey: Prentice-Hall. 1997.
12. อารียา กันสืบ. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการล้างจมูกเด็กป่วยที่มีน้ำมูกคั่งค้าง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2563; 11(2), 112-131.
13. ดวงพร ชาศรี. การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นผู้ดูแล: กรณีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่ต้องได้รับการผู้ยาขยายหลอดลมแบบกดสูด.วารสารสารพยาบาลตำรวจ 2564; 13(1), 235-244.
14. จินตนา เทพสาร และศลิษา โกดยี่. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารพยาบาลตำรวจ 2564; 13(1), 91-100.
15. กัญญาพัชร นิยมสัตย์, ศรีมนา นิยมค้า และสุธิศา ล่ามช้าง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. พยาบาลสาร 2563; 47(1), 66-76.
16. แสงระวี สุทัศน์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด.วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564; 40(4), 49-64.
17. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby. 2001.
18. อุไร สินไพบูลย์. ผลของการให้โปรแกรมความรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2564; 12(2), 167-182.
19.บุญชม ศรีสะอาด. พื้นฐานการวิจัยการศึกษา. มหาสารคาม: ตักสิลาการพิมพ์. 2561.
20. อารีรัตน์ ตั้งพิษฐานสกุล, อักษรา ทองประชุม, วราภรณ์ บุญเชียง และ วรางคณา นาคเสน. ผลของโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาชาวกะเหรี่ยง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2567; 4(2), e266889.
21. สุกัญญา พินหอม, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และ นฤมล ธีระรังสิกุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะมารดาต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารสถาบันบำราษนราดูร 2564; 15(2),82-93.

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Development of self-management program for type 2 diabetes patients uncontrolled blood sugar: Prachasamosorn Medical Center, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

นันทิยา ไทยภักดี[1] อรอนงค์ เจ็กภู่[1]
Nuntiya Thaiphakdee[1],Onanong Jeakpoo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการ ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำการศึกษาดำเนินการวิจัย 12 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565-เดือนกรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คือสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 10 คน เชิงปริมาณ คือผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้จำนวน 30 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม โปรแกรมการจัดการตนเอง แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ดังนี้ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) การควบคุมน้ำตาล 3) การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 4) ประโยชนของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ 5) การส่งเสริมฝึกทักษะให้ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง 6) การฝึกเขียนบันทึกเพื่อตั้งเป้าหมายและแผนการจัดการตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น ภายหลังการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <.05, t = -6.86, 8.42, 9.21 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ควบคุมน้ำตาลในเลือด, เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study was quasi experiment research aimed to study problem context, develop and use self-management program for type 2 diabetes patients who cannot control blood sugar. Study was conducted for 12 months between August 2022 and July 2023. Qualitative sample consisted of 10 health network partners, and the quantitative sample consisted of 30 type 2 diabetes patients. The instruments included in-depth group discussion interviews, a self-management program, a general data collection form, a health behavior assessment form, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed by content analysis, using statistics, percentages, means, and standard deviations, and paired t-test.

Results of study found program development consisted of 6 formats as follows: 1) Providing knowledge about diabetes, 2) Controlling blood sugar levels, 3) Developing self-care skills, 4) Creating motivation about the benefits of self-management and behavior change, and 5) Promoting skills training to decide to change their own behaviors, 6) Training in writing daily diaries to set goals and self-management plans. Development results found that sugar HbA1C level, self-management behavior, and satisfaction level increased significantly after the development at p <.05, t = -6.86, 8.42, 9.21, respectively. Conclusion is that

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น

the implementation should be done in collaboration with the network partners, promoting self-management and satisfaction together to be successful.

Keywords: Behavior modification, Patients who cannot control their sugar levels, Type 2 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาในระดับประชากรทั่วโลก โดยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น เป็น 643 ล้านคน ส่งผลให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที ในสถานการณ์โลกพบปัญหาโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากถึง 436 ล้านคนจากประชากรโลก องกรอนามัยโลก[1] ในปี 2567 โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์พบมากที่สุดถึงร้อยละ 35 ของประชากรทั่วโลกและพบได้ตั้งแต่ช่วงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป[1] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน โดยมีอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[1] และพบว่าเป็นเพศหญิงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.80 เพศชายเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.82 กลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด ร้อยละ 15.90 ในปี 2562-2564 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 123.84,124.65 และ 128.10 ตามลำดับ[3] การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2564 –2566 พบว่าอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นจาก 1,392.98, 1,563.02 และ 1,692.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่อหลอดเลือดหัวใจ ตา ไต และระบบประสาท การป้องกันโรคเบาหวานจะช่วยลดโรคอ้วนได้ ในปี 2566 พบผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 418 ล้านคนทั่วโลก และความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ที่ที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง โรคเบาหวาน ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ[3] ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงโรคเบาหวานใช้เวลาต่อเนื่องในการรักษา ทำให้มีผลต้องใช้งบประมาณและเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุข อีกทั้งพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุการตายในปีงบประมาณ 2562 เป็นอันดับที่ 79 และมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทยมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมาก่อนที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบถึงครอบครัวชุมชน รวมไปถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ[5]

การจัดการตนเองอย่างถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน[6] จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ และโรคแทรกซ้อนได้ เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ เป็นต้น[5] การจัดการตนเองอย่างถูกวิธีจะช่วยให้ป้องกันความพิการ ลดการเสียชีวิต กระทบด้านสุขภาพ ภาวะทางเศรษฐกิจ ลดภาระในระบบสาธารณสุข โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนการจัดการตนเอง องค์ประกอบที่ 2 การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง และองค์ประกอบที่ 3 การติดตามและสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้และทำให้มีความมั่นใจในการจัดการกับ

พฤติกรรมตนเองในการควบคุมน้ำตาลในเลือด มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้น[7]

จังหวัดขอนแก่น[8] พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีพ.ศ. 2563 - 2565 คือ 113, 205, 115, 757, และ 120,152 คน ตามลำดับ ในส่วนของอำเภอเมืองขอนแก่น มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20,344, 20,745 และ 22,236 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประชาสโมสร พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีคือ จำนวน 723, 763 และ 796 คน ตามตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM.HT.CVD.) กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 ข้อมูลจังหวัดขอนแก่น ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเท่ากับ 20.64, 23.94 และ 20.48[4] ตามลำดับ อำเภอเมืองขอนแก่น ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เท่ากับ 19.38, 21.81 และ 23.03[4] ตามลำดับ และศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเท่ากับ 19.09, 20.05 และ 16.17 ตามลำดับ[4] ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของ Service Plan และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะส่งผลให้สูญเสียสุขภาวะ เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งระดับครอบครัวและประเทศ ในด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล

ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร[9] ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวโดยพยาบาลในคลินิกเบาหวานเท่านั้น ซึ่งใช้ระยะเวลาค่อนข้างสั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงยังไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานไม่ยั่งยืน ทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ โดยการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด จะต้องอาศัยปัจจัย 5 ประการคือ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการดูแลรักษาต่อเนื่อง[5] ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทการเสื่อมของจอตา และการเสื่อมของหน่วยไต

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจในบทบาทผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานให้ช้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้ทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการพัฒนาและใช้รูปแบบในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนปฏิบัติตนจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และมีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการ ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 12 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565-เดือนกรกฎาคม 2566 และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร เชิงคุณภาพ ประกอบด้วยสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ทั้ง 11 ชุมชน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 42 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ประกอบด้วยสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์ประชาสโมสรที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ปีงบประมาณ 2566 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ทั้ง 11 ชุมชน จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ : ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านความเห็นชอบจากบุลากรทางการแพทย์ประจำศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ เนื้อหา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาล การดูแลตนเอง ประโยชนของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการจัดการตนเองร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายและการเขียนแผนการจัดการตนเองในแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง และมีการติดตามทุก 3 เดือน

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. สนทนาเรื่อง ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างไร / จัดลำดับความสำคัญ/ เหตุผล อย่างไร มีผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นอย่างไรบ้าง ท่านคิดว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต้องการอะไร ให้ช่วยอะไร ท่านมีแนวทางการดำเนินงาน หรือ กระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างไรบ้าง ในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญในการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ท่านมีเป้าหมาย บทบาท และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือไม่ อย่างไร ท่านมีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างไร พร้อมกับอธิบาย จัดทำผังการไหลของงาน ของท่าน พร้อมนำเสนอ

3) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ

4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 4 ข้อ และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถาม ที่แสดงถึงพฤติกรรมดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ

5) แบบประเมินความพึงพอใจในโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ โดยประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ รวม 25 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาพยาบาล, ข้อมูลผลการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

2) เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบในคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

3) เชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดกลุ่มสนทนา 10 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถามให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.00 – 1.30 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เชิงปริมาณ สภาพการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ในปีพ.ศ.2563 - 2565 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวน 723, 763 และ 796 คน และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเท่ากับ 19.09, 20.05 และ 16.17 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม

ระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 83.33 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 และ เพศชาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 อายุ ส่วนมากอายุ 51-60 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมามากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน ร้อยละ 54.76 และ 41-50 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ (Mean = 53.64, Min= 33, Max= 65) อายุ 51-60 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมา อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 9 คนร้อยละ 30.00 และ ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากมัธยมศึกษา จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมามัธยมปลาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และ ประถมศึกษา จำนวน 6 คน ร้อยละ20.00 สถานภาพสมรส ส่วนมาก หม้าย/หย่า/แยก จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมา คู่ จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รายได้ต่อเดือน ส่วนมาก 5,001-10,000 บาทจำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมามากกว่า 10,000 บาท จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมา 2,001-5,000 บาท จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 อาชีพ ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมารับจ้าง จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ส่วนมาก 7-9 ปีจำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 รองลงมา 4-6 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 และ 1-3 ปี จำนวน 5 คนร้อยละ 16.67 ตามลำดับ (Mean = 7.42, Min= 1, Max= 10) โรคประจำตัวร่วม ส่วนมากเป็นความดัน จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.67 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 และไขมันในเลือดสูง จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

เชิงคุณภาพ ข้อค้นพบและวิธีปฏิบัติที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1) การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เข้มงวดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เลือกกินอาหารหวานให้น้อยลง ไม่เติมเพิ่ม คิดว่าที่น้ำตาลในเลือดดีขึ้นก็เรื่องของกินนี่แหละ เมื่อก่อนกินตามใจตัวเอง อยากกินอะไรก็กิน หาซื้อง่าย หิวเมื่อไหร่ก็เข้าร้านสะดวกซื้อ เมื่อหมอเจ้าหน้าที่มาสอนเรื่องอาหารที่ควรงด หรือไม่ควรกิน แล้วก็ลองเอาไปทำดู แรกๆก็ดูจะยากนะ พอทำไปเรื่อยๆ ก็เริ่มชิน”

2) การรับประทานยา เน้นการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เพิ่มหรือลดยาเองรับประทานยาให้ตรงเวลา ไม่เอายาคนอื่นมากิน และไม่ใช้ยาสมุนไพร ยาโฆษณาและอาหารเสริม ดังคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เมื่อก่อนกินยาไม่เป็นเวลา ลืมกินบ้าง ก็ไม่เห็นมีอาการอะไร พอมาตรวจตามนัด หมอบอกต้องกินยาตามหมอสั่ง ต่อเนื่อง ไม่ใช่กินมั่งหยุดมั่ง เดี๋ยวจะเกิดอาการผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อนได้ อาจจะต้องได้เพิ่มยา ไม่อยากกินยาเยอะเลยต้องทำตามที่หมอบอก”

3) การออกกำลังกาย เน้นการเดินแกว่งแขน การปั่นจักยาน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เดินออกกำลังกายหน้าบ้านบ้าง เพื่อนชวนไปสวนสาธารณะบ้าง เดินคุยกันไปเรื่อยๆ สนุกดี เดินเพลินๆ ไม่เหนื่อย วันไหนว่างจากงานก็ออกกำลังกายทั้งเช้าทั้งเย็น”

4) การจัดการกับความเครียด พูดคุยกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน ทำกิจกรรมผ่อนคลาย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“หาอะไรทำเพลินๆ ฟังเพลงบ้าง พูดคุยกับเพื่อนบ้านบ้าง ไม่เครียด สบายใจ”

5) การดูแลรักษาต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ

พยาบาล การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เมื่อก่อนจะผิดนัดหมออยู่บ่อยๆ ไม่ค่อยปฏิบัติตัวตามที่หมอพยาบาลแนะนำ พอรู้สึกตัวเองว่ามีอาการผิดปกติ ที่ไม่เคยเป็นมาก่อน เลยคิดว่าต่อไปต้องทำตามที่หมอแนะนำ จะได้เป็นปกติ และต้องให้เวลากับตัวเองในการมาพบหมอตามนัดทุกครั้ง”

2) โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยกระบวนการอบรมตามรูปแบบการจัดการตนเองที่ใช้ในการจัดอบรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้การทบทวนและประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick โดยมีแนวคิดการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีหน้าที่ในการจัดการตนเองเป็นสิ่งที่ต้องกระทำก่อนที่จะเริ่มลงมือปฏิบัติ และเชื่อว่าบุคคลจะจัดการตนเองได้ ตองมีความรูและทักษะที่สำคัญในการจัดการตนเอง แนวคิดนี้ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) รูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านความเห็นชอบจากบุลากรทางการแพทย์ประจำศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ เนื้อหา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาล การดูแลตนเอง ประโยชนของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการจัดการตนเองร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายและการเขียนแผนการจัดการตนเองในแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง และมีการติดตามทุก 3 เดือนศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดการตนเอง พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ปัญหา และความต้องการ ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร จังหวัดขอนแก่น ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร และขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 จัดประชุมเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อระดมความคิดเห็น กำหนดแนวทางการจัดทำร่างรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีมาตรฐานและเหมาะสมขึ้น

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการใช้รูปแบบ เริ่มมีการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น เป็นความร่วมมือของผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการส่งเสริมการจัดการตนเอง จำนวน 12 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ติดตามการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้1) ประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 2) ให้ความรู้ผู้ป่วย แบ่งกลุ่มผู้ป่วยฝึกทักษะในการจัดการตนเอง 3) ให้คำปรึกษาและฝึกการใช้คู่มือการจัดการตนเองเฉพาะราย ตามกลุ่มพฤติกรรมความเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหาร การ

จัดการด้านรับประทานยา การจัดการความเครียด โดยทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ /Line หลังเข้ารับรูปแบบการจัดการตนเอง ปรึกษาอาการผิดปกติ และดูแลตัวเองเบื้องต้นกับผู้วิจัยทางโทรศัพท์/ Line ได้ตลอด และวัดผลในสัปดาห์สุดท้าย

3) ผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

3.1) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกมาไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ทั้ง 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ส่วนมากมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง จำนวน 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 83.33 และ ระดับน้ำตาลคงที่ จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67

3.2) พฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.04 (SD=1.27) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในด้านการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ย 3.21 คะแนน (SD=1.42) รองลงมาด้านการจัดการกับความเครียด คะแนนเฉลี่ย 3.13 คะแนน (SD=1.46) และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง คะแนนเฉลี่ย 3.02 (SD=1.18) ตามลำดับ ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.37 (SD=1.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในด้าน การรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 4.62 คะแนน (SD=1.62) รองลงมาด้านออกกำลังกาย และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ย 4.38 คะแนน (SD=1.52) และด้านการจัดการกับความเครียด คะแนนเฉลี่ย 4.28 (SD=1.28) ตามลำดับ

3.3) ระดับความพึงพอใจ ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.62 (SD=1.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 2.92 คะแนน (SD=1.26) รองลงมาความเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย 2.82 คะแนน (SD=2.16) และความเป็นไปได้ มีคะแนนเฉลี่ย 2.62 คะแนน (SD=1.18) ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.28 (SD=1.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในด้านประสิทธิภาพการควบคุมโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ย 4.38 คะแนน (SD=1.21) รองลงมาด้านความเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย 4.32 คะแนน (SD=2.26) และด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 4.28 คะแนน (SD=1.29) ตามลำดับ

3.4) การเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เฉลี่ย 8.55 คะแนน (SD=0.88) ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เฉลี่ย 7.67 (SD=0.87) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= -6.86)

3.5) การเปรียบเทียบ ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.04 คะแนน (SD=1.27) ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.37 (SD=0.87) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=8.42)

3.6) การเปรียบเทียบ ระดับความพึงพอใจก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.62 คะแนน (SD=1.38) ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับความพึงพอใจ คะแนนเฉลี่ย 4.28 (SD=1.75) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=9.21) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) การจัดการตนเอง และความพึงพอใจ ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (n=30)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาโปรแกรมฯ		หลังพัฒนาโปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	8.55	0.88	7.67	0.87	-6.86	<0.001*
ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง	3.04	1.27	4.37	1.78	8.42	<0.001*
ระดับความพึงพอใจ	2.62	1.38	4.28	1.75	9.21	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

สภาพการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี การศึกษามัธยมศึกษา สถานภาพสมรสส่วนมากหม้าย รายได้ต่อเดือนส่วนมาก 5,001-10,000 บาท อาชีพเกษตรกรรม ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 7-9 ปี โรคประจำตัว

ร่วมเป็นความดัน และไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับ ธนพล วิมลวรรณ[10]

รูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านความเห็นชอบจากบุลากรทางการแพทย์ประจำศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาล การดูแลตนเอง ประโยชนของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการจัดการตนเองร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายและการเขียนแผนการจัดการตนเองในแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง และมีการติดตามทุก 3 เดือน รูปแบบการจัดการตนเองที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100 ได้รูปแบบในการจัดการตนเอง SSS Model ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยผู้รับบริการกำหนดเป้าหมาย ติดตามตนเองและประเมินผลด้วยตนเอง การบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมดูแลและติดตามต่อเนื่อง การเสริมแรง ชื่นชม ให้กำลังใจ โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองและอุปสรรคการแก้ไขปัญหา การนัดติดตามอาการและผลการจัดการตนเองการติดตามผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ และ Tele-nursing การให้กำลังใจ ชื่นชม การให้คำปรึกษา สอดคล้องกับ พรพรรณ ลีลาศสง่างาม, จินตนา จุลทัศน์ และ สุภาพร ใจการุณ[11]

ผลการใช้โปรแกรม ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการในเขตรับผิดชอบ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป และมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg% ดีขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น ความพึงพอใจดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เข้มงวดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เน้นการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เพิ่มหรือลดยาเองรับประทานยาให้ตรงเวลา ไม่เอายาคนอื่นมากิน และไม่ใช้ยาสมุนไพร ยาโฆษณาและอาหารเสริม การออกกำลังกาย เน้นการเดินแกว่งแขน การปั่นจักยาน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ผ่อนคลายร่างกาย การจัดการกับความเครียด พูดคุยกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวานทำกิจกรรมผ่อนคลาย ตลอดจนการดูแลรักษาต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่เสมอ การใช้หลักการจัดการตนเอง (Self–management) เพื่อเพิ่มระดับความรู้ ความเชื่อ ทักษะการควบคุมตนเองให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผสมผสานการจัดการตัวเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับ อณัญญา ลาลุน และ บุษพร วิรุณพันธ์[12]

ข้อเสนอแนะ

1) การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ของศูนย์แพทย์

ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น ควรปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้ ทักษะการจัดการตนเองเป็นสำคัญ

2) ควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยบูรณาการร่วมกับ ญาติผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชนในพื้นที่

3. ควรส่งเสริมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง จึงจะประสบผลสำเร็จได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes. [Internet].2022. [cited 2022 October 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/diabetes.
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพปีงบประมาณ 2565.
3. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม2563]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.
5. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560.2560.[เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:https:// https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2019/11/Dm60.pdf
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. 2564. .[เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/Ebook-Y2565-V6.pdf
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเตอร์เน็ต]2022. 2 ตุลาคม 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2565]. สืบค้นจาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php.
8. Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เข้าถึงได้จาก: https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
9. ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานผู้ป่วยเบาหวานจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 2566.
10. ธนพล วิมลวรรณ. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 4 (2): 18-25.
11. พรพรรณ ลีลาศสง่างาม, จินตนา จุลทัศน์ และสุภาพร ใจการุณ. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2562; 16(1): 274-286.
12. อณัญญา ลาลุน และบษพร วิรุณพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแกงคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2564; 11(1): 66-80.

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดหนองคาย

Development of guidelines for promoting and preventing premature birth Maternal and Child Health Network, Nong Khai Province.

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

จรรยา คำอุ่น[1] ขนิษฐา นาหนองตูม[1]
Janya Kham-Un[1] Khanittha Nanongtoom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่นำแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคายไปปฏิบัติ จำนวน 83 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ Paired t - test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ และ 5) การสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย หลังสิ้นสุดกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย โดยใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น พบว่า ภาพรวมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองลดพฤติกรรมเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะการคลอดก่อนกำหนด การกำหนด MOU-EDC การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ก่อนและหลังการส่งเสริมการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: แนวทางการส่งเสริมและป้องกัน, การคลอดก่อนกำหนด, เครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก

Abstract

The action research aimed to develop guidelines for promoting and preventing premature birth in the Maternal and Child Health Network, Nong Khai Province. The process carried out from July 1st, 2023 to June 30th, 2024. The sample group consisted of 83 people who implemented the guidelines for promoting and preventing premature birth in the Nong Khai Province Maternal and Child Health Network. The instruments used for data collection consisted of guidelines for the promotion and prevention of premature birth in Nong Khai province, questionnaire on opinions towards the guidelines, questionnaire on opinions towards methods and a form to record observations of practices to promote and prevent premature and observation record form for promotion and prevention of premature birth. Data were analyzed using paired t - test and content analysis.

The results showed that guidelines for promoting and preventing premature birth Maternal and Child Health Network, Nong Khai Province consisted of 1) Organizing a training workshop, 2) knowledge review, 3)

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

evaluation and feedback, 4) reminders using pamphlets, and 5) supporting guidelines for promoting and preventing premature birth in Nong Khai Province. After the end of the activities to promote and prevent premature birth in the Nong Khai Provincial Maternal and Child Health Network using the developed guidelines, showed that Overview of public health officials responsible for maternal and child health in primary care, secondary care and tertiary care hospitals and sub-district health promoting hospitals providing knowledge to pregnant women on self-care and reducing risky behaviors, screening for risks of premature birth, memorandum of Understanding – Expected date of confinement (MOU-EDC), referring pregnant women and continuing follow-up care before and after promoting the practice of promoting and preventing premature birth, there was a significant difference at the 0.05 level.
Keywords: guidelines for promoting and preventing, premature birth, maternal and child health network

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) คือ ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นความผิดปกติทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ หากไม่สามารถยับยั้งการตั้งครรภ์ได้จะทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก[1] เป็นอันดับ 2 รองจากภาวะพิการแต่กำเนิด[2] และยังทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น รวมถึงเกิดการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนและความพิการนั้นด้วย[3] การคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ยิ่งน้อยจะพบว่าโอกาสที่ทารกจะเสียชีวิตและทุพพลภาพยิ่งมากขึ้น[4] ซึ่งร้อยละ 70 ของทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม[5]

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดที่พบบ่อย[6] หากทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เสียชีวิตอาจเกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น สมองพิการ หรือความสามารถในการมองเห็นผิดปกติจากการได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน[7] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อยอวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่และมีประสิทธิภาพการทำงานไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะหายใจลำบาก เนื้อเยื่อลำไส้ตาย เลือดออกในโพรงสมอง ภาวะติดเชื้อที่รุนแรง[8] การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด ร้อยละ 25 มีสาเหตุมาจากมารดาและทารก ร้อยละ 75 เป็นการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง[9] จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกิดร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดมีหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา เช่น อายุ น้ำหนัก การสูบบุหรี่ การทำงานหนัก ภาวะเครียด เป็นต้น ประวัติทางสูติศาสตร์ เช่น การตั้งครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในประเทศอุตสาหกรรมสาเหตุหลักของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด จากหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาความดันโลหิตสูง การติดเชื้อ การทำงานหนัก การตั้งครรภ์แฝด ภาวะเครียด หรือความวิตกกังวล[10] อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด จะพบประมาณ 5 - 7 % ในประเทศที่พัฒนาแล้วและมีอุบัติการณ์ที่มากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา[11]

การพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ (collaborative quality improvement) ของสถาบันพัฒนาบริการสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement [IHI]) ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย การดำเนินงาน 8 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา 2) การเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการพัฒนา 3) การรับสมัครหน่วยงานที่ต้องการร่วมพัฒนาและจัดตั้งทีม 4) การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การดำเนินการพัฒนา 6) การประเมินการเปลี่ยนแปลง 7) การวัดและการประเมินผล และ 8) การสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่[12] แนวคิดดังกล่าวได้มีการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพใน

โรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหลายประเทศในทวีปต่าง ๆ พบว่าได้ผลดี ซึ่งการนำวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ช่วยให้บุคลากรโรงพยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักและวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ แนวทางการค้นหาวิธีการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และสาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค[13]

ในปี 2564 – 2566 สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ประเทศไทย ร้อยละ 12.47, 11.63 และ 10.44 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 10.67, 10.87 และ 10.58 ตามลำดับ และจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 9.67, 8.98 และ 11.19 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[14] ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดหนองคาย จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานมารดาที่คลอดก่อนกำหนด พบว่า ยังไม่มีความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้องเป็นเหตุให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า แพทย์จึงไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่มีแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ชัดเจน ยังไม่มีระบบการส่งต่อหรือช่องทางความช่วยเหลือของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และยังไม่มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง แนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงสนใจนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย โดยมีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำไปปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2567 การศึกษานี้ได้ประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart15 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่นำแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่

และเด็กจังหวัดหนองคายไปปฏิบัติ จำนวน 83 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน 9 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 74 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการจัดประชุมกลุ่มเพื่อหาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย

2. แนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2566 ของกรมการแพทย์และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และแนวทางเวชปฏิบัติเรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

3. แนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคายที่พัฒนาขึ้น

4. แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย เกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบกับบริบทของหน่วยงานในด้าน 1) สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ 2) สามารถช่วยให้บุคลากรตระหนักในการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 3) การส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 4) ช่วยให้บุคลากรมีส่วนร่วมเสนอแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 5) ทำให้อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดลดลง 6) สามารถนำไปเป็นแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะที่มีความเสี่ยงอื่น ๆ ได้ โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา อยู่ในช่วงระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.98

5. แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ และ 5) การสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องของข้อคำถามอยู่ที่ 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach 's Alpha) ได้เท่ากับ 0.87

6. แบบบันทึกการสังเกตการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใน 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด การกำหนด MOU-EDC การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ใช้ประเมินก่อนและหลังการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.67

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอน 4 ขั้น ประกอบด้วย

1. ขั้นวางแผน (Plan)

1. จัดตั้งทีมพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวช 1 คน หัวหน้างานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน 9 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ 9 คน รวม 19 คน

2. ผู้วิจัยเข้าพบทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย บทบาทหน้าที่ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย หลังจากนั้นให้บุคลากรพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดลงนามในเอกสารแสดงความจำนงเข้าร่วมวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัด วางแผน ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยร่วมสนทนากลุ่ม ร่วมพิจารณาเลือกแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

2. ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action)

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สนทนากลุ่ม วิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

2. ร่วมกันพิจารณานำแนวปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยเลือกแนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2566 ของกรมการแพทย์และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และแนวทางเวชปฏิบัติเรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

3. ออกแบบการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ 5) การสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

4. นำแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 5 กิจกรรมไปทดลองปฏิบัติในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน

5. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในภาพรวม ในประเด็นการปฏิบัติที่ต้องติดตามกำกับดูแลและทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย ผลการดำเนินการช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กมีความเข้าใจในแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และช่วยให้ทราบปัญหาอุปสรรค และประสานความเข้าใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในหน่วยงานเพิ่มขึ้น

3. ขั้นสังเกตุการณ์ (Observation) ผู้วิจัยสังเกตการณ์ผลของการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ดังนี้

1. ประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่มีต่อแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

2. ประเมินความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ 5) การสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

3.ติดตามแบบบันทึกการปฏิบัติ 5 กิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้ประเมินและเปรียบเทียบก่อนและหลังการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

4. ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก หากมีปัญหาจะได้รับการแก้ไขปรับปรุง ทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงาน และสรุปผลการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่ม โดยวิเคราะห์เนื้อหา ตีความ สรุปความ

2. การวิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่มีต่อแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแบบบันทึกการปฏิบัติที่ถูกต้องในการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t - test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติการวิจัยตามหลักพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและมีการดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครโดยทั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 103/2566 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 44.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 78.3 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 48.2 รองลงมามีประสบการณ์ 6-10 ปี ร้อยละ 33.7 และ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.1

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ได้จากการสรุปผลของแพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวช หัวหน้างานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอที่ร่วมพัฒนาตามกระบวนการวิจัย 19 คน โดยพบว่ามีกระบวนการสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 6 ชั่วโมง โดยทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัด

2. การทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และทบทวนความรู้ในสิ่งที่ได้ปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกรายและให้ทุกคนมีส่วนร่วม

3. การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยผู้ร่วมงานแบบไม่เป็นทางการ การประเมินผลในหน่วยงานโดยหัวหน้างาน และการประเมินผล

การปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานโดยทีมพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด

4. การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติงานในการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แผ่นพับแสดงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

5. การสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย ได้จากการรวบรวมแบบสอบถามที่สอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 83 คน มีผลแสดงดังนี้

1. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่มีต่อแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 ± 0.09 โดยมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้ ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตระหนักในการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดลดลง และสามารถนำไปเป็นแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะที่มีความเสี่ยงอื่นๆ ได้

2.ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่มีต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 ± 0.12 ซึ่งวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติ ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติโดยทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัด การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับแสดงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และการสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย

3.การเปรียบเทียบการสังเกตการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า ก่อนการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองลดพฤติกรรมเสี่ยง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.60 ± 0.49 หลังการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ±0.26 (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.33, $p<0.001$) ก่อนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.64 ± 0.48 หลังการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 ± 0.22 (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.31, $p<0.001$) ก่อนการกำหนด MOU-EDC ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.81 ± 0.40 หลังการกำหนด MOU-EDC ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 ± 0.15 (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.17, $p<0.001$) ก่อนการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.59 ± 0.50 หลังการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.94 ± 0.24 (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.35, $p<0.001$) และก่อนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.55 ± 0.50 หลังการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ± 0.28 (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.37, $p<0.001$) โดยทุกกิจกรรมก่อนและหลังการสังเกตการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสังเกตการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก (N= 83)

กิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	ก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติ		หลังการส่งเสริมการปฏิบัติ		Mean difference	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
1. การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองลดพฤติกรรมเสี่ยง	0.60	0.49	0.93	0.26	0.33	6.29	<0.001*
2. การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด	0.64	0.48	0.95	0.22	0.31	6.11	<0.001*
3. การกำหนด MOU-EDC	0.81	0.40	0.98	0.15	0.17	4.08	<0.001*
4. การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์	0.59	0.50	0.94	0.24	0.35	6.64	<0.001*
5. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง	0.55	0.50	0.92	0.28	0.37	6.81	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ที่ได้จากการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ และ 5) การสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย ทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและจะมีส่วนช่วยในการลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด โดยต้องดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของอะเคื้อ อุณหเลขกะ[13] พบว่า การส่งเสริมการปฏิบัติโดยใช้หลายวิธีจะมีส่วนช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ซึ่งใช้หลายวิธีร่วมกันในการปฏิบัติการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประกอบด้วย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยและแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวันโรค และการจัดทำแนวทางการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผลการทบทวนวรรณกรรมในการการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล พบว่า การใช้หลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนความรู้ การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์ และการรณรงค์การทำความสะอาดมือบุคลากรพยาบาล ช่วยให้สามารถป้องกันการติดเชื้อดื้อยาได้เป็นอย่างดี[16] จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่า การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้มีความรู้ ความเข้าใจประสบการณ์ จะส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมและการปฏิบัติตามหลักการได้ดี มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง ช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเข้าใจแนวทางปฏิบัติงาน การ

ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ ช่วยให้ทราบประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคและประสานความเข้าใจของการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบบริการการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ[17] ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงเรียนพ่อแม่กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว การกำหนดวันที่ (ไม่คลอดก่อน) การสังเกตอาการเตือนล่วงหน้า (Early Warning signs) และแนวทางขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินเมื่อมีอาการผิดปกติ การกระตุ้นเตือนโดยใช้แผ่นพับ และการสนับสนุนแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย ช่วยให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของพรศิริ เสนธิริ และคณะ[18] พบว่า การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ การประสานส่งต่อสูติแพทย์ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ M-E-T-H-O-D การติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทางโทรศัพท์ และการให้ความรู้โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วม มีผลต่อการปฏิบัติการในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของบุคลากรพยาบาล

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่มีต่อแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติทั้งหมดได้มาจากการระดมสมองของทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จังหวัดหนองคาย เมื่อได้ผลสรุปวิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติในการประชุมทีมพัฒนางานอนามัยและเด็กระดับจังหวัดได้นำวิธีการส่งเสริมปฏิบัติไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินการและแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทำให้วิธีการส่งเสริมการปฏิบัติที่ใช้ในการดำเนินการมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานจริง จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติโดยการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองลดพฤติกรรมเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะการคลอดก่อนกำหนด การกำหนด MOU-EDC การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรสนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย ที่ได้จากการพัฒนาทั้ง 5 กิจกรรม โดยนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควรนำแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไปปรับใช้ในการส่งเสริมและป้องกันภาวะที่มีความเสี่ยงอื่น ๆ ได้ โดยความร่วมมือของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินประสิทธิผลของแนวทางการส่งเสริมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจังหวัดหนองคาย เมื่อมีการนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์.(2554). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน คมสันติ์ สุวรรณฤกษ์ และเดนศักดิ์ พงศโรจน์เผา (บรรณาธิการ). ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีสมุทรสาคร.
2. สายฝน ชวาลไพบูลย์ และสุจินต์ กนกพงศศักดิ์. (2554). ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดิน ในครรภ์ก่อนกำหนด. เวชบันทึกศิริราช.(2): 25-39.
3. Perray SS, & Mckinney, E.S.(2010). Foundations of maternal-newborn and women's health nursing 5th ed. Missuril Sanuders Elserier.
4. ธราธิป โคละทัต.(2551). ผลกระทบของคลอดก่อนกำหนด ใน : นราธิป โคละทัต บรรณาธิการ. การบูรณาการ ระบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารก. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
5. Arias E.MacDorman MF, Strobino DM, & Guyer B Annual.(2003). Summary of vital statistic : 2002 Pediatric 112: 1215-30.
6. พัญญู พันธ์บูรณะ.(2554). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ถวัลย์วงค์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ (บก.). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน (พิมพ์ครั้งที่ 2) พิมพ์ดีสมุทรสาคร. 91-130.
7. รุ้งตวรรณ์ ช้อยจอหอ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร, และ เอกชัย โควาวิสารัช.(2552). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมา รักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. Journal of Nursing Science (Supplement). 27(2): 39-48.
8. Goldenberg, R.L. (2002). The management of preterm labor. Obstetric & Gynecology, 100, 1020-1037.
9. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์.(2554). การดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พฤหัส จันทร์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ธันยารตัน์ วงศ์วนานุรักษ์ และ ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บก.). สูตินรีเวชทันยุค OBGYN in Practice 2011. 111-119.
10. ฐิติกานต์ ณ ปั่น.(2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลอมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 10(2): 142-150.
11. Cecsay SM, Prentice AM, Cole TJ, Foord F, wearer LT, Poskitt EM, Whiehead RG.(1997). Effects on birth weight and Perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5 year randomized controlled trial. BMJ 315(7111) : 786-90.
12. Institute for Healthcare Improvement.(2019). The Breakthrough Series : IHI's Collaborative model for achieving breakthrough improvement. 2003. Retrieved October 20, 2019. from http://www.ihi.org/NR/rdonlyres/3F1925B7-6C47-48ED-AA83-C85DBABB664D/0/The Breakthrough Seriespaper.pdf
13. อะเคื้อ อุณหเลขกะ.(2564). การประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่. 2564; อ้างอิง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.(2566). เอกสารสรุปผลงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2566. หนองคาย.
15. Kemmis, S & McTaggart, R.(1988). The Action Research Planer (3rd ed.).Victoria : Deakin University. 1988.
16. วิจิตย์ ทองแสน.(2564). รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลกรพยาบาล. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 4(1): 19 – 28.
17. ศรัญญา สุภาปุ.(2567). การพัฒนารูปแบบบริการการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. เผยแพร่ผลงานผ่านเว็บไซต์ R2R BKPHO
18. พรศิริ เสนธิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย, มณีรัตน์ เพิ่มชาติ. การพัฒนารูปแบบการ พยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34(2): 164-73.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร

The effects of a intermediate care promotion program with family participation on health outcomes of stroke patients Mukdahan Hospital.

(Received: February 16,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

วลัยลักษณ์ จันเต็ม[1]
Walailak Chantem[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร ทำการศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2567 จำนวน 35 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (Care givers) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร และคู่มือการการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, การส่งเสริมการดูแลระยะกลาง

Abstract

This research is a quasi-experimental research aimed to study the effect of a intermediate care promotion program with family participation on health outcomes of stroke patients at Mukdahan Hospital. Study method study in a group of stroke patients who received services at the Continuous Care Learning Center, Community Nursing Group, Mukdahan Hospital. The study was conducted between October and December 2024, with 35 patients. The study was conducted before and after using a 1-group design. The research instruments consisted of the following: the general information questionnaire for stroke patients, the general information questionnaire for caregivers, the self-care behavior questionnaire for stroke patients, the ability to perform daily activities questionnaire for stroke patients, and the quality of life questionnaire for stroke patients. and the instruments used in the experiment were the intermediate care promotion program by family participation on health outcomes of stroke patients at Mukdahan Hospital and the manual

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

for promoting health care for stroke patients at Mukdahan Hospital. General data analysis, self-care behavior of stroke patients, ability to perform daily activities of stroke patients, and quality of life of stroke patients were analyzed using descriptive statistics to find frequency, percentage, and standard deviation. The difference was tested for comparison using the Paired t-test.

Results : 1) The self-care behavior of stroke patients in the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 2) The ability to perform daily activities of stroke patients in the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 3) The quality of life of stroke patients in the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: stroke patients, family participation, promotion of intermediate care.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เกิดความพิการและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญรองจากโรคหัวใจ พบอุบัติการณ์ทั่วโลกกว่า 15 ล้านคน เสียชีวิตราว 5,712,240 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 และคาดประมาณการณ์เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573[1] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 277.67 ต่อแสนประชากร มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 21.04 ต่อแสนประชากร เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1[2] ผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงพบว่าจะเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก แต่ก็ยังมีผู้ป่วยที่รอดชีวิตโดยคิดเป็นร้อยละ 65 ที่ยังต้องพบกับความพิการที่หลงเหลืออยู่[3] ภาครัฐต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ สูญเสียการทำหน้าที่และการควบคุมของระบบประสาทและสมอง กล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวบกพร่อง เป็นอัมพาต ไม่สามารถทำกิจกรรมแบบอิสระได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ขาดรายได้ ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจ วิตกกังวลและเกิดความทุกข์ทรมานจากการที่เป็นคนพิการ[4] ซึ่งผลกระทบดังกล่าวนั้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองถูกขัดขวางและสมองเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองให้ผิดปกติอย่างเฉียบพลัน[5] ถ้ารักษาทันท่วงทีสามารถกลับมาปกติได้ แต่ยังมีบางส่วนที่มีความพิการอัมพฤกษ์อัมพาต ส่วนใหญ่พบข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การพูด การรับรู้ การรับความรู้สึก การมองเห็น และการควบคุมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบและคุกคามต่อชีวิตทางด้านร่างกาย เช่น อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดข้อติดแข็ง และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายลดลง ไม่รู้สึกเจ็บปวด เกิดแผลกดทับ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนตามมาได้ รวมถึงปัญหาจากภาวะจิตใจหากผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น[6] ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในดูแลและฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะที่อยู่ในช่วงที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านและจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ที่มีทักษะความรู้ เพื่อให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับปัญหาและพยาธิสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด และอยู่ในภาวะพึ่งพิงลดลง รวมทั้งป้องกันอันตรายและลดภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร มีเขตพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุม 22 ตำบล 34 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 129,830 คน (โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร, 2567) จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 96, 103 และ114 รายตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้านผลลัพธ์ของการรักษา พบว่าผู้ป่วยรักษาหาย ร้อยละ 76.04, 73.38 และ 74.56 ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดความพิการ ร้อยละ 14.58, 14.56 และ 14.91 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 14.87, 12.80 และ 14.39 ตามลำดับ, มีภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ ร้อยละ 25.00, 28.15 และ 26.31 ตามลำดับ, มีภาวะข้อติด ร้อยละ 38.50, 48.54 และ 42.10 ตามลำดับ, มีภาวะแผลกดทับ ร้อยละ 11.45, 13.59 และ 14.91 ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นว่าถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมรรถภาพทางกายลดลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการมีระบบในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง โดยมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการดูแล ฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกต้อง เหมาะสม จะช่วยลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายจากผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยพบว่าในระยะ 1 ปีภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยร้อยละ 33-49 ต้องการได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เนื่องจากมีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ผู้ดูแลที่มีทักษะการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดีจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลจึงนับว่าเป็นตัวแปรของการฟื้นฟูสภาพในระยะกลางที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีพยาธิสภาพผิดปกติหลงเหลืออยู่ทั้งมีความผิดปกติของร่างกาย ความคิด ความจำ การสื่อสาร และมีสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยผู้ป่วยที่มีการพึ่งพาในระดับสูงผู้ดูแลจะมียิ่งมีความสำคัญและมีความจำเป็นมากยิ่งขึ้น

การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นวิธีการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ระยะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่ออาการคงที่และระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวจะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลมาก การฟื้นฟูสภาพจะมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลได้นั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องการฟื้นฟูสภาพจึงจะประสบผลสำเร็จ [9] เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วยตามมา การมีรูปแบบในการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงมีประโยชน์อย่างมากและน่าจะเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามมา

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นคณะกรรมการบริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุขและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้ปฏิบัติ จึงมีความสนใจที่จะจัดทำผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 35 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร งานวิจัยนี้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการออกแบบกิจกรรม องค์ความรู้ที่นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมมีลักษณะเป็นการดำเนินการรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย ที่ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร และมีการโทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด สื่อที่ใช้คือ คู่มือการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วยการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ 10 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพก่อนการทดลอง 2) การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว 3) การฟื้นฟูสภาพด้านการสื่อสารและการรับรู้ 4) การฟื้นฟูสภาพด้านการรับประทานอาหาร 5) การฟื้นฟูสภาพด้านการขับถ่าย 6) การฟื้นฟูสภาพด้านการนอนหลับ 7) การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ 8) การติดตามเยี่ยมบ้าน 9) การติดตามทางโทรศัพท์ และ 10) การสรุปทบทวนการฟื้นฟูสุขภาพ และการประเมินผลและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดแตก ตีบหรืออุดตัน 3) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่แตก ตีบหรืออุดตันครั้งแรก 4) มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับเล็กน้อยถึง ปานกลาง โดยมีค่าคะแนน NIHSS 0-15 คะแนน 5) อยู่ในเกณฑ์พ้นระยะวิกฤต มีอาการคงที่โดยประเมินได้จากการมีอาการ

ทางระบบประสาทคงที่ ประเมินได้จาก NIHSS ไม่มีการ เปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ไม่มีภาวะ IICP หรือ progressive stroke 6) มีผลประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) มากกว่า 4 คะแนน 7) อายุ 30 ปีขึ้นไป 8) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร 9) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) น้อยกว่า 23 คะแนน 10) ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน สามารถ อ่านออก เขียนได้ 11) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 2) มีผลประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) เท่ากับ 0-4 คะแนน 3) ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ภาษา (Aphasia) 4) ผู้ป่วยมีประวัติเจ็บป่วยทางจิต โรคความจำเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ 5) มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) โดยมีคะแนนมากกว่า 0 คะแนน 6) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยนอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ผู้ดูแล (Care givers)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นผู้ร่วมโปรแกรม (inclusion criteria) 1) เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และทำหน้าที่เป็นดูแลหลักในการดูแลผู้อย่างต่อเนื่อง 2) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อด้วยภาษาไทยได้ 3) ยินยอมและให้ความร่วมมือในโครงการวิจัย 4) สามารถเข้าร่วมฝึกทักษะโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling)[9] สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน[11] เพื่อการกระจายตัวข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุมตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 35 คน

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วย และชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาทดลอง และลง

ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะนัดในอีก 1 สัปดาห์ที่ที่มารับบริการในศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพ กิจกรรมครั้งที่ 2 การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว กิจกรรมครั้งที่ 3 การฟื้นฟูสภาพด้านการสื่อสารและการรับรู้ กิจกรรมครั้งที่ 4 การฟื้นฟูสภาพด้านการรับประทานอาหาร กิจกรรมครั้งที่ 5 การฟื้นฟูสภาพด้านการขับถ่าย กิจกรรมครั้งที่ 6 การฟื้นฟูสภาพด้านการนอนหลับ กิจกรรมครั้งที่ 7 การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ กิจกรรมครั้งที่ 8 การติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมครั้งที่ 9 การติดตามทางโทรศัพท์และกิจกรรมครั้งที่ 10 การสรุปทบทวนการฟื้นฟูสุขภาพ การประเมินผลและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

5. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (Care givers) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร และคู่มือการการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ แบบสอบถามเองโดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากับ 0.72 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการ

ทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test เป็นแบบการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) 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)[12] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร รหัสการวิจัย MEC 32/67 วันที่ 20 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 62.9 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 86 ปี อายุเฉลี่ย 60.37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.58 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 35.7 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.8 กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 60.0 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 34.3 มีความพอเพียง ร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ตีบ) ร้อยละ 85.7 มีประวัติโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 85.7 ในขณะที่ร้อยละ 65.7 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 58.3 และโดยส่วนใหญ่มารับการตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 82.9

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care givers) กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 68.6 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 17 ปี อายุสูงสุด 75 ปี อายุเฉลี่ย 46.45 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.86 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 45.7 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 4,001-6,500 บาท ร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 54.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.6 อาศัยบ้านหลังเดียวกัน มีระยะเวลาการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่ำสุด 0 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 5 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 1.05 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 ร้อยละ 21 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 42.8

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 76.62,

S.D.=13.46) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 88.77, S.D.=19.28) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในกลุ่มติดบ้าน ($\bar{x}$ = 8.58, S.D.=4.34) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มติดบ้าน ($\bar{x}$ = 11.44, S.D.=5.58) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับกลาง ($\bar{x}$ = 6288, S.D.=11.62) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับกลาง ($\bar{x}$ = 88.77, S.D.=19.28) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลระยะกลางประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมมีลักษณะเป็นการดำเนินการรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย มีการที่ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและคืนข้อมูลภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดของตนเอง มีกิจกรรมให้ความรู้โดยการสอน สาธิตการฟื้นฟูกิจกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการตั้งเป้าหมายระยะสั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกลไกการฟื้นฟูแต่ละด้านจนครอบครัวสามารถทำได้จึงเกิดความมั่นใจในการดูแลและส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านต่อเนื่อง นอกจากนั้นมีการโทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้าน

อย่างน้อย 2 ครั้งเพื่อกำกับและติดตามผู้ป่วยครอบครัวในการส่งกิจกรรมการฟื้นฟูด้านที่เป็นปัญหา เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน แนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายบุคคล และเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด มีการแจกคู่มือการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้ภายหลังหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาของสุกัญญา ทองบุผา ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพการรู้คิดต่อผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถทางการรู้คิดเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 หลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)[12] สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย จูลเมตต์, สมชาย ตรีทิพย์สถิตย์, ฉวีวรรณ ชื่นชอบ, จิดาภา จุฑาภูวดล และกนิษฐา ภู่พวง ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[13] และการศึกษาของเพ็ญนภา สมสุขจีระวัฒน์ ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[14]

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1. ควรนำโปรแกรมฯ ขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยในชุมชน

ด้านการบริการพยาบาล

1. ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง เน้นสนับสนุนการรับรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ควรพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบของสื่อดิจิตอลออนไลน์ที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อช่วยให้สะดวกและเข้าถึงสื่อ

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (2014). **WHO publishes definitive atlas on global heart disease and stroke epidemic**.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). **รายงานประจำปี 2559**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. American Stroke Association. (2016). **Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association**. Circulation, 133(4), e38-360. doi:10.1161/cir.0000000000000350
4. Tieges, Z., Mead, G., Allerhand, M., Duncan, F., van Wijck, F., Fitzsimons, C., ... & Chastin, S. (2015). **Sedentary behavior in the first year after stroke: alongitudenal cohort study with objective measures**. Archives of Physica Medicine and Rehabilitation, 96(1),15-23.
5. American Heart Association/American Stroke Association. (2018). **Stroke: Stroke treatment**. Retrieved from http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/BLS/Stroketreatments_UCM_310892_Article.jsp#.W3evjPkzbIV
6. National Stroke Association. (2015). **What stroke**. Retrieved from http://www.stroke.org/ understand-stroke/what-stroke
7. Bernhardt, J., Langhorne, P., Lindley, R. I., Thrift, A. G., Ellery, F., Collier, J., ... & Donnan, G. (2015). **Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial**. Lancet (London, England), 386(9988), 46-55.
8. Bhalla, A., Suri, V., Kaur, P., & Kaur, S. (2014). Involvement of the family members in caring of patients an acute care setting. **J Postgrad Med,** 60(4), 382-385. doi:10.4103/0022-3859.143962
9. วรรณชนก จันทชุม. (2545). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows.** ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
10. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). **Nursing research principles and methods. (**7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
11. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544**). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. สุกัญญา ทองบุผา. (2562). **ผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพการรู้คิดต่อผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. พรชัย จูลเมตต์, สมชาย ตรีทิพย์สถิตย์, ฉวีวรรณ ชื่นชอบ, จิดาภา จุฑาภูวดล และกนิษฐา ภู่พวง. (2561). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน.** รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
14. เพ็ญนภา สมสุขจีระวัฒน์. (2564). **ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Self-Care Behavior Modification Program for Diabetic Patients with Uncontrolled Blood Glucose Levels in the Service Area of Natung Tambon Health Promoting Hospital, Kut Prathai Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

ชูศรี สอนสา[1]
Choosri Sonsa

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 57 คน รวม 114 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 3 มกราคม 2568 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a self-care behavior modification program for diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in the service area of Nathung Tambon Health Promoting Hospital, Kut Prathai Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 114 participants, divided into two groups: 57 participants in the experimental group, comprising diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in the service area of Nathung Tambon Health Promoting Hospital, and 57 participants in the comparison group, comprising diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in the service area of Non Koi Tambon Health Promoting Hospital, Kut Prathai Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group participated in the program for 12 weeks. Data collection was conducted twice, before and after the intervention, between

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

October 3, 2024, and January 3, 2025. The mean score differences within the experimental and comparison groups were analyzed using the paired t-test, while differences between groups were assessed using the independent t-test, with statistical significance set at 0.05.

The study results revealed that, after the intervention, the mean differences in knowledge about diabetes, attitudes toward diabetes, self-care intention, social support for self-care, self-efficacy in self-care, and self-care behaviors of diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in the experimental group were significantly higher than those before the intervention and significantly higher than those in the comparison group at a significance level of 0.05. These findings indicate that the developed program effectively modified self-care behaviors among diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in the service area of Nathung Tambon Health Promoting Hospital, Kut Prathai Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province, achieving the intended research objectives.

Keywords: Program, Self-care behaviors, Diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย จากข้อมูลของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี 2021 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนภายในปี 2030[1] สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 4.8 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่มาก ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต และปัญหาสายตา ในระดับภูมิภาค พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีอัตราการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าภาคอื่น ๆ เนื่องจากปัจจัยด้านวิถีชีวิตและการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม[2] ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่นี้เป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและเพิ่มภาระด้านการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและสังคม[3]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ สุภาพร สุวรรณรัตน์ และคณะ[4] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น วรรณา จันทร์ขาว[5,6] ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย นงลักษณ์ ทองสัมฤทธิ์[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมนี้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ชูชัย พงศ์อัคราชัย และคณะ[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความตั้งใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ในงานวิจัยต่างประเทศ García-Hernández et al.[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการ

ดูแลตนเองที่เน้นการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสเปน พบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ Powers et al.[9] ในสหรัฐอเมริกาได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการเสริมสร้างความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เผชิญกับปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างแพร่หลาย โดยจากการสำรวจพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 354 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c มากกว่า 7) จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 32.48 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[10] ปัญหานี้เป็นเรื่องที่น่ากังวล เนื่องจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และปัญหาทางสายตา[11] ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาในพื้นที่ชนบทพบว่ามีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สูงกว่าพื้นที่เมือง เนื่องจากปัจจัยด้านการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด[12] ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่นี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการลดภาระด้านการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนและประเทศอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้ใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้ใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแล

ตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 3 มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 57 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานผ่านการอบรมหรือสัมมนา การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการโรค การสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมายและการให้รางวัล การสนับสนุนทางสังคมผ่านเครือข่ายจากครอบครัวและเพื่อน การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการออกกำลังกาย ตลอดจนการฝึกฝนพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการปฏิบัติตามแผนการใช้ยา โดยกิจกรรมทั้งหมดนี้ถูกออกแบบมาเพื่อเพิ่มความรู้ ทัศนคติ ทักษะ แรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตในระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ความตั้ใจในการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลตบหู อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้ KR-20 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้ใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง โดยใช้ Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าความ

เชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.88 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.84 ความตั้ใจในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.78 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.86 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้ใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้ใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567–167 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.1 มีอายุเฉลี่ย 48.47 ปี (S.D.=6.78 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 71.9 มีมัธยฐานของรายได้ 4,000 บาท (P_{25}=1,500 บาท : P_{75}=7,500 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.9 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 มีอายุเฉลี่ย 52.43 ปี (S.D.=7.96 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 68.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.7 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25}=1,500 บาท : P_{75}=9,500 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้ใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.77 คะแนน (95% CI = 2.07-3.46)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.19 คะแนน (95% CI = 1.20-3.18)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.019) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.28 คะแนน (95% CI = 0.21-2.34)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.54 คะแนน (95% CI = 1.68-3.40)

3.5ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.16 คะแนน (95% CI = 1.03-3.28)

3.6ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0008) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.04 คะแนน (95% CI = 0.86-3.20)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่จนได้ความชัดเจนของปัญหา โปรแกรมได้รับการออกแบบโดยอิงตามหลักการทางพฤติกรรมศาสตร์และแนวคิดด้านสุขภาพ เช่น ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลหรือกลุ่ม และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความสำคัญของการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ การเพิ่มความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร สุวรรณรัตน์ และคณะ[4] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอีกด้วย วรรณา จันทร์ขาว[5] ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามแผนการใช้ยา ซึ่งส่งผลให้ระดับ HbA1c ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม นงลักษณ์ ทองสัมฤทธิ์[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ชูชัย พงศ์อัคราชัย และคณะ[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจและความตั้งใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ[13] ศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วของชุมชนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และมีจำนวนผู้ที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 García-Hernández et al. (2020) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลตนเองที่เน้นการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสเปน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองยังรายงานว่ามีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิผล Powers et al.[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ได้ดีขึ้น ซึ่งลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาและขยายโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยเน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลตนเอง และการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนผู้ป่วยมากขึ้น โดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพร่วมกัน เช่น การออกกำลังกายเป็นกลุ่ม การให้คำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการโรคเบาหวาน และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนภายในชุมชน

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีได้หรือไม่ รวมถึงการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลและชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงทนของพฤติกรรมที่ได้รับการปรับเปลี่ยนจากโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้สุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพที่เน้นการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas (10th ed.). International Diabetes Federation. https://diabetesatlas.org
2. Thepsatitporn, S., Angkurawaranon, C., & Wisetborisut, A. (2019). Diabetes and Hypertension in Thai Patients: Impact on health-related quality of life. PLoS ONE, 14(9), e0223054. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223054
3. Kritmetapak, K., Pongchaiyakul, C., & Kritmetapak, A. (2020). Factors associated with poor glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients in primary care clinics in Thailand. Journal of Diabetes Research, 2020, 1-9. https://doi.org/10.1155/ 2020/6095845
4. สุภาพร สุวรรณรัตน์ และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 36(1), 45-57.
5. วรรณา จันทร์ขาว. (2562). การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารการพยาบาล, 38(2), 22-34.
6. ชูชัย พงศ์อัคราชัย และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(4), 289-300.
7. นงลักษณ์ ทองสัมฤทธิ์. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน, 18(3), 65-75.

8. García-Hernández, L., Valverde, M., & Sánchez, F. (2020). The effect of self-care training programs on glycemic control in type 2 diabetes patients: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Nursing, *29*(5-6), 1054-1063. https://doi.org/ 10.1111/jocn.15109
9. Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., & Vivian, E. (2017). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care, 40(10), 1409-1419. https://doi.org/10.2337/dci17-0025
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2566). รายงานสถิติผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
11. American Diabetes Association. (2020). Standards of medical care in diabetes—2020. Diabetes Care, 43(Supplement 1), S1-S212. https://doi.org/10.2337/dc20-S001
12. Wongkietkachorn, K., Ruangkriengsin, D., & Niyomsin, L. (2018). Glycemic control and related factors among type 2 diabetes patients in rural Thailand: A cross-sectional study. Journal of Community Health, 43(3), 432-439. https://doi.org/10.1007/s10900-017-0434-4
13. ปริมประภา ก้อนแก้ว, บุญฤทธิ์ วงศ์เชวงทรัพย์, ปัทมา สุพรรณกุล, และ กู้เกียรติ ก้อนแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วของชุมชนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(5), 861-870.

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

A model for mental health promoting of the elderly at the level of a complete aging society, Rattana Buri District, Surin Province.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

สุราษฎร์ บุญปัญญา[1]
Surat Boonpunya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของ Kemmis และMcTaggart คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คนและ (2) ผู้สูงอายุทดลองใช้รูปแบบจำนวน 100 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ 4 ขั้นตอน คือ 1) การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยบุคลากรในครอบครัว 2) การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ 4) การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ หลังการใช้รูปแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า ค่าความแตกต่างเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การประเมินความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อรูปการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93 และมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71

คำสำคัญ : สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพจิต

Abstract

Action research aimed to develop a mental health promotion model and the results of using the mental health promotion model for the elderly in a complete aging society community in Rattanaburi District, Surin Province, based on the concept of Kemmis and McTaggart. Two purposive sample groups were selected; 1) 12 persons were expert in developing a model for promoting mental health and 2)100 elderly for model trial. All of them were performing the workshop process at Kut Kha Keem Subdistrict Health Promoting Hospital, Rattana Buri District, Surin Province, between August – December 2024. Quantitative and qualitative data were collected from interviews and group discussions.

The results of the study found that the developed model consisted of 4 steps of mental health promotion in the elderly: 1) regular physical and mental health care with family personnel, 2) building morale among the elderly, 3) participation in traditional activities, and 4) creating value and dignity for the elderly. After using the elderly mental health promotion model of the elderly at the level of a complete aging society, it was found that the mean difference of elderly mental health promotion increased, and the assessment of anxiety and depression decreased significantly

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

(p-value<0.05). The elderly had a high level of opinion on the overall health promotion model for the elderly and the screening of mental health of the elderly showed that 93% of the elderly were not depressed and 71% were slightly anxious.

Keywords: Complete aging society, Model development, Mental health promotion

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และประชาชนมีอายุขัยเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นสองเท่าจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 ระหว่างปี พ.ศ. 2543 – ค.ศ. 2593[1] ภายในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานว่าจำนวนผู้คนในโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีอยู่ที่ 1 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล มีความต้องการการได้รับการเอาใจใส่อย่างรอบคอบและมีความต้องการการดูแลสุขภาพจิตก็เพิ่มขึ้นตามเช่นกัน[2] ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่เข้าก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์กันไว้ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป การมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นชุมชนผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aging society)[3] จึงเป็นเรื่องท้าทายของทุกประเทศ ทุกชุมชนและสังคม ที่ต้องเตรียมรับมือเผชิญกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามมาทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตในประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกรายงานผู้สูงอายุร้อยละ 15 ที่ทุกข์ทรมานจากปัญหาทางสุขภาพจิต ปัญหาที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7) ภาวะสมองเสื่อม(ร้อยละ 5) และ ภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 3.8)[4] ในประเทศไทยมีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบได้ ร้อยละ 21.6 – 37.8 จากสถานการณ์ดังกล่าว วัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยมากขึ้นด้วยความเสื่อมของสรีรวิทยาตามวัย ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาขาดแคลนแรงงาน ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรและสวัสดิการผู้สูงอายุ ปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งสิ้น[5]

ในปี 2566 จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 260,303 คน (ร้อยละ 19.05) พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิตร้อยละ 1.78 ได้แก่ วิตกกังวล ร้อยละ 68.56 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 24.27 ตามลำดับ โดยมีรายงานพบมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 17.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.5 และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน [(6)] สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จำนวน 64,723 คน มีผู้สูงอายุที่อยู่จริงในพื้นที่จำนวน 13,983 คน (ร้อยละ 21.60) ในปี 2567 พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอรัตนบุรี คิดเป็นร้อยละ 25.87 ของประชากรทั้งหมด และเข้าสู่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และกำลังก้าว

เข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ก่อนพื้นที่อื่น จากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังพบว่า มีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 41 คน (ร้อยละ3.82) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 2.61) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.17) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 0.78) การเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.53 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.04 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 20.01 และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.75[7] ซึ่งการรับรู้ถึงการเจ็บป่วย และสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ดังกล่าวนี้ ย่อมส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยตรง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพกาย และพัฒนาสุขภาพจิตของตนเองส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ประกอบกับในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยมุ่งหวังจะให้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่วิจัย จำนวน 12 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบขนาดประชากร และผู้วิจัยกำหนดค่าสัดส่วนผู้สูงอายุมีความหดหู่ เศร้า ท้อแท้ ร้อยละ 16.4 (p-value =0.164) จากการศึกษาที่ผ่านมา[9] และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.07 ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ 1,144 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุรายหมู่บ้าน

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวทางการ

สนทนากลุ่ม การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประเภทผู้ดูแล และ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตย้อนหลัง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 44 ข้อ มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนสำหรับคำตอบทั้ง 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปรผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลางระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) มีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.89[10] ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.93 [11]

คุณภาพของเครื่องมือ

(1) ในการสร้างแบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร จากตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิต มากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา

(2) การทดสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.94

วิธีดำเนินการวิจัย

คัดเลือกชุมชนและศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเบื้องต้นและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีเป็นชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีปัญหาในการจัดการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ คือตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยมี ฐานข้อมูลการพัฒนาชุมชน จากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดขาคีม และเวชระเบียนอีเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลรัตนบุรี เป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

ระยะการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ โดยการศึกษาจากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสารข้อมูลของชุมชน การสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน สังเคราะห์ปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการ และจัดทำแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวน 12 คน โดยใช้กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ 3 กิจกรรม คือ (1) การสนทนากลุ่มย่อย เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่ต้องการบรรลุผลในอนาคต (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่มในขั้นตอนนี้เป็นการระดมความคิดในการทบทวนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต พิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุดและวางแผนในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้ไปทดลองใช้ในชุมชน และ (3)การประชาสัมพันธ์ในชุมชน และการประชุมของชุมชน เพื่อจัดเก็บข้อมูล พัฒนาระบบติดตามปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน การประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งการวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) เป็นขั้นตอนการนำการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ติดตามให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลการติดตาม โดยผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกตามแบบสอบถามและประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ประเมินผลระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ สรุปผลการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพื้นฐาน และระดับการส่งเสริมสุขภาพจิต สถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ด้วย Paired-T test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.46/2567

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบ PAOR 1 วงรอบ มีผลการวิจัยดังนี้

1. การวางแผน โดยเริ่มด้วยการสำรวจปัญหาผู้สูงอายุและการศึกษาบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่าตำบลกุดขาคีม อยู่ห่างจากตัวอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ประมาณ 10 กิโลเมตร มีหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม ประชาชนส่วนใหญ่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และโรงพยาบาลรัตนบุรี ประชาชนในชุมชนพื้นเพเดิมเป็นไทย-ลาว มีเส้นทางการคมนาคมในพื้นที่ที่สะดวก การประกอบอาชีพหลักเป็นเกษตรกรและเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การรับจ้างมากขึ้น ตำบลกุดขาคีมเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอรัตนบุรี (ร้อยละ 25.87) และเข้าสู่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังพบว่า ในปี 2567 มีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 41 คน (ร้อยละ 3.82) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 2.61) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.17) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 0.78) การดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพึงเป็นการบูรณาการร่วมกันขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดขาคีม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.53 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.04 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 20.01 และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.75[7] ผู้สูงอายุร้อยละ 8.65 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 23.65 อาศัยอยู่กับคู่สมรส มีเพียงร้อยละ 35.02 ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเสาหลักของครอบครัว ส่วนร้อยละ 32.68 อาศัยอยู่กับบุตรโดยอาจมีหรือไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยและอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น โดยอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันกับญาติพี่น้องและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รายได้ส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนของภาครัฐเป็นหลักหรือจากลูกหลาน บทบาทในการดูแลตนเองนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยจะเข้ารับการักษาที่ รพ.สต. ในพื้นที่ และ โรงพยาบาลรัตนบุรี ในด้านปัญหาสุขภาพจิต มีเพียงรายงานที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แต่ยังขาดด้านความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายในพื้นที่และชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ จึงหาแนวทางแก้ไขด้วยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีกิจกรรมจะต้องปฏิบัติร่วมกัน

2. การลงมือปฏิบัติงาน จากการระดมความคิดจากผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทั้งในระดับชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และด้านผู้สูงอายุ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ที่ผู้มีส่วนได้เสียปฏิบัติร่วมกัน แบ่งออกได้เป็น 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการบริหารกายและจิต การทำสมาธิบำบัดด้วยบุคคลในครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจโดยตรง จึงเลือกใช้กิจกรรมการบริหารการสบายจิตเป็นกิจกรรมด้านสมาธิบำบัด ทั้งนี้สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุได้

2.2การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น การพบปะ การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส ซึ่งการพูดเพื่อสร้างให้เกิดกำลังใจ หรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยเป็นรูปแบบที่ทีมดูแลผู้สูงอายุใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพิงตนเอง และวางแผนอนาคตของตนเองได้ โดยทีมผู้ดูแล ผู้นำชุมชนและบุลากรสาธารณสุขร่วมดำเนินการ

2.3การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในขนบธรรมเนียมประเพณี และกิจกรรมทางศาสนา ทั้งระดับชุมชน หรือส่วนบุคคล เช่น ร่วมกิจกรรมงานศพ งานบวช งานกฐิน งานเข้าพรรษา งานสงกรานต์ งานวันผู้สูงอายุ หรือการตักบาตรหน้าบ้านในตอนเช้า เป็นต้น โดยผู้นำชุมชนคอยกระตุ้นเตือน และเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

2.4การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ เป็นการได้ถ่ายทอดภูมิปัญญา หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การจัดกิจกรรรมร่วมกันของผู้สูงอายุให้ได้พบปะกันในการส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นการช่วยเหลือสังคม การอยู่รวมกัน การช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมกับสังคม และการส่งเสริมอาชีพและรายได้ เพื่อให้มีรายได้มากขึ้นนอกเหนือจากรายได้ สวัสดิการที่พึงได้รับจากทางราชการอย่างเหมาะสม โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน

3. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน ในกิจกรรมนี้เป็นขั้นตอนประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า

3.1ระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รวม 7 ด้าน หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากและมากที่สุด เมื่อเปรียบค่าความแตกต่างเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน และโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Mean diff (95%CI)	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1.ด้านการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว	4.24	0.87	มาก	4.52	0.62	มากที่สุด	0.28(0.07-0.49)	0.0047
2.ด้านการช่วยเหลือของครอบครัวผู้สูงอายุ	4.16	0.80	มาก	4.46	0.69	มาก	0.30(0.09- 0.50)	0.0025
3.ด้านการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ	3.70	0.96	มาก	4.23	0.82	มาก	0.53(0.28- 0.77)	<0.001
4.ด้านการช่วยเหลือสังคมของผู้สูงอายุ	4.07	0.92	มาก	4.55	0.63	มากที่สุด	0.48(0.26 - 0.69)	<0.001
5.ด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ	4.14	0.74	มาก	4.62	0.66	มากที่สุด	0.48(0.28- 0.67)	<0.001
6.ด้านความเชื่อของผู้สูงอายุ	2.94	1.10	ปานกลาง	3.75	0.96	มาก	0.81(.52- 1.09)	<0.001
7.ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้สูงอายุ	4.17	0.69	มาก	4.36	0.66	มาก	0.19(0.0017-0.37)	0.024
โดยรวม	3.96	0.69	มาก	4.35	0.72	มาก	0.39(0.19 - 0.58)	<0.001

3.2 ประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุส่วนใหญ่วิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71 วิตกกังวลต่ำ และวิตกกังวลสูงร้อยละ 7 ค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
วิตกกังวลเล็กน้อย [<6 คะแนน]	56	71
วิตกกังวลต่ำ [7-9 คะแนน]	25	16
วิตกกังวลปานกลาง [10-11 คะแนน]	9	6
วิตกกังวลสูง [12-30 คะแนน]	10	7
	$\bar{x}$ =9.68 SD =6.67	$\bar{x}$ =4.81 SD = 5.47
	Mean diff =4.99 (95% CI; 3.20- 6.69)	

3.3ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ) ร้อยละ 93 และไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

ระดับความซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ปกติ	75	93
มีความเศร้าเล็กน้อย	14	3
มีความเศร้าปานกลาง	11	4
มีความเศร้ารุนแรง	0	0
	$\bar{x}$=10.09, SD =5.56	$\bar{x}$=5.09, SD =4.62
	mean diff =5.0 (95% CI; 3.57-6.42)	

4. การสะท้อนผล ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ที่สามารถปฏิบัติได้ทั้ง 4 กิจกรรม ผ่านการประชุมในชุมชนพื้นที่ตำบลกุดขาคีมทราบ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมกันตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยนำเสนอ และได้เสนอสิ่งที่เป็นข้อจำกัดและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานคือกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและขาดคนดูแล ยังคงมีจุดอ่อนที่ต้องวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

1.บริบทพื้นฐานชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งมีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ในพื้นที่ตำบลกุดขาคีมจัดเป็นพื้นที่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี 2565 โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 25.87 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งลักษณะทางประชากรศาสตร์มีลักษณะคล้ายๆกันในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยทั่วไป จากการสนทนากลุ่มและการศึกษาบริบทในพื้นที่พบว่า ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ และมีบทบาทด้านวัฒนธรรมชุมชน และกิจกรรมต่างๆจัดขึ้นในชุมชนตามปกติ แต่มีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีโรคประจำตัว ช่วยเหลือตัวเองได้บางอย่าง ทำให้มีความเครียด และรู้ว่าตนเองต้องการพึ่งพาคนอื่นในสังคม รู้สึกคุณค่าของตัวเองลดลง บทบาทสำคัญในชุมชน/ครอบครัวลดลง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ และต้องเป็นภาระให้คนในครอบครัว ทำให้ระดับความสัมพันธ์ของตนเองและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังต้องมีหนี้สิน ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็ก ดูแลสมาชิกที่พิการ ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาคือปัญหาสุขภาพจิตนั่นเอง โดยในเบื้องต้นพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65 [7] ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา[6] การแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตามในพื้นที่ตำบลกุดขาคีม ยังมีความจำเป็นต้องมีวิธีการหรือแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ แบ่งออกได้เป็น 4 กิจกรรม ที่มีการปฏิบัติเป็นประจำในชุมชนดังนี้ 1) การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยบุคลากรในครอบครัว 2) การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ 4) การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 4 กิจกรรมนี้สามารถดำเนินการคบคู่กันได้ โดยบูรณาการจิกรรมต่างๆร่วมกันทั้งภาครัฐ ครอบครัว และตัวผู้สูงอายุเอง และต้องทำทุกกิจกรรมจึงจะเกิดประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เมื่อชุมชนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อน ผันแปรไปตามความพร้อมบริบทของแต่ละพื้นที่อาจมีกิจกรรมที่มากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมในแต่ละรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับ สุดาวงศ์สวัสดิ์ ดุษฎี โยเหลาะ นริสรา พึ่งโพธิ์สภ[12] และกิจกรรมในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรมณ กาสีวงศ์[13] สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกคนเห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นทุกอย่างที่สำคัญกับผู้สูงอายุ การพบปะ การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่สำคัญในการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ เมื่อไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นฝ่ายฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายปัญหาแล้วจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาใหญ่ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ[6] ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี/ศาสนา การที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา จะเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อคิดเห็นระหว่างกัน ทำให้เป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนให้เข้มแข็ง ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ด้านการสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาในการถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลังจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการมีร่างกายและลมหายใจอยู่ในขณะนี้เป็นสิ่งมีคุณค่า มีความภูมิใจและมีความสุขมากขึ้นในการใช้ชีวิตและดำเนินชีวิตกับบุคคลรอบข้างได้ตลอดไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่

1.3การประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า เมื่อเปรียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน และโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และมีระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ระดับมาก ถึงมากที่สุด ผลการประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุส่วนใหญ่วิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71 หลังทดลองค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff =4.99 ,95% CI; 3.20 - 6.69) ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93 หลังทดลองค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 5.00 ,95% CI; 3.57-6.42) ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้สุขภาพจิตผู้สูงอายุดีขึ้นเพราะทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกันพัฒนาและนำไปใช้จริงในชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวมีความสำคัญกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรมณ กาสีวงศ์[13]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควบคู่กันไป โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้สามารถ

ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุทุกระดับ

2.การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ในกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน แต่ยังขาดการศึกษาในกลุ่มกลุ่มติดเตียง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาแยกกลุ่มผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดความเข้าใจเฉพาะที่ลึกซึ้งมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Ageing and Health Geneva; Switzerland: WHO; 2021 [Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health.
2. Michel JP, Leonardi M, Martin M, Prina M.(2021). WHO's report for the decade of healthy ageing 2021-30 sets the stage for globally comparable data on healthy ageing. Lancet Healthy Longev. 2(3):e121-e2.
3. นรินทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ.(2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 1(3):1-20.
4. World Health Organization.(2017). Mental Health of older adult Geneva, Switzerland: WHO; 2017 [cited 2017. Available from: http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-olderadults.
5. วิลาวัณย์ ชาดา, ชัยกฤต ยกพลชนชัย, เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 10(2):84-97.
6. นันทิดา ทองอ้ม.(2565). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 37(2):311-20.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม.(2566). สรุปผลการดำเนินด้านสุขภาพรอบที่ 2/2566. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี; 2566.
8. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3 ed. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. สาธิต สิงห์ชัย.(2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. 16(3):188-97.
10. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, แสงเดือน พรมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิชา นาไวย์, วราภรณ์ ยศทวี.(2564). คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 8(3):61-71.
11. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand).(2537). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS). สารศิริราช, 46(1):1-9.
12. สุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุษฎี โยเหลา, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ.(2562). การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 6(2):229-43.
13. วิรมณ กาสีวงศ์, สุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์.(2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 23(44):23-35.

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of anesthesia nursing service model for one-day surgery patients In Kasetwisai Hospital, Roi Et Province

(Received: February 16,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

ระพีภรณ์ ใจมั่น[1] โสภา ถวิล[1]
Rapeeporn Jaimun[1] Sopha tawin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และใช้พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาระหว่างมกราคม – ตุลาคม 2567 เดือน รวมระยะเวลา 10 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรห้องผ่าตัด จำนวน 22 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่ม สื่อให้ความรู้ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมรูปแบบทางการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหาแบบสามเส้า เชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired-t test

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 6 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยสำหรับให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 4) พัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ (Colonoscope ODS) 5) ประชาสัมพันธ์โครงการผ่าตัดวันเดียวกลับให้ทราบทั่วทั้งองค์กรและในพื้นที่ 6) ทบทวนบทบาทหน้าที่ขบวนการทำงานมอบหมายให้ชัดเจนและทำงานเป็นทีมมากขึ้น ผลของรูปแบบส่งผลให้ ความพึงพอใจผู้มารับบริการดีขึ้นอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=8.82 ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ส่งผลให้ความเหมาะสมในการปฏิบัติในพยาบาลวิสัญญีในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับดีขึ้น อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการผ่าตัดลดลง และภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับลดลง ความรู้เตรียมตัวผ่าตัดแบบวันเดียวกลับดีขึ้น

คำสำคัญ: การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, วิสัญญีพยาบาล, การพัฒนารูปแบบบริการห้องผ่าตัด

Abstract

This action research aimed to study the problems, develop and use to develop an anesthesia nursing service model for day surgery patients at Kasetwisai Hospital, Roi Et Province. Study was conducted between January and October 2024, a total of 11 months. The qualitative sample consisted of 22 operating room personnel, and the quantitative sample consisted of 65 day surgery patients. Research tools in study included open-ended focus group discussion questions, educational media on day surgery, a general data collection form, an anesthesia nursing model suitability assessment form for day surgery patients, and an anesthesia nursing model satisfaction assessment form for day surgery patients. Qualitative data were analyzed using content triangulation, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics. And compare before and after with paired-t test statistics.

The study results found that the development process consists of 6 important models as follows: 1) Develop a clinic to assess and prepare patients before anesthesia that provides day surgery and minor surgery. 2) Develop a guideline for preparing patients for anesthesia for day surgery patients. 3) Develop a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

media document with instructions for day surgery patients. 4) Develop a day colon cancer screening test (Colonoscope ODS). 5) Publicize the day surgery project throughout the organization and in the area. 6) Review the roles and responsibilities of the work process to be clearer and work more as a team. The results of the model resulted in a statistically significant improvement in satisfaction of service recipients at the .05 level, t = 8.82 The results of using the guidelines resulted in anesthesia nurses' appropriateness in day surgery, a decrease in the incidence of unpreparedness for surgery, and a decrease in complications from self-care after day surgery. Knowledge of preparing for day surgery improved

Keywords: same day surgery, anesthesia nurse, development of operating room service model

บทนำ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery, ODS) เริ่มมีแนวคิดในสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรและประเทศในยุโรป เป็นผู้ริเริ่มต้นแบบโดยเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย โดยทำการรักษาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ เป็นการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในปี 2565 จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยนอก ประเทศอังกฤษเพิ่มขึ้น ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยนอก ด้วยประเทศไทย อันเป็นผลจากระยะเวลารอการผ่าตัดนาน[1] ความจำกัดของจำนวนเตียงผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลค่าใช้จ่ายที่สูง ตลอดจนความจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ระยะเวลาโดยเฉลี่ยของการพักรักษาหลังผ่าตัดในระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ระยะเวลาการผ่าตัดหรือหัตถการใน ACS อยู่ในช่วง 50 นาที ถึง 63 นาที และค่าเฉลี่ยระยะเวลาในหน่วยหลังผ่าตัด 51 + 3.8 นาที (Free-standing ASCs) ถึง 89 ± 2.9 นาที (Hospital-based ACS) โดยประเทศไทยได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในสถานพยาบาลรัฐในกระทรวงสาธารณสุขในปี 2561 ประเทศไทยมีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ในหลายระบบ[2] ตั้งแต่ระยะเวลารอการผ่าตัด ความแออัดในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการนอนพักในโรงพยาบาล การเข้าถึงการบริการที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการพัฒนาการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในหัตถการทั้ง 12 โรค ได้แก่ โรคไส้เลื่อนขาหนีบ โรคริดสีดวงทวาร โรคถุงน้ำอัณฑะ ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด กระเพาะอาหารขอด หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร ภาวะหลอดอาหารตีบ ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ นิ่วในท่อน้ำดี นิ่วในท่อตับอ่อน ภาวะท่อน้ำดีตีบ ภาวะท่อตับอ่อนตีบ โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน ในปี 2562 ได้เพิ่มรายการหัตถการเป็น 24 โรค และในปี 2565 ได้ขยายของเขตการดำเนินงานให้มีความครอบคลุมเป็น 67 โรค ในปี 2564 มีการให้บริการการผ่าตัดวันเดียวกลับประมาณ 40,000 ราย สามารถลดค่าใช้จ่ายประมาณ 66 ล้านบาท[3]

ระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ จึงเป็นนโยบายหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นและให้ความสำคัญ การพัฒนาบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย ช่วยแก้ปัญหา ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นมากขึ้น โดยเริ่มจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว การสูญเสียรายได้ของประชาชน[4] การประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ประชาชนยังเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนเพียงพอมากขึ้น การดำเนินการมีความยุ่งยากในระยะเริ่มแรกคือการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าผ่าตัดไม่ถูกต้อง เอกสารที่จะต้องใช้ยังไม่มี ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยต้องมาติดต่อหลายครั้งถึงได้รับการผ่าตัด เช่น มาพบแพทย์ตรวจรักษา

มารับการส่งตรวจร่างกาย และพบแพทย์ฟังผลตรวจร่างกาย การพบแพทย์วิสัญญี พบแพทย์อายุรกรรมหากมีการส่งปรึกษา[5] การพบแพทย์ฟังผลอีกรอบ การดำเนินงานต้องมีทีมสหวิชาชีพ ทั้งพยาบาลผู้ป่วยนอก วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ห้องผ่าตัด หน่วยรับผู้ป่วยใน การปฏิบัติงานให้ไปในแนวทางเดียวกัน และลดขั้นตอนบริการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ เพื่อให้บริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery สำเร็จได้[6]

พยาบาลพยาบาลวิสัญญีเป็นผู้ให้บริการที่จำเป็นต่อการผ่าตัด เพื่อตอบรับกับนโยบายการผ่าตัดวันเดียวกลับ การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญีให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัด และทีมแพทย์ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลจำต้องมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านบริการทางวิสัญญี ในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การบริหารยาระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก การตัดสินใจแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤต การทำหัตถการ การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมงานวิสัญญี การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การใช้เทคโนโลยีได้อย่างปลอดภัย การพัฒนาแนวปฏิบัติและหรือมาตรฐานการให้ยาระงับความรู้สึก การวางแผนและพัฒนาฟื้นฟูความรู้ล้วนมีความจำเป็นต่อการพัฒนางานตามนโยบายการผ่าตัดวันเดียวกลับทั้งสิ้น[7]

โรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จากนโยบายการขยายมาที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ มีความพร้อม มีแพทย์เฉพาะทาง ถึงแม้ว่า ในโรงพยาบาลชุมชนผู้รับบริการไม่ต้องรอคิวนานเหมือนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อขยายโอกาสเพิ่มการเข้าถึงรายการในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่รักษาและนอนในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ต้องเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล ต้องมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดวันเดียวกลับ ผู้รับบริการอาจไม่มีความพร้อมในการรับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ในเชิงระบบนั้นต้องอาศัยการขับเคลื่อนอย่างเป็นกระบวนการโดยมีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดเป็นผู้จัดระบบบริการ และการพัฒนาด้านศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง[7]

โรงพยาบาลเกษตรวิสัย[8] เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ขนาด 60 เตียง ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายคือ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และโรงพยาบาลเมืองสรวง ทำให้มีแนวโน้มจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลผู้รับบริการผ่าตัดทุกประเภท ตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 2,999, 2,615, 2,298, 2,395 และ 2,632 ราย ตามลำดับ ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 53 ราย 71 ราย และ 88 ราย ตามลำดับ อัตราครองเตียงผู้ป่วยเฉลี่ยร้อยละ 71.63 ร้อยละ81.97 ร้อยละ 63.77 ร้อยละ 97.5 และ 128.55 ตามลำดับ แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ได้รับการ นัดหมายแล้ว มีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดปี พ.ศ.2561-2565 จำนวน 6 ราย 9 ราย 5 ราย 6 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว เนื่องจากเป็นกระบวนการใหม่และมีผู้ศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ให้สามารถดูแลตนเองได้

ก่อนการผ่าตัด ลดการเลื่อนนัด ส่งเสริมให้พยาบาลดำเนินงานการผ่าตัดวันเดียวได้อย่างมั่นใจ ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลวิสัญญีปฏิบัติได้ถูกต้องทำให้สามารถผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวล และ เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีแนวทางปฏิบัติของโปรแกรมและมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกันร่วมกันกับสหวิชาชีพในโรงพยาบาล พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาระบบการให้บริการ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วย ทีมการดูแลผู้ป่วย องค์กร และชุมชนตามนโยบายผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามบทบาทการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการตามกงล้อคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ระหว่างเดือนมกราคม – ตุลาคม 2567 เดือน รวมระยะเวลา 10 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 22 คน และ เชิงปริมาณ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยผ่าตัด ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด รวมทั้งสิ้น 22 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร ได้ผลการคำนวณ จำนวน 65 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยผ่าตัด ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่มในประเด็นในการดูแลผู้ป่วยแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ นโยบายและเป้าหมายของการให้บริการผู้ป่วย ประเด็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบผ่าตัดวันเดียวกลับในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ปัญหาในการบริการการดูแลผู้ป่วยแบบรผ่าตัดวันเดียวกลับ และข้อเสนอแนะในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ แนวคำถามเพื่อค้นหาปัญหาการดูแลสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อหารูปแบบในการพัฒนา

1.2 สื่อเอกสารให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จัดทำโดยทีมผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการโรงพยาบาลและทีมสหวิชาชีพการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ ได้แก่ เอกสารความรู้ เอกสารประกอบการอบรมแนะนำการปฏิบัติตัว

หลังกลับบ้าน เอกสารแนะนำการปฏิบัติตามแนวทางการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเหมาะสมรูปแบบทางการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) แบบการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการห้องผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความเหมาะสมในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ความพึงพอใจห้องผ่าตัด โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความเหมาะสมในการปฏิบัติ คะแนนความพึงพอใจ ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1) บริบท สภาพปัญหา การบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (วัตถุประสงค์ข้อที่1)

เชิงคุณภาพ โรงพยาบาลเกษตรวิสัยต้องได้รับการประเมินจากกรมการแพทย์ และต้องดำเนินกิจกรรมหลัก การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างมีมาตรฐานตรงตามที่ทางกรมการแพทย์ได้มีการกำหนดขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการติดตามผลการรักษาแต่ยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัย ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยที่จะเข้ารับการระงับความรู้สึกในวันผ่าตัดนอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการระงับความรู้สึก จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม โดยมักมีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ รวมถึงผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลเกินกว่า 24 ชั่วโมง สะท้อนให้เห็นว่าระบบการพยาบาลวิสัญญีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดยังมีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของแพทย์และทีมผ่าตัด เช่น แพทย์ติดภารกิจอื่นหรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัดไม่พร้อม ทำให้การผ่าตัดไม่เป็นไปตามแผนทำให้การดำเนินการผ่าตัดล่าช้า หรือมีการเลื่อนการผ่าตัดจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและโรงพยาบาล เพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่โดยไม่จำเป็น งานวิสัญญีมีการจัดให้คลินิกวิสัญญีพยาบาลที่หอผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แต่ยังไม่มีการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ชัดเจน

เชิงปริมาณ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ขนาด 60 เตียง ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ข้อมูลผู้รับบริการผ่าตัดทุกประเภท จากสถิติในปี 2563-2565 จำนวน 2,298, 2,395 และ 2,632 ราย ตามลำดับ ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จากสถิติในปี พ.ศ. 2563-2565 พบ จำนวน จำนวน 53 ราย 71 ราย และ 88 ราย ตามลำดับ อัตราครองเตียงผู้ป่วยเฉลี่ย ร้อยละ 63.77 ร้อยละ 97.5 และ 128.55 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ได้รับการ นัดหมายแล้ว มีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด จากสถิติในปี พ.ศ. 2563-2565 พบ จำนวน 5 ราย 6 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน ร้อยละ 90.91 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 2 คน ร้อยละ 9.09 ช่วงอายุส่วนมากมีอายุ 21-30 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 40.91 รองลงมา อายุ 31-40 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 31.82 และ อายุ 41-50 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 27.27 ตามลำดับ ส่วนมากเป็นพยาบาล จำนวน 11 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาพยาบาลวิสัญญี จำนวน 6 คน ร้อยละ 27.27 และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน ร้อยละ 22.73 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากปริญญาตรี จำนวน 17 คน ร้อยละ 77.27 ตามลำดับ รองลงมามัธยมศึกษา จำนวน 5 คน ร้อยละ 22.73 การได้รับการอบรมผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่วนมากเคยได้รับการอบรม จำนวน 17 คน ร้อยละ 77.27 และไม่เคยได้รับการอบรมจำนวน 5 คน ร้อยละ 22.73 ตามลำดับ

2) การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) **Plan** การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์บริบท พัฒนารูปแบบที่ได้จากการระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม การทดลองใช้ จนได้กระบวนการ 3 รูปแบบเบื้องต้น ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิก 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยสำหรับให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) พัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ (Colonoscope ODS) **Do & Check** จากการนำไปปฏิบัติ ถอดบทเรียนพัฒนา วงรอบที่ 1 จากการวิเคราะห์ปัญหา การดำเนินงานของรูปแบบในระยะแรก สูงการปฏิบัติ การสร้างรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยห้องผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ยังพบอุบัติการณ์เลื่อนนัด และความพึงพอใจยังน้อยอยู่ จึงปรับให้กระบวนการมีความกระชับ พบแพทย์ให้เร็วขึ้น และเพิ่มการแนะนำให้คำปรึกษาให้รวดเร็วมากขึ้น **Action** จากการปฏิบัติ ถอดบทเรียนวงรอบที่ 2 ได้มีการเพิ่มกระบวนการเพื่อลดการเลื่อนนัด และการเข้าถึงบริการมาอีก รวมเป็น 6 รูปแบบ ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยสำหรับให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 4) พัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ (Colonoscope ODS) 5)ประชาสัมพันธ์โครงการผ่าตัดวันเดียวกลับให้ทราบทั่วทั้งองค์กรและในพื้นที่ 6) ทบทวนบทบาทหน้าที่ขบวนการทำงานมอบหมายให้ชัดเจนและทำงานเป็นทีมมากขึ้น

3) ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (วัตถุประสงค์ ข้อที่ 3)

3.1) ผลการพัฒนาความเหมาะสมในการปฏิบัติในพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ก่อนพัฒนาผลการพัฒนาความเหมาะสมในการปฏิบัติของพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวพบว่า คะแนนมากที่สุดในด้าน การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D.1.26) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาระยะหลังให้บริการทางวิสัญญีในห้องฟักฟื้น (PACU) มีค่าความเหมาะสมเฉลี่ย 3.55 คะแนน (S.D.1.21) อยู่ในระดับปานกลาง และระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี มีคะแนนเฉลี่ย 3.45คะแนน (S.D.1.23) อยู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนาผลการพัฒนาความเหมาะสมในการปฏิบัติของพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวพบว่า คะแนนมากที่สุดในด้านระยะหลังให้บริการทางวิสัญญีในห้องฟักฟื้น (PACU) คะแนนเฉลี่ย 3.72 คะแนน (S.D.1.39) ระดับมาก รองลงมาระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี คะแนนเฉลี่ย 3.69คะแนน (S.D.1.32) อยู่ในระดับมาก และด้านระยะให้บริการทางวิสัญญี คะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนน (S.D.1.38) อยู่ในระดับมาก

3.2) ผลการพัฒนาความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนพัฒนาผลการพัฒนาความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวพบว่า คะแนนมากที่สุดในด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คะแนนเฉลี่ย 3.54 (S.D.1.26) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาด้านการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ย 3.52 คะแนน (S.D.1.24) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการประเมินผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 3.42 คะแนน (S.D.1.23) อยู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนาผลการพัฒนาความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวพบว่า คะแนนมากที่สุดในด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คะแนนเฉลี่ย 3.74 (S.D.1.39) ระดับมาก รองลงมาด้านการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด คะแนนเฉลี่ย 3.72 คะแนน (S.D.1.42) อยู่ในระดับมาก ด้านการประเมินผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย3.69 คะแนน (S.D.1.36) อยู่ในระดับมาก

3.3) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เฉลี่ย 3.43 คะแนน (S.D.1.25) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.70 คะแนน (S.D.1.37) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P-value < 0.05 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจผู้มารับบริการ ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (n=65)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		df	t	p-value	95%CI	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				lower	upper
ความพึงพอใจ	3.43	1.25	3.70	1.37	0.27	8.82	.000	-12.98	-8.10

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

บริบท และสภาพปัญหา เนื่องจากการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการติดตามผลการรักษาแต่ยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัย ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยที่จะเข้ารับการระงับความรู้สึกในวันผ่าตัดนอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการระงับความรู้สึกจากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม โดยมักมีสาเหตุจาก

ความไม่พร้อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ รวมถึงผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลเกินกว่า 24 ชั่วโมง สะท้อนให้เห็นว่าระบบการพยาบาลวิสัญญีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับยังขาดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ จินตนา เด่นสันติกุล และคณะ[9]

การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 6 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยสำหรับให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 4) พัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ (Colonoscope ODS) 5)ประชาสัมพันธ์โครงการผ่าตัดวันเดียวกลับให้ทราบทั่วทั้งองค์กรและในพื้นที่ 6) ทบทวนบทบาทหน้าที่ขบวนการทำงานมอบหมายให้ชัดเจนและทำงานเป็นทีมมากขึ้น สอดคล้องกับ สุพัฒน์ นันต๊ะ และ ปริมประภา ก้อนแก้ว[10]

ผลการใช้รูปแบบส่งผลให้ความเหมาะสมของการปฏิบัติในพยาบาลห้องผ่าตัดดีขึ้น ความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับดีขึ้น เนื่องจาก รูปแบบดังกล่าวช่วยลดอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด ส่งเสริมระบบอุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัด ลดภาระงานให้เจ้าหน้าที่โดยไม่จำเป็น งานวิสัญญีมีการจัดให้คลินิกวิสัญญีพยาบาลที่หอผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ช่วยพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความชัดเจน สอดคล้องกับ สุวิสาส์ ทองดอนง้าว[11]

ข้อเสนอแนะ

1) การนำรูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ ควรปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมทำงานเป็นทีม การสร้างเสริมความรู้พยาบาล และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย

2) ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

3) ควรมีการนำรูปแบบการบริการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่พบอุบัติการณ์เลื่อนนัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความพึงพอใจน้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัยในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึง เจ้าหน้าที่ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี และผู้ป่วยห้องผ่าตัดในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Jeong Han Lee. Anesthesia for ambulatory surgery [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 22]. Available from: https:///pmc/articles/PMC5548941/
2. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Recommendations for the development of the service system ODS (One Day Surgery) 2560.
3. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2564.

4. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS). กรุงเทพ: บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด. 2565.
5. รัตนา เพิ่มเพ็ชร์, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด.รามาธิบดีพยาบาลสาร 2559;22:13-24.
6. อรลักษณ์ รอดอนันต์ และคณะ. ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา.กรุงเทพฯ : ธนาเพรส. 2555.
7. Institute of Medical Science, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Recommendations for the development of the service system ODS 2019 (One Day Surgery). Bangkok: Printing office the war veterans organization of Thailand under royal patronage of his Majesty the King; 2017
8. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กลุ่มการพยาบาล. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2566.
9. จินตนา เด่นสันติกุล และคณะ. บทบาทพยาบาลวิสัญญีต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 26(1), 76-89.
10. สุพัฒน์ นันต๊ะ และ ปริมประภา ก้อนแก้ว. การพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์. เอกสารประชุมวิชาการสาธารณสุข เขต 2 สร้างคุณค่า พัฒนาสู่ความยั่งยืนประชุมวิชาการสาธารณสุข. 2566.
11. สุวิสาส์ ทองดอนง้าว. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4), 868-875.

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

Model for promoting mental health in the elderly, Sangkha District, Surin Province.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

สุริชัย เศษจันทร์[1]
Surichai Setchan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ศึกษาการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และการป่วยเป็นโรคของผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 31 มกราคม 2568 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย จำนวน 400 ตัวอย่าง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที และสถิติการวิเคราะห์ค่าถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมาก ความรู้สึกในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ มีความหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 18.00 ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมาก ศาสนา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคที่เป็น และรายได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า รายได้ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแล ส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคของผู้สูงอายุอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมากที่สุด และพบว่าทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ผู้ดูแล ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคที่เป็น และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

คำสำคัญ: รูปแบบ, ส่งเสริมสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research was survey research aimed to study the level of mental health promotion in the elderly, study depression in the elderly, study the participation in mental health promotion in the elderly, study the factors affecting depression and illness in the elderly, to determine the model for mental health promotion in the elderly, and study the development of the model for mental health promotion in the elderly. Data were collected from October 1, 2024 to January 31, 2025. A simple random sampling of 400 samples was used. The data collection tools were interview forms. Data were analyzed using ready-made computer programs using statistics of percentage, mean, standard deviation, t-statistics, and multiple regression analysis.

The research results found that the elderly had opinions on health promotion for the elderly in Sangkha District, Surin Province at a high level. The feelings in the past 2 weeks of the elderly in Sangkha District, Surin Province were depressed, sad, discouraged, hopeless, and bored, and did not enjoy anything. 18.00 percent of the elderly had opinions on participation in promoting mental health of the elderly in Sangkha District, Surin Province at a high level. Religion, occupation, number of family members, diseases, and income significantly affected depression in the elderly in Sangkha District, Surin Province at a statistical

[1] สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

level of 0.05. It was also found that income, age, gender, religion, occupation, number of family members, and caregivers significantly affected illnesses in the elderly in Sangkha District, Surin Province at a statistical level of 0.05. The experts agreed that the appropriateness of the model for promoting mental health of the elderly in Sangkha District, Surin Province was at the highest level. It was found that all aspects had the highest level of opinions, including caregivers, religion, occupation, income, diseases, and number of family members.

Keywords: Model, mental health promotion, elderly

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงประชากรมีสุขภาพอนามัยดี มีอายุยืนยาว อัตราการตายและอัตราการเจริญพันธ์ลดลง ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มถึงร้อยละ 20[1] ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด การก้าวเข้าสู่ “สังคมไร้บุตรหลาน” จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2561 พบว่า โครงสร้างของครัวเรือนที่ “ไร้บุตรหลาน” มีสัดส่วนที่สูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 นั้นมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.4 ของครัวเรือนทั้งหมด (เพิ่มจากร้อยละ 26.1 ในปี 2549) ซึ่งคิดเป็นอัตราการเติบโต (growth rate) ที่สูงถึงร้อยละ 43.3 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ว้าเหว่ หมดหวัง หวาดระแวง ท้อแท้ และส่งผลทางด้านสังคม ไม่ได้รับความสนใจจากลูกหลานและบางคนรู้สึกสูญเสียอำนาจ ไม่ได้รับการยกย่อง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้จะเกิดความหงุดหงิด ซึมเศร้าคิดว่าตนเองหมดความหมาย และไม่มีคุณค่าเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต[(1)] ประเทศไทยพบปัญหาผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ และกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 75 ปี มีโอกาสเป็นโรคจิตมากกว่าวัยหนุ่มสาว 2-3 เท่า[2] การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ได้แก่ การเกษียณอายุราชการ การออกจากงาน ลูกหลานแยกครอบครัวถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง[3] ปี พ.ศ. 2565 จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 251,110 คน คิดเป็นร้อยละ 18.29 ของประชากรทั้งหมด[4] จากรายงานการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2567 การคัดกรองความเครียด (ST-5) จำนวน 32,539 คน พบว่ามีปัญหาความเครียด 164 คน มีความเครียดสูง 6 คน การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) จำนวน 153,640 คน พบว่ามีความผิดปกติ 2,365 คน การประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) จำนวน 313 คน พบว่าซึมเศร้า 91 คน การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) จำนวน 84 คน พบว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงปานกลาง 19 คน [5] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจ (Survey) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ (Interview form) แบบประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's Scale)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมจำนวนประชากร 16,093 คน

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973) สูตรยามาเนกำหนดตัวแปร N คือจำนวนประชากร และ e คือค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง 0.05 (error = 5%) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน อำเภอสังขะมีจำนวนตำบลทั้งหมด 12 ตำบล จับสลากเก็บข้อมูลตำบล 4 ตำบล ๆ ละ 100 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (Quota Sampling) ให้แต่ละตำบลมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ แล้วทำการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต และผู้วิจัยได้ส่งแบบประเมินรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน เพื่อประเมินรูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที และสถิติ การวิเคราะห์ค่าถดถอยพหุคูณ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 70-74 ปี อายุเฉลี่ย 69.1 ปี เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสสมรส นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม รายได้ 1,001-5,000 บาท โรคที่เป็นมากคือภาวะซึมเศร้า รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน และมีผู้ดูแลคือบุตรและคู่สมรส

2. ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, S.D = 0.39) และพบว่าทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ได้แก่

การอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมกับสังคม การช่วยเหลือกัน วิถีชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และข้อห้ามหรือขะลำ

3. ความรู้สึกในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ มีความหดหู่เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 18.00

4. ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.98, S.D = 0.72) และพบว่าทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

5. ศาสนา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคที่เป็น รายได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .001, .01 และ .05 ตามลำดับ และรายได้ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแล ส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .05, .05, .05, .05, .05 และ .05 ตามลำดับ

6. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1) ศาสนา 2) อาชีพ 3) รายได้ 4) โรคที่เป็น 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว และ 6) ผู้ดูแล

7. ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 5.00, S.D = 0.00) และพบว่าทุกด้าน มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ผู้ดูแล ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคที่เป็น และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 70-74 ปี จำนวน 118 คน (ร้อยละ 29.5) อายุเฉลี่ย 69.1 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 250 คน (ร้อยละ 62.5) มีสถานภาพสมรส จำนวน 208 คน (ร้อยละ 52.0) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 380 คน (ร้อยละ 95.0) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา จำนวน 288 คน (ร้อยละ 72.0) มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 278 คน (ร้อยละ 69.5) มีรายได้ 1,001-5,000 บาท จำนวน 210 คน (ร้อยละ 52.5) โรคที่เป็นมากคือภาวะซึมเศร้า จำนวน 168 คน (ร้อยละ 42.0) รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 102 คน (ร้อยละ 25.5) และโรคเบาหวาน จำนวน 70 คน (ร้อยละ 17.5) ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน จำนวน 138 คน (ร้อยละ 34.5) และมีผู้ดูแลคือบุตร และคู่สมรส จำนวน 162 และ 148 คน (ร้อยละ 40.5 และ 37.0) ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, S.D = 0.39) และพบว่าทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การอยู่รวมกัน การช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมกับสังคม การช่วยเหลือกัน วิถีชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และข้อห้ามหรือขะลำ ความรู้สึกในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ มีความหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 18.00 ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.98, S.D = 0.72) และพบว่าทุกด้านมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์[6]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และการป่วยเป็นโรคของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแล ศาสนา และอาชีพ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โรคที่เป็น และรายได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และพบว่ารายได้ส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแล ส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[7]

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย ผู้ดูแล ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคที่เป็น และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าความเหมาะสมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 5.00, S.D = 0.00) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเรียงลำดับได้ดังต่อไปนี้ 1)การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส 2) การเยี่ยมเยือนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง 3) การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ 4) การช่วยเหลือเป็นการส่วนตัว 5) การเอาใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 6) การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ 7) เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ 8) การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว หรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากได้มาเยี่ยมผู้สูงอายุบ่อย ๆ มีการพูดคุย รับฟัง และการสัมผัสล้วนมีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ[8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ควรสนับสนุนให้ชุมชนได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตมาปรับใช้คือ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข หรือทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการติดตามเยี่ยมถึงบ้านพูดคุย รับฟัง และมีการสัมผัส ส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนด้านอาชีพเพื่อให้มีรายได้ต่อเดือนมากขึ้น

2. ควรสนับสนุนให้ชุมชนเห็นความสำคัญของภาวะซึมเศร้า การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และนำมาปรับใช้ประกอบในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ นอกจากรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมถึงบ้านพูดคุย รับฟัง และมีการสัมผัส การส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา แล้วควรวิวัยหารูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นที่แตกต่างกันด้วย เพราะว่าสังคมในเมืองกับสังคมชนบทย่อมมีบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการประเมินโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของแต่ละตำบล เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจที่ดี ดำรงตนอยู่ในสังคมสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่เป็นภาระทางสังคม

3. ควรมีการประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อพัฒนาหลักสูตร และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความทันสมัย ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. อนุรักษ์ บัณฑิตย์ชาติ และคณะ. (2542) การสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐใน กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ปี พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
3. บรรลุ ศิริพานิช. (2542) ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
4. สำนักงานสถิติจังหวัดสุรินทร์. (2565). สถิติปี 2565. สุรินทร์ : สำนักงานสถิติจังหวัดสุรินทร์.
5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548) ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
6. ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และเพ็ญประภา ศิริโรจน์. (2542). รายงานการวิจัยเรื่องสถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุไทยและแนวโน้มการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารสุข.
7. ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541) การประเมินผลโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ :ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. ภิรมย์ จองคำอาง. (2545). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

EFFECTS OF A BEHAVIORAL MODIFICATION PROGRAM ON DIETARY CONSUMPTION AMONG RESIDENTS OF BAN NONG RUEA, VILLAGE 8, KHOLAN SUBDISTRICT, BUNTHARIK DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

ณัฏฐโชติ สมนึก[1]
Natthachoot Somnueg[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่นพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 36 คน และ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนบ้านแสงอุดม หมู่ที่ 12 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 36 คน ทดลองใช้โปรแกรมจำนวน 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการบริโภค ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค, ประชาชนบ้านหนองเรือ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a behavioral modification program on dietary consumption among residents of Ban Nong Ruea, Village No. 8, Khor Lan Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. The sample was divided into two groups: the experimental group, consisting of 36 residents from Ban Nong Ruea, Village No. 8, Khor Lan Subdistrict, and the comparison group, consisting of 36 residents from Ban Saeng Udom, Village No. 12, Khor Lan Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. The program was implemented over 12 weeks. Data were collected using a questionnaire from November 1, 2024, to February 1, 2025. Statistical analyses included paired t-tests and independent t-tests, with a significance level set at 0.05.

The results indicated that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in dietary knowledge, attitudes toward consumption, health belief patterns, social support, self-efficacy, and dietary behaviors compared to their pre-intervention scores and the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Program, Dietary Behavior Modification, Ban Nong Ruea Residents

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ประชาชนยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของโภชนาการที่เหมาะสม ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ประชาชนส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง และโซเดียม

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเรือ ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

สูงในปริมาณมาก รวมถึงการขาดการบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอ ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ[1] ระบุว่า ประชากรไทยที่บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนและโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[2] ระบุว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรทั่วโลก โดยคิดเป็นสัดส่วนมากกว่า 70% ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคเหล่านี้ ในบริบทของประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมเมือง ทำให้การบริโภคอาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ประชาชนในชนบท เช่น บ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ยังคงยึดติดกับการบริโภคอาหารแบบเดิม ที่อาจขาดสมดุลทางโภชนาการ เช่น การบริโภคข้าวและเนื้อสัตว์แปรรูปในปริมาณมาก แต่ขาดการบริโภคผัก ผลไม้ และแหล่งโปรตีนที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารบางประเภท และเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

จากการศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาของวราภรณ์ พิมพาสอน[3] ได้เน้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน พบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มเจตคติและการรับรู้ความสามารถแห่งตน ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานลดลง รวมถึงการลดลงของค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ งานวิจัยของธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน[4] ที่ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค และลดปริมาณน้ำตาลที่บริโภคต่อสัปดาห์ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของเอื้อจิต สุขพูล และคณะ[5] ได้เน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน โดยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การอภิปราย การฝึกบันทึกพฤติกรรม และการใช้ตัวแบบ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปและอาหารที่มีโซเดียมสูง ตลอดจนการลดการบริโภคน้ำตาลและไขมัน ผ่านการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้จากบุคลากรด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยงานท้องถิ่น จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน เมื่อประชาชนมีความรู้และทักษะในการเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทมีความสามารถในการวางแผนการบริโภคอาหารในครัวเรือน ยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพึ่งพาตนเองในระยะยาว และเป็นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน จำนวน 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนบ้านแสงอุดม หมู่ที่ 12 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน จำนวน 36 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร (Populations) ได้แก่ ประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนบ้านแสงอุดม หมู่ที่ 12 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 36 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990) แทนค่าจากงานวิจัยของธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2566) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลของวัยรุ่นไทยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 225 คน รวม 225 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนเจตคติต่อการพฤติกรรมการบริโภค เท่ากับ 22.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 1.86 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนเจตคติต่อการพฤติกรรมการบริโภค เท่ากับ 20.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 2.21

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนบ้านหนองเรือ หมู่ที่ 8 ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี กิจกรรมด้านแผนการหรือกิจกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว โดยเน้นให้ประชาชนมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมและดีต่อสุขภาพ โปรแกรมนี้อาจรวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล และเกลือ การส่งเสริมการรับประทานผักผลไม้ การให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ และการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของโปรแกรมนี้คือการปรับปรุงสุขภาพโดยรวมของประชาชนในชุมชนบ้านหนองเรือและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย

2.1) ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

2.2) ส่วนที่ 2 ความรู้ เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน

2.3) ส่วนที่ 3 ทัศนคติ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละ

ด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

2.4) ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

2.5) ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

2.6) ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถแห่งตน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

2.7) ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการบริโภคของประชาชน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

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 ที่ตำบลบ้านแมด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการบริโภค โดยใช้ KR-20 และทัศนคติเกี่ยวกบการบริโภค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตน โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient โดยได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการบริโภค เท่ากับ 0.84 ทัศนคติเกี่ยวกบการบริโภค เท่ากับ 0.80 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.82 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.88 และการรับรู้ความสามารถของตน เท่ากับ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567-10.005 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 มีอายุเฉลี่ย 30.38 ปี (S.D.=4.54 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.3 จบการศึกษาระดับต่ำ

กว่าปริญญาตี ร้อยละ 58.3 ประกอบอาชีพเป็นรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 55.5 มีมัธยฐานของรายได้ 9,500 บาท (P_{25}=7,000: P_{75}=18,000) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.2 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.9 มีอายุเฉลี่ย 30.52 ปี (S.D.=5.15 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.8 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตี ร้อยละ 52.8 ประกอบอาชีพเป็นรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 44.4 มีมัธยฐานของรายได้ 15,000 บาท (P_{25}=7,250: P_{75}=19,000) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.1 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 4.1

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\overline{X}$	SD	$\overline{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	5.97	1.64	0.78	0.03-1.51	2.10	0.039
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.19	1.48				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.97	0.77	3.92	3.38-4.45	14.58	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.05	1.41				
ทัศนคติ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.47	2.07	0.78	-0.23-1.78	1.53	0.128
		กลุ่มเปรียบเทียบ	21.69	2.21				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	28.22	1.28	7.14	6.32-7.95	17.52	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	21.08	2.07				
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	24.83	3.89	3.14	1.70-4.57	4.36	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	21.69	1.86				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	42.38	6.17	21.19	18.93-23.45	18.70	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	21.19	2.85				
แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30.22	4.42	4.20	1.95-6.43	3.73	0.0004**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	26.02	5.09				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	52.58	6.06	29.78	27.21-32.34	23.16	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	22.80	4.76				
การรับรู้ความสามารถของตน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	17.33	2.69	-0.05	-1.33-1.16	-0.13	0.894
		กลุ่มเปรียบเทียบ	17.38	2.62				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	25.75	3.47	8.34	6.88-9.78	11.48	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	17.41	2.62				
พฤติกรรมการบริโภค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	27.94	3.03	1.08	-0.18-2.35	1.69	0.093
		กลุ่มเปรียบเทียบ	26.86	2.33				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	40.88	3.50	14.47	13.16-15.78	22.05	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	26.41	1.79				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการบริโภค สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (p-value<0.001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ ผ่านกระบวนการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย นำไปสู่การสร้างทัศนคติที่ดีขึ้น ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะเมื่อประชาชนเข้าใจข้อดีและผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง แสดงถึงความตระหนักในอันตรายของการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งทำให้ประชาชนเห็นถึงความจำเป็นในการป้องกันปัญหาสุขภาพก่อนที่จะเกิดขึ้นด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถสร้างแรงจูงใจและลดอุปสรรคผ่านการใช้แนวทางที่เป็นรูปธรรม เช่น การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการนำกรณีศึกษาจริงมาเป็นตัวอย่าง ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้จริง ขณะเดียวกัน แรงสนับสนุนทางสังคม ที่เพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าการมีแรงผลักดันจากครอบครัว ชุมชน และกลุ่มเพื่อน มีบทบาทสำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน ชี้ให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม เช่น การฝึกปฏิบัติ การทำสัญญาใจ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจว่าประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง สุดท้ายพฤติกรรมการบริโภค ที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เป็นผลมาจากการที่ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบกับการได้รับความรู้ที่ถูกต้องและการสนับสนุนอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา บุญศิริและนงนุช วงศ์สว่าง[7] พบว่า หลังการทดลองประชาชนมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เสาวลักษณ์ มูลสาร และ เกษร สำเภาทอง[8] พบว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ และเสริมสร้างความมั่นใจ ได้แก่ (1) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการเพื่อควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH (2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และจากบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (3) การกระตุ้นเตือนกลุ่มเป้ามายจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง มีการเสริมสร้างกำลังใจ และคอยกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติระหว่างการเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 8 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ผลการวิจัยพบว่า (1) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ไม่แตกต่าง (2) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคม และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ไม่แตกต่างกันการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าการใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของDASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่สร้างให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง และไม่ส่งผลต่อปัจจัยทางด้านคลินิก วราภรณ์ พิมพาสอน[3] ผลการศึกษา พบว่าหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรมการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความตั้งใจในการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน[4] พบว่า หลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตติติต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความตั้งใจในการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาล (ปริมาณน้ำตาล กรัม/สัปดาห์) ต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เอื้อจิต สุขพูล และคณะ[5] ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

สรุปผลการวิจัย

สรุปได้ว่า โปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบ มีการให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม จะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรขยายผลโปรแกรมนี้สู่กลุ่มประชากรอื่นเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ควรขยายผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน พร้อมทั้งจัดกิจกรรมอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริง เช่น การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การสาธิตการปรุงอาหารที่เหมาะสม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

2) หน่วยงานสาธารณสุขควรบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการจัดทำโครงการลดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนในทุกกลุ่มวัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. สืบค้นจาก https://nso.go.th
2. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases: Key facts. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
3. วราภรณ์ พิมพาสอน. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 33(3): 417-429.
4. ธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลของวัยรุ่นไทยโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2566; 3(3): 87-101.
5. เอื้อจิต สุขพูล และคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3): 419-429.
6. Lemeshow, S. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons, 1990.

7. ชลธิชา บุญศิริ และนงนุช วงศ์สว่าง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของประชาชน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาล 2565; 71(3): 10-17.
8. เสาวลักษณ์ มูลสาร และ เกษร สำเภาทอง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 11(1): 87-98.

การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Care of infants and postpartum women who use amphetamine drugs, Yang Talat Hospital, Kalasin Province.

(Received: February 16,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

เนาวนา ภูจ่าพล[1]
Naowana Phuchaphon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และศึกษาการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและนรีเวช โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 7 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ราย อายุระหว่าง 19 – 37 ปี คลอดปกติ และ ผ่าคลอด สามารถดูแลทารกได้ มารดาต้องการเลี้ยงนมผง ได้มีการนัดพบจิตแพทย์ นัดพบกุมารแพทย์ และนัดตรวจพัฒนาการ

คำสำคัญ: การดูแล ทารกและหญิงหลังคลอด สารเสพติดแอมเฟตามีน

Abstract

The study of the care of infants and postpartum women who use amphetamine at Yang Talat Hospital, Kalasin Province aimed to study the characteristics and problems of infants and postpartum women who use amphetamine and to study the care of infants and postpartum women who use amphetamine at Yang Talat Hospital, Kalasin Province. This was a quasi-experimental research with a study period from November 2024 to February 2025, a total of 4 months. The sample consisted of 7 infants and postpartum women who used amphetamine who received services at the obstetrics, postpartum, and gynecology ward, Yang Talat Hospital, Kalasin Province. Data were collected from medical records and analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The study found that there were 7 postpartum women who used amphetamine at Yang Talat Hospital, Kalasin Province, aged between 19 and 37 years, had normal births and cesarean sections, were able to take care of their babies, and the mothers wanted to feed them formula milk. They had made an appointment to see a psychiatrist, a pediatrician, and a developmental checkup.

Keywords: Care of infants and postpartum women, amphetamine

บทนำ

ทารก หมายถึง ช่วงชีวิตตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว แบ่งออกเป็นทารกแรกเกิด (0-28 วัน ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก) และทารก (29 วัน - 2 ปี)[1] การดูแลทารกในช่วงนี้ต้องอาศัยความเข้าใจในพัฒนาการตามวัย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์ โดยเน้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การสร้างความผูกพันใกล้ชิด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและนรีเวช โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ระหว่างมารดาบิดาและทารก และการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม หลักการดูแลทารกแรกเกิดได้แก่ การดูแลด้านการหายใจ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ดูแลการให้อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมความผูกผันใกล้ชิดระหว่างมารดาบิดาและทารก ส่งเสริมความปลอดภัย การตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ และการจัดจำหน่ายทารกแรกเกิดและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน สำหรับหญิงหลังคลอด หมายถึง สตรีที่อยู่ในช่วง 6-8 สัปดาห์แรกหลังจากการคลอดบุตร (Postpartum period) ซึ่งร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งระดับฮอร์โมน ขนาดมดลูก และการทำงานของระบบต่างๆ[1] การดูแลหญิงหลังคลอดจึงมุ่งเน้นการฟื้นฟูร่างกาย การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การส่งเสริมสุขภาพจิตใจ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของทั้งแม่และทารกในระยะยาว การพยาบาลมารดาทารกแบบองค์รวม และการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางรวมทั้งการนำทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมารดาทารกมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลเพื่อให้การพยาบาลมารดาทารกที่ครอบคลุมทุกมิติ[2]

การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ คือการที่สตรีตั้งครรภ์ใช้สารแอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์ของแอมเฟตามีน เช่น เมทแอมเฟตามีน ในระหว่างตั้งครรภ์ สารเหล่านี้มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และส่งผลเสียอย่างมากต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์อาจใช้สารเสพติดเนื่องจากความเชื่อที่ผิดๆ หรือเพื่อบรรเทาความเครียด ในประเทศไทยการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่พบมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความเครียด และอาจมีสาเหตุมาจากความเชื่อที่ผิดๆ ว่าจะทำให้คลอดลูกได้ง่ายขึ้น[3]

การใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากแอมเฟตามีนสามารถแพร่ผ่านรกไปยังทารก ทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การเจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ทารกแรกเกิดที่มารดามีประวัติใช้แอมเฟตามีนอาจมีอาการถอนยา ซึ่งแสดงออกด้วยอาการหลากหลาย เช่น ร้องเสียงแหลม หาวบ่อย สั่น ชัก และปัญหาเกี่ยวกับการกินและการ นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้แอมเฟตามีนยังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด และตกเลือดหลังคลอด[3]

การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนถือเป็นความท้าทายที่ต้องการแนวทางการดูแลแบบสหวิชาชีพและองค์รวม ทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่ใช้แอมเฟตามีนควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดเพื่อตรวจหาภาวะถอนยาโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น Neonatal Abstinence Scoring System (NAS), และให้การดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการถอนยาที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ การส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารก แม้ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ยังคงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการให้ความรู้และสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกอย่างเหมาะสม ในส่วนของการดูแลหญิงหลังคลอด การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจอย่างละเอียดเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการซักประวัติการใช้สารเสพติดและการประเมินความเครียด การส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษายาเสพติดและการดูแลสุขภาพจิตแบบต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรและการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งมารดาและทารก[4]

สถานการณ์การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้ยาบ้าหรืออนุพันธ์ของแอมเฟตามีน ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศ[3] จากการสำรวจเบื้องต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีระดับการศึกษาไม่สูงนัก และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือเกษตรกรรม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด เช่น ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลจากคนใกล้ชิด[5] การใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก โดยมารดามีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษและการคลอดก่อนกำหนด ในขณะที่ทารกอาจมีน้ำหนักตัวน้อย มีภาวะถอนยาหลังคลอด และอาจมีปัญหาพัฒนาการในระยะยาว[6] ปัจจุบันระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดในจังหวัดกาฬสินธุ์ยังคงมีข้อจำกัดในด้านการคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการบำบัดรักษา ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลที่หลากหลาย เช่น การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต การบำบัดยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงดูบุตร และการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเป็นการส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาของทารกและหญิงหลังคลอด

2. เพื่อศึกษาการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทารกและหญิงหลังคลอดที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและนรีเวช โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและนรีเวช โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน มกราคม 2568 รวม 3 เดือน จำนวน 7 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย คุณลักษณะและปัญหาทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมิน Neonatal abstinence scoring system: Modified Finnegan Neonatal Abstinence Score Sheet

2.3 แบบประเมิน ก่อนจำหน่ายและการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย โรงพยาบาลยางตลาด

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

2. การกำหนดกิจกรรมการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ผลการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ราย อายุระหว่าง 19 – 37 ปี คลอดปกติ และ ผ่าคลอด

2. การดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การกำหนดบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติด กิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการดูแลหญิงหลังคลอดใช้สารเสพติด

3. ผลการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Case 1 คลอดเองที่บ้านก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติหลังคลอด ส่วนมากมารดาง่วงนอน ปวดแผลพอทน ภาวะเครียดหลังคลอด 3 คะแนน สามารถดูแลทารกได้ มารดาต้องการเลี้ยงนมผง นัดคลินิกฟ้าใสโรงพยาบาลยางตลาดพบจิตแพทย์ 22 พฤศจิกายน 2567 นัดพบกุมารแพทย์ 19 พฤศจิกายน 2567 +urine Amphetamine นัดพัฒนาการ 14 มกราคม 2568

Case 2 คลอดทางช่องคลอด ไม่มีอาการผิดปกติหลังคลอด ส่วนมากมารดาง่วงนอน ปวดแผลพอทน ภาวะเครียดหลังคลอด 1 คะแนนทำหมันวันที่14พฤศจิกายน 2567 มารดาต้องการเลี้ยงนมผง สามารถดูแลบุตรได้ งดนมมารดา

จำหน่ายพร้อมมารดา นัดพัฒนาการ 14 มกราคม 2568

Case 3 ผ่าคลอดทางหน้าท้อง ไม่มีอาการผิดปกติหลังคลอด ส่วนมากมารดาง่วงนอน ปวดแผลพอทน ภาวะเครียดหลังคลอด 2 คะแนน สามารถดูแลบุตรได้ งดนมมารดา มารดาต้องการเลี้ยงนมผง นัดคลินิกฟ้าใสโรงพยาบาลหนองกุงศรี นัดพัฒนาการ 28 มกราคม 2568 นัดตรวจ HBaAg HBsAb เมื่ออายุครบ 1 ปี 27 พฤศจิกายน 2568

Case 4 คลอดเองที่บ้านก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที สามารถดูแลบุตรได้ งดนมมารดา จำหน่ายพร้อมมารดา นัดพัฒนาการ 4 มีนาคม 2568

Case 5 ผ่าคลอดทางหน้าท้อง ไม่มีอาการผิดปกติหลังคลอด ส่วนมากมารดาง่วงนอน ปวดแผลพอทน ภาวะเครียดหลังคลอด 2 คะแนน สามารถดูแลบุตรได้ มารดาต้องการเลี้ยงนมผง นัดคลินิกฟ้าใสโรงพยาบาลยางตลาดพบจิตแพทย์ จำหน่ายพร้อมมารดา นัดดูอาการ 20/1//2568 Hct ,MB , Urine Amphetamine นัดพัฒนาการ 11 มีนาคม 2568

Case 6 การคลอด Previous C/S หลังคลอดส่วนมากมารดาง่วงนอน ปวดแผลพอทน ภาวะเครียดหลังคลอด 1 คะแนน สามารถดูแลบุตรได้ งดนมมารดา มารดาต้องการเลี้ยงนมผง จำหน่ายพร้อมมารดา นัดดูอาการ 22/1//2568 CBC,Reti,G6PD,DCT นัดพัฒนาการ 18 มีนาคม 2568

Case 7 คลอดทางช่องคลอด c RML episiotomy ไม่มีอาการผิดปกติหลังคลอด ส่วนมากมารดาง่วงนอน ปวดแผลพอทน ภาวะเครียดหลังคลอด 2 คะแนน สามารถดูแลบุตรได้ งดนมมารดา

4. ปัญหาอุปสรรค

4.1 มารดาหลังคลอดอยู่ในระยะขาดยา มารดาง่วงนอนเป็นส่วนใหญ่ ขาดความสนใจในการดูแลบุตร

4.2 ไม่มาพบแพทย์ตามนัด

4.3 มารดาที่ย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง ไม่สามารถติดตามได้

4.4 ระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลน้อย คลอดปกติ 3วัน ผ่าคลอด5วัน ทำให้รับความรู้ได้น้อย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า คุณลักษณะของทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ราย อายุระหว่าง 19 – 37 ปี คลอดปกติและ ผ่าคลอด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์[7] ได้ศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ พบว่าอายุ เฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดเท่ากับ 26.5±5.9 คลอดที่อายุครรภ์ เฉลี่ย 37.3±2.0 สัปดาห์ และพบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษา จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษาจะมีค่าร้อยละความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ในวันที่มาคลอดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การกำหนดบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติด กิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการดูแลหญิงหลังคลอดใช้สารเสพติด โดยประยุกต์จากคู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ของวิมล ลักขณาภิชนชัช[8] ส่งผลให้ผลการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่มารดาสามารถดูแลทารกได้

มารดาต้องการเลี้ยงนมผง นัดคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลยางตลาดพบจิตแพทย์ นัดพบกุมารแพทย์ และนัดพัฒนาการ ต่อไป สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พรทิพย์ หอมเพชร พิศมัย กองทรัพย์ น้องนุช แสนบรรดิษฐ์[9] ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด (เฉลี่ย = 19.43, S.D. = 1.11) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 17.17, S.D. = 1.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง (เฉลี่ย = 3.76, S.D. = 0.94) และกลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 3.51, S.D. = 1.04) อยู่ในระดับมาก 3) กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 1 ราย 4) กลุ่มทดลองมีการกลับมาเสพซ้ำภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด 1 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมาเสพซ้ำภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด 7 ครั้ง ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงควรนำรูปแบบการวางแผน จำหน่ายมารดาหลังคลอดนี้ไปปรับใช้และศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดทุกชนิดเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิง ตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ลดผลกระทบต่อมารดาและทารกแรกเกิด ลดการกลับมา เสพสารเสพติดซ้ำ และได้รับการบำบัดรักษาตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาอุปสรรค ได้แก่ มารดาหลังคลอดอยู่ในระยะขาดยา มารดาง่วงนอนเป็นส่วนใหญ่ ขาดความสนใจในการดูแลบุตร ไม่มาพบแพทย์ตามนัด มารดาที่ย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง ไม่สามารถติดตามได้และ ระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลน้อย คลอดปกติ 3 วัน ผ่าคลอด5วัน ทำให้รับความรู้ได้น้อย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนในโรงพยาบาล ควรใช้แนวทางการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติด กิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการดูแลหญิงหลังคลอดใช้สารเสพติด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามการดูแลทารกและหญิงหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนในชุมชนเพื่อการดูแลที่ครบวงจรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เบญญาภา ธิติมาพงษ์ ศศิธร พุมดวง จัณทร์ปภัสร์ เครือแก้ว โสเพ็ญ ชูนวล วิไลพร สมานกสิกรณ์.(2563). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 (เล่ม 1). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นัยนา ณีศะนันท์ และคณะ. (2560). คู่มือสำหรับพ่อแม่ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยอนุบาล 0-3 ปี . กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
3. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ดวงพร แสงสุวรรณ อัญชลี อ้วนแก้ว กัตติกา วังทะพันธ์.(2566). การใช้เมทแอมเฟตามีนและความเครียดในหญิงตั้งครรภ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน – ธันวาคม 2566
4. สายชล ขุนหล้า.(2566). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชนปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

5. ศุภสิทธิ์ สุขี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปีที่6ฉบับที่4ตุลาคม-ธันวาคม2567
6. ทิพย์อุษา จันทร์ทองศรี.(2566). ผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิด โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ. [ออนไลน์] ระบบเผยแพร่ผลงานวิชาการ (Open Access) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. http://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230717133205_976338236.pdf
7. อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์.(2564). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564 105-112
8. วิมล ลักขณาภิชนชัช. (2563). คู่มือบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
9. พรทิพย์ หอมเพชร พิศมัย กองทรัพย์ น้องนุช แสนบรรดิษฐ์.(2566). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

Nursing practice guidelines for the care of sepsis patients at Huai Phueng Hospital, Kalasin Province.

(Received: February 16,2025 ; Revised: February 20,2025 ; Accepted: February 21,2025)

กนกพร โชคดีทวีทรัพย์[1]
Kanokporn Chokdeethaweesap[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ธันวาคม 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 38 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หลังการจัดทำแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 38 คน Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.31 ลดลงจากก่อนการจัดทำแนวปฏิบัติ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

The study of nursing practice guidelines for the care of patients with bloodstream infections at Huai Phueng Hospital, Kalasin Province aimed to study the situation and problems in caring for patients with bloodstream infections and nursing practice guidelines for the care of patients with bloodstream infections at Huai Phueng Hospital, Kalasin Province. It was a quasi-experimental research with a study period from December 2024 to February 2025, a total of 3 months. The sample group consisted of 38 patients with bloodstream infections at Huai Phueng Hospital, Kalasin Province. Data were collected from medical records and analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The study results found that after the implementation of the guidelines, 38 patients with bloodstream infections who received services at the emergency room of Huai Phueng Hospital, Kalasin Province, between December 1, 2024 and February 15, 2025, were referred from the ER of Huai Phueng Hospital, Kalasin Province, 10 cases, or 26.31 percent, a decrease from before the implementation of the guidelines.

Keywords: Nursing guidelines, Bloodstream infections patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตทางการแพทย์ที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรงและไม่สมดุล จนนำไปสู่ความเสียหายของเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย[16] ภาวะนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก โดยประมาณการณ์ว่ามีผู้ป่วย Sepsis ราว 48.9 ล้านคน และเสียชีวิต 11 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นเกือบ 20% ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[15] องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ประกาศให้ Sepsis เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก (Global Health Priority) ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน[14] (World Health Organization, 2017) ความรุนแรงของ Sepsis มีหลายระดับ ตั้งแต่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ไม่รุนแรง ไปจนถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe Sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) ซึ่งเป็นระยะที่อันตรายที่สุดและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของ Sepsis ได้แก่ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว (Organ Dysfunction) เช่น ไตวายเฉียบพลัน กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) และภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC) ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ในประเทศไทย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้ว่าจะยังไม่มีข้อมูลอุบัติการณ์และอัตราตายที่ครอบคลุมทั้งประเทศ แต่จากข้อมูลของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นหนึ่งใน 10 สาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของคนไทย[8] ข้อมูลในปี 2567 ที่ระบุถึงผู้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD 10 R65.1 และ R57.2 จำนวน 19,120 คน[6] ทั่วประเทศ (ไม่รวมผู้ป่วยระยะสุดท้ายและภาวะแทรกซ้อน) สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรค (Burden of Disease) ที่สูงมาก สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม ยิ่งตอกย้ำถึงความรุนแรงของปัญหา โดยในปี 2567 มีผู้เสียชีวิตจากภาวะดังกล่าวในจังหวัดขอนแก่นถึง[7] 1,469 คน และจังหวัดกาฬสินธุ์ 318 คน ตัวเลขเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การรักษาที่เหมาะสม และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สถานการณ์ในโรงพยาบาลห้วยผึ้ง[7] พบผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ข้อมูลสถิติในช่วงปี 2565 ถึง 2567 ในช่วงสามปีที่ผ่านมา จำนวนผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินค่อนข้างคงที่ โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 27,039 คนต่อปี แม้ว่าในปี 2566 จะมีจำนวนผู้รับบริการลดลงเล็กน้อย (26,022 คน) เมื่อเทียบกับปี 2565 (28,190 คน) แต่ก็กลับมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2567 (26,906 คน) ในทางกลับกัน จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit เป็นผู้ป่วยใน: IPD) กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 2,950 คน ในปี 2565 เป็น 3,128 คน ในปี 2566 และ 3,260 คน ในปี 2567 ข้อมูลนี้อาจสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ และเมื่อพิจารณาถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สำคัญ ข้อมูลแสดงให้เห็นความผันผวนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วงเวลาเดียวกัน ในปี 2565 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Sepsis จำนวน 26 คน ก่อนที่ตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็น 46 คน ในปี 2566 และแม้ว่าในปี 2567 จำนวนผู้เสียชีวิตจะลดลงเหลือ 34 คน แต่ก็ยังคงสูงกว่าตัวเลขในปี 2565 อย่างเห็นได้ชัด ความผันผวนนี้

อาจบ่งบอกถึงปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อสถานการณ์ Sepsis เช่น ความรุนแรงของโรคในแต่ละช่วงเวลา ประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุเพื่อป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ในโรงพยาบาลห้วยผึ้ง อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิต และยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในที่สุด

การติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อตาม ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยอาจต้องเข้ารับการรักษาและ พักฟื้นร่างกายที่หน่วยดูแลผู้ป่วยหนัก (ICU) ทั้งนี้วิธีรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ประการ ได้แก่ อายุ สุขภาพด้านต่างๆ ลักษณะอาการของผู้ป่วย และความอดทนต่อฤทธิ์ยา หากเกิด การอักเสบภายในร่างกาย ส่งผลให้ลิ่มเลือดอุดตัน ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อกระตุ้นให้หายใจได้ปกติและหัวใจกลับมาทำงานเหมือนเดิม โดยวิธี รักษาประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การดูแลตามอาการของผู้ป่วย และการผ่าตัด[10] ปัจจุบันหลักการรักษาภาวะติดเชื้อรุนแรง ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 อย่างคือ การให้ยา ต้านจุลชีพที่เหมาะสมร่วมกับการกำจัดเชื้อและแหล่งติดเชื้อ การให้การรักษาภาวะช็อกและให้การประคับประคองอวัยวะอื่นๆ ที่ทำงานล้มเหลว และการให้การรักษาอื่นๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าช่วยให้ผลการรักษาภาวะติดเชื้อรุนแรงดีขึ้น ผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงที่มีภาวะช็อกต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จึงควรให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนักภายใน 3 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษา พยาบาลจะต้องประเมินสัญญาณชีพอย่างละเอียด เช่น อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจ เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่อาจเป็นสัญญาณของภาวะติดเชื้อรุนแรง การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อระบุชนิดของเชื้อก่อโรคและช่วยให้แพทย์สามารถเลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม พยาบาลต้องให้ความร่วมมือกับทีมแพทย์ในการเก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ หรือเสมหะ โดยต้องดำเนินการด้วยความสะอาดและปลอดเชื้อเพื่อลดความเสี่ยงของการปนเปื้อน การให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะเป็นอีกแนวปฏิบัติที่สำคัญ พยาบาลต้องเฝ้าระวังการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาความดันโลหิตและป้องกันภาวะช็อก การให้ยาปฏิชีวนะต้องกระทำโดยเร็วที่สุดภายในหนึ่งชั่วโมงหลังจากวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด และค่าการทำงานของไตอย่างใกล้ชิดเพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด[9] มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดต้องอาศัยความรวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นระบบ เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถนำไปสู่ภาวะช็อกและการล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ได้ ดังนั้น ทีมพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและให้การดูแลที่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาตรฐาน เป็นแนวทางที่ช่วยให้พยาบาลสามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงจากการรักษาที่ผิดพลาด และช่วยให้เกิดการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งระบบสุขภาพ การปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ โดยทำให้กระบวนการดูแลมีความชัดเจนและสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ธันวาคม 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การดำเนินการตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2. การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

3. การดำเนินการตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 99 คน โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A419 ร้อยละ 61.62 (จำนวน 61 คน) รองลงมาคือ รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 27.27 (จำนวน 27 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย J189 ร้อยละ 2.02 (จำนวน 2 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย R572 ร้อยละ 2.02 (จำนวน 2 คน) และ รหัสโรคที่วินิจฉัย R509 ร้อยละ 2.02 (จำนวน 2 คน) ตามลำดับ และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 48.98 (จำนวน 48 คน) รองลงมาคือ รหัสโรคที่วินิจฉัย A419 ร้อยละ 29.59 (จำนวน 29 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 10.20 (จำนวน 10 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย A099 ร้อยละ 2.04 (จำนวน 2 คน) และ รหัสโรคที่วินิจฉัย W0101 ร้อยละ 1.02 (จำนวน 1 คน) ตามลำดับ

1.2 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 55 ราย โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A419 ร้อยละ 38.18 (จำนวน 21 คน) รองลงมาคือ รหัสโรคที่วินิจฉัย N390 ร้อยละ 12.73 (จำนวน 7 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 9.09 (จำนวน 5 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย J189 ร้อยละ 5.45 (จำนวน 3 คน) และ รหัสโรคที่วินิจฉัย R509 ร้อยละ 5.45 (จำนวน 3 คน) ตามลำดับ และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 27.78 (จำนวน 15 คน) รองลงมาคือ รหัสโรคที่วินิจฉัย A419 ร้อยละ 16.67 (จำนวน 9 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย R572 ร้อยละ 7.41 (จำนวน 4 คน) รหัสโรคที่วินิจฉัย I10 ร้อยละ 7.41 (จำนวน 4 คน) และ รหัสโรคที่วินิจฉัย N390 ร้อยละ 3.7 (จำนวน 2 คน) ตามลำดับ

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Diagnosis of sepsis) การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องฉุกเฉิน การประเมินสัญญาณชีพและ SOS score ผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งที่ห้องฉุกเฉินภายใน 1-2 ชั่วโมง

3. ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 พบว่า มีจำนวน 38 คน โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 55.26 (จำนวน 21 คน) และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 50.00 (จำนวน 19 คน)

3.2 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 พบว่า มีจำนวน 10 ราย โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 70.00 (จำนวน 7 คน) และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 40.00 (จำนวน 4 คน)

3.3 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวนทั้งสิ้น 38 คน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 26.31

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 99 คน โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A419 ร้อยละ 61.62 (จำนวน 61 คน) และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 48.98 (จำนวน 48 คน) และมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 55 ราย โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 55.26 (จำนวน 21 คน) และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 50.00 (จำนวน 19 คน) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร เพชรรักษ์[3] การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้รับ การดูแลโดยใช้แนวทางการดูแลตาม The Surviving Sepsis Campaign Bundle Update 2018[12] จาก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เข้ารักษาในห้องผู้ป่วยหนัก สามารถลดความรุนแรงของโรค เพิ่มโอกาสรอด ชีวิต และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า จึงมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ในเครือข่ายจังหวัดระนอง รวมทั้งควรมีการศึกษาติดตามผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ร่วมด้วยและสุรีรัตน์ กลิ่นไม้[5] ได้ทำการศึกษา ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย กลุ่มผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีค่าเฉลี่ยสัญญาณเตือนก่อนเกิดภาวะวิกฤตด้วยSOS scoreหลังการเข้ารักษาชั่วโมงที่ 6 ลดลง แตกต่างคะแนนเฉลี่ยสัญญาณเตือนก่อนเกิดภาวะวิกฤต SOS score เมื่อแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value< 0.001 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 การศึกษาครั้งนี้ พยาบาลมีความพึงพอใจและเห็นว่าเป็นประโยชน์ผู้ป่วยได้รับการประเมิน SOS score คัดกรองเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยญาติส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติและสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Diagnosis of sepsis) การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องฉุกเฉิน การประเมินสัญญาณชีพและ SOS score ผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งที่ห้องฉุกเฉินภายใน 1-2 ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือ Sepsis นั้น สิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึงเสมอคือ ความรวดเร็ว เพราะทุกนาทีที่ผ่านไปโดยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดคือการประเมินความเสี่ยงและวินิจฉัยภาวะ Sepsis ให้ได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ในจุดนี้เองที่ SOS score หรือ Sepsis-related Organ Failure Score เข้ามามีบทบาทสำคัญ เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อ แม้ว่าในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัย Sepsis-3 จะเน้นการใช้ qSOFA เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่รวดเร็วและง่าย แต่ SOS score ยังคงมีความสำคัญในการประเมินความรุนแรงของโรคอย่างละเอียด และติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะอวัยวะล้มเหลวระหว่างการรักษา การใช้ SOS score จะประเมินจากระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ อย่างละเอียด เช่น ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท ระบบไต ระบบตับ และระบบการแข็งตัวของเลือด โดยแต่ละระบบจะมีการให้คะแนนตามความผิดปกติที่ตรวจพบ คะแนนรวมที่ได้จะบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของภาวะอวัยวะล้มเหลว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจทางการแพทย์ และวางแผนการรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในแง่ของการติดตามและประเมินผลการรักษา SOS score ยังคงมีประโยชน์อย่างมาก การประเมิน SOS score อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ทีมแพทย์เห็นการเปลี่ยนแปลงของภาวะอวัยวะล้มเหลว ติดตามการตอบสนองต่อการรักษา และปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis รุนแรง หรือมีการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 38 คน โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 55.26 (จำนวน 21 คน) และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 50.00 (จำนวน 19 คน)และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 10 ราย โดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย A418 ร้อยละ 70.00 (จำนวน 7 คน) และโดยที่รหัสโรคที่วินิจฉัยครั้งสุดท้ายมากที่สุด ได้แก่ รหัสโรคที่วินิจฉัย Z115 ร้อยละ 40.00 (จำนวน 4 คน) และจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ธันวาคม 2567 ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวนทั้งสิ้น 38 คน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ Refer จาก ER โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 26.31 สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา เกียรติมานะโรจน[1] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุมภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง จากเดิมในปี 2561 จำนวน 102 ราย เป็น 94 ราย ในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 7.8 ผู้ป่วยได้รับการเจาะส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 100 ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ร้อยละ 100 และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 cc/Kg. ใน 1 ชั่วโมงแรก (กรณีไม่มีข้อห้ามในการให้ IV.) ร้อยละ 100 อัตราการส่งไป รักษาต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติด

เชื้อในกระแสเลือดลดลงจากปี 2561 ร้อยละ 30.59 เป็นร้อยละ 25 ในปี 2562 และไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทวิกานต์ รักสวนจิก[2] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วนประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง, กระบวนการ, และผลลัพธ์ หลังนำไปใช้พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้น จาก 27.25 เป็น 44.75 ผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลในช่องทางด่วน เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 64.86 เป็น 100 เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml./kg./hr ร้อยละ 100 (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม)และไม่พบการเสียชีวิต การปฏิบัติตามรูปแบบ ร้อยละ 100 ความพึงพอใจบุคลากรอยู่ในระดับมาก ซึ่งค่าคะแนนความรู้ และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วน ที่พัฒนาขึ้นสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต และ นภาพร วรรณทอง[4] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี หลังพัฒนาพบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 85.71 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พยาบาลสามารถค้นพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยได้รวดเร็ว มีระยะเวลาเฉลี่ย 9.37 นาที การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มจากร้อยละ 76.81 เป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 88.41 เป็นร้อยละ 100 โดยระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 22.80 นาที ร้อยละการได้รับสารน้ำ 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) คงที่ จากร้อยละ 100 เป็นร้อยละ 100 คุณภาพการจัดการดูแลด้านผลลัพธ์ พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock ลดลงจากร้อยละ 40.58 เป็น ร้อยละ 10 รักษาหายและกลับบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.16 เป็นร้อยละ 83.33 และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีส่วนช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการคัด กรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ใช้ได้จริงและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทั้งนี้ควรศึกษาต่อใน ส่วนของผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นการติดตามกระบวนการ วินิจฉัยและการรักษา เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ควรใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Diagnosis of sepsis) การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องฉุกเฉิน การประเมินสัญญาณชีพและ SOS score ผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งที่ห้องฉุกเฉินภายใน 1-2 ชั่วโมง โดยการการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ดำเนินการตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1.อังคณา เกียรติมานะโรจน. (2567) .การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาล วาปีปทุม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (2567): มกราคม - เมษายน 2567

2.ทวิกานต์ รักสวนจิก. (2566) .การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วน.โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (2566)

3.สุภาพร เพชรรักษ. (2563) .การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด . วารสารวิจัยและนวตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (2020): กรกฎาคม - ธันวาคม 2563

4.นภาพร วรรณทอง. (2566) .การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดร

5.สุรีรัตน์ กลิ่นไม้. (2567) .ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารวิชาการศูนย์อนามัยที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

6.กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข Health KPI [อินเทอร์เน็ต]. 2667 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://healthkpi.moph.go.th/

7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ Health Data Center Dashboard [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

8.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2666 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://spd.moph.go.th/kpi-template-2567/

9.แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock. (2558) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

10.ฉัตรชัย วงสาสม การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis. (2566) .งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์

11.การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด Clinical Nursing Practice Guideline. (2561) .คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพกลุ่มการพยาบาล.โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี 1 ตุลาคม 2561

12.Levy, M.M., Evans, L.E. and Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Intensive Care Med. 44(6),925-928.

13.Global Sepsis Alliance diagnosis with sepsis [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566] .เข้าถึงได้จาก https://www.sepsis.org/education/patients-family/diagnosed-with-sepsis

14.World Health Organization. (2017). Sepsis. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis

15.Rudd, K.E., Johnson, S.C., Agesa, K.M., et al. (2020) Global. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet, 1 395(10219), 200-211. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7

16.Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10. doi:10.1001/jama.2016.0287.https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287

การเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Comparing clinical characteristics and outcomes of diabetic ketoacidosis in patients type 1 and type 2 diabetes mellitus in King Narai hospital.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

สุภัทรา จงศิริกุล[1]
Supattra Jongsirikul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2565 รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในในผู้ที่ได้รับวินิจฉัยภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวาน หรือภาวะ Euglycemic diabetes ketoacidosis (ระดับคีโตนในเลือด ≥ 3 mmol/L หรือระดับคีโตนในปัสสาวะ ≥ 2+ และมี pH ≤ 7.3 หรือ serum bicarbonate ≤ 18 mmol/L และอาจพบ anion gap ≥ 10 mmol/L) การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยทั้งหมด 156 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 36 ราย และเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 120 ราย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุเฉลี่ย ดัชนีมวลกายมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยแรกรับสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (554.58 ± 214.37 มก./ดล. เปรียบเทียบกับ 437.02 ± 198.35 มก./ดล. ตามลำดับ) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นไม่แตกต่างกัน โดยสาเหตุของการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนที่พบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่มคือภาวะติดเชื้อ ในด้านการรักษา พบว่า ปริมาณสารน้ำและปริมาณอินซูลินที่ได้รับทางหลอดเลือดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ได้รับปริมาณโพแทสเซียมมากกว่า ขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับปริมาณ NaHCO3 มากกว่า สำหรับระยะเวลาการหายจากภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 คือ 45.36 ± 33.12 ชั่วโมงไม่แตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้เวลา 52.8 ± 30.24 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 6.03 ± 2.96 วัน มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ใช้ระยะเวลา 5.44 ± 2.79 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.039) ในส่วนภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังการรักษามากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม

คำสำคัญ: ภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวาน, เบาหวานชนิดที่1, เบาหวานชนิดที่2

Abstract

A retrospective study was conducted on type 1 diabetes (T1DM) and type 2 diabetes (T2DM) patients who presented with diabetic ketoacidosis (DKA) and admitted at King Narai Hospital between June 1, 2019, to June 30, 2022. Data were collected from the inpatient database and the medical records in IPD charts. I included patients with biochemically confirmed DKA or euglycemic DKA (Serum ketone ≥ 3 mmol/L or urine ketone ≥ 2+, pH (arterial or venous) ≤ 7.3 or serum bicarbonate ≤ 18 mmol/L, and potentially anion gap ≥ 10 mmol/L). The study was approved by the Human Research Ethics Committee of King Narai Hospital.

Results: A total of 156 diagnosed DKA were analyzed (36 T1DM patients and 120 T2DM patients). Patients with T1DM were younger than patients with T2DM (mean age 28.36 ± 13.18 vs 53.88 ± 10.07 years, p-value 0.003). Patients with T2DM had a higher body mass index than patients T1DM. Initial plasma blood glucose was significantly higher in patients with T1DM compared to those with T2DM (554.58 ± 214.37 vs 437.02 ± 198.35 mg/dL, p-value 0.041). The main precipitating factor of DKA in both groups were infections. For the treatment of DKA, the mean volume of fluid replacements and the mean insulin requirements were

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

not different between group. But patients with T1DM received a higher of potassium replacements, while those with T2DM received more NaHCO3. After treatment, there was no difference in resolution time of DKA management between both groups. Patients with T2DM had a significantly longer length of stay more than the other group (6.03 ± 2.96 vs 5.44 ± 2.79 days, p-value 0.039). Hypoglycemia occurred in patients with T1DM more than patients with T2DM (14 of 36 patients vs 29 of 120 patients, p-value 0.018). The overall mortality rate of DKA was 3%

Keywords: Diabetic ketoacidosis, Type 1 diabetes, Type 2 diabetes.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของเกือบทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกเป็นผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 463 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน ส่วนจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยสำรวจโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน , 876,970 คน 941,226 คน และ 990,276 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าและรายใหม่จำนวน 10,416 ราย, 10,320 ราย และ 10,398 ราย ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่แผนกอายุรกรรม ปี 2562-2564 จำนวน 7,942 ราย, 7,300 ราย และ 8,432 ราย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1]

Diabetic ketoacidosis (DKA) คือ ภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 250 มก./ดล. ร่วมกับระดับคีโตนในเลือด ≥ 3 mmol/L หรือระดับคีโตนในปัสสาวะ ≥ 2+ และมีภาวะเลือดเป็นกรด (pH ≤ 7.3, Serum bicarbonate ≤ 15-18 mEq/L และอาจพบ Anion gap ≥ 10-12 mmol/L)[1] มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เนื่องจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจากปฏิกิริยาภูมิต้านทานของร่างกายตนเอง (Autoimmune) ทำให้ไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ และพบได้ไม่บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยหากพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักมีปัจจัยกระตุ้น ซึ่งปัจจัยที่พบมากที่สุด คือ ภาวะติดเชื้อรุนแรง และในปัจจุบันยังเกิดได้จากยาที่ใช้ในการรักษาเบาหวานเอง ได้แก่ ยากลุ่ม SGL2i (sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor) ซึ่งทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดแม้ระดับน้ำตาลจะไม่สูง (Euglycemic DKA)[2] อัตราเสียชีวิตจาก DKA ในสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษา น้อยกว่าร้อยละ 5 และอัตราการเสียชีวิตนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ อาจจะมากกว่าร้อยละ 20 ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีภาวะ DKA ประมาณร้อยละ 20 ถึง 25 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเบาหวานมาก่อน ซึ่งการเกิด DKA เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์และนำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน[2]

โดยจากสถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วย DKA ทั้งหมดที่มารักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า ในปี 2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วย 417 ราย, 398 ราย และ 492 ราย พบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยมีการวินิจฉัย DKA ร่วม จำนวน 39 ราย, 37 ราย และ 42 ราย ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ยังไม่มีการศึกษาถึงลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานมาก่อน รวมทั้งยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความ

ประสงค์จะศึกษาลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวาน และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน พัฒนาการแนวทางการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง (Retrospective study) ตั้งแต่ วันที่ 1 มิถุนายน 2562– 30 มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในวินิจฉัยมีภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่ วันที่ 1 มิถุนายน 2562–30 มิถุนายน 2565 จำนวน 1,870 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในวินิจฉัยมีภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวานในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่ วันที่ 1 มิถุนายน 2562–30 มิถุนายน 2565

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวาน (Diabetes ketoacidosis) ได้แก่ มีระดับน้ำตาลในเลือด > 250 มก./ดล. ร่วมกับระดับคีโตนในเลือด ≥ 3 mmol/L หรือระดับคีโตนในปัสสาวะ ≥ 2+ และมี Arterial หรือ Venous pH ≤ 7.3 หรือ serum bicarbonate ≤ 18 mmol/L และอาจพบ anion gap ≥ 10 mmol/L 3) ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะ Euglycemic diabetes ketoacidosis โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยเหมือนข้อ 2 แต่ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 250 มก./ดล.

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามเวชระเบียนได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan (1970)

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

X^2 = 3.84 คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 1,870 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวาน โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว ยาที่ใช้ ระดับน้ำตาล และ A1C ล่าสุดก่อนเข้ารักษาตัวโรงพยาบาล ชนิดโรคเบาหวาน

2. ข้อมูลทางคลินิก ปะกอบด้วย ระดับความรู้สึกตัว (consciousness) สัญญาณชีพ (vital signs) ระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ (Blood sugar) ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (Capillary blood glucose) HbA1c, Serum electrolyte, Serum creatinine, Serum ketone, ค่า pH จาก Arterial หรือ venous blood gas

3. ข้อมูลการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่วินิจฉัยจนถึง Resolution of DKA ประกอบด้วย ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ปริมาณอินซูลินทั้งหมดที่ได้รับทางหลอดเลือด ปริมาณโพแทสเซียมทั้งหมดที่ได้รับ ปริมาณ NaHCO3 ที่ได้รับ ยาที่ได้รับในระหว่างการรักษา DKA

4. ผลการรักษา ประกอบด้วย สาเหตุของ DKA ระยะเวลาที่หายจากการรักษาภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา DKA ได้แก่ pulmonary congestion/volume overload ภาวะโพแทสเซียมต่ำหรือสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะสมองบวม ระดับ Cr และ eGFR ก่อนและหลังรักษา ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล การเสียชีวิต

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาค

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างวิจัยในครั้งนี้ได้ ไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลการรักษา ผลการรักษา แจกแจงข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean)
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ลักษณะผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	**ชนิดเบาหวาน**		**p-value**
	ชนิดที่ 1 N=36 จำนวน (ร้อยละ)	**ชนิดที่ 2 N=120** จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
- หญิง	26 (72.2)	55 (45.8)	0.004
อายุ (ปี)	28.36 ± 13.18	53.88 ± 10.07	0.003
น้ำหนักตัว (กก.)	48.42 ± 15.24	56.01 ± 13.18	0.038
ดัชนีมวลกาย (กก./ม2)	23.05 ± 22.24	28.48 ± 19.23	0.004
โรคประจำตัว			
- ความดันโลหิตสูง	12 (33.3)	44 (36.7)	0.437
- โรคไตเรื้อรัง	3 (8.3)	11 (9.2)	0.590
- อื่นๆ	9 (25.0)	22 (18.3)	0.256
ยาที่ใช้			
- ยากลุ่ม sulfonylurea	-	65 (54.2)	
- ยากลุ่ม Biguanides	-	76 (63.3)	
- ยากลุ่ม Thiazolidinediones	-	18 (15.0)	
- ยากลุ่ม SGLT2 inhibitors	-	34 (28.33)	
- Insulin	36 (100.0)	98 (81.7)	0.008
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DKA	12 (33.3)	21 (17.5)	0.047

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วย DKA ทั้งหมด 156 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 36 ราย และเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 120 ราย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.2 แตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 45.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.04) อายุเฉลี่ยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 น้อยกว่าชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.36 ± 13.18 ปี และ 53.88 ± 10.07 ปี ; p-value 0.003) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีดัชนีมวลกาย 28.48 ± 19.23 กก./ม2 มากกว่าเบาหวานชนิดที่ 1 23.05 ± 22.24 กก./ม2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.004) โดยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มียาเบาหวานเดิมเป็นอินซูลินร้อยละ 100 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DKA มาก่อน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 แตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (21 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับโรคประจำตัวทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับในการวินิจฉัย DKA

ข้อมูลทางคลินิก	ชนิดเบาหวาน		p-value
	ชนิดที่ 1 (mean±SD)	ชนิดที่ 2 (mean±SD)	
สาเหตุของ DKA			
-การขาดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือ poor compliance	4 (11.1)	22 (18.3)	0.367
-ภาวะติดเชื้อ	23 (63.9)	76 (63.3)	0.948
-ภาวะตับอ่อนอักเสบ	9 (25.0)	22 (18.3)	0.256
-โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน	1 (2.8)	6 (5.0)	0.096
-การวินิจฉัยโรคเบาหวานครั้งแรก	3 (8.33)	25 (20.83)	0.047
ระดับความรู้สึกตัว			0.436
- Alert	18 (50.0)	55 (45.8)	
- Drowsiness	7 (19.4)	33 (27.5)	
- Stupor	2 (5.6)	11 (9.2)	
- Coma	9 (25.0)	21 (17.5)	
Euglycemic DKA	0	0	
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	554.58 ± 214.37	437.02 ± 198.35	0.041
ระดับ HbA1c (%)	13.09 ± 1.02	11.13 ± 0.86	0.074
ระดับ Serum creatinine ก่อนการรักษา(มก./ดล.)	0.99 ± 0.55	1.10 ± 0.56	0.457
ระดับ eGFR ก่อนการรักษา (มล./นาที/1.73 ม2)	86.79 ± 34.32	79.28 ± 35.49	0.865
ระดับ Serum Na (mmol/L)	128.63 ± 4.81	128.51 ± 4.72	0.953
ระดับ Serum K (mmol/L)	4.53 ± 0.94	4.61 ± 1.06	0.612
ระดับ Serum Cl (mmol/L)	92.97 ± 7.06	92.70 ± 7.30	0.750
ระดับ Serum HCO3 (mmol/L)	15.26 ± 6.35	14.39 ± 6.52	0.805
ระดับ Serum ketone (mmol/L)	3.85 ± 0.29	3.96 ± 0.40	0.540
ค่า pH	7.10 ± 0.23	7.03 ± 0.27	0.306

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (554.58 ± 214.37 มก./ดล. เปรียบเทียบกับ 437.02 ±

198.35 มก./ดล. ตามลำดับ) ส่วนระดับ HbA1C, serum creatinine, electrolyte และ pH ไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม โดยสาเหตุของการเกิด DKA ที่พบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่มคือภาวะติดเชื้อ (ร้อยละ 63.9 และร้อยละ 63.3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ตามระดับ) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบการวินิจฉัยโรคเบาหวานครั้งแรกร้อยละ 20.83 ซึ่งมากกว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (ร้อยละ 8.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้งสองกลุ่มไม่พบภาวะ Euglycemic DKA

ตารางที่ 3 ข้อมูลการรักษา DKA

ข้อมูลทางคลินิก	ชนิดเบาหวาน		p-value
	ชนิดที่ 1 (mean±SD)	**ชนิดที่ 2** (mean±SD)	
ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ (ml)	11,350 ± 40.53	10687 ± 39.78	0.771
ปริมาณอินซูลินที่ได้รับทางหลอดเลือด (unit)	108.67 ± 36.84	104.59 ± 38.86	0.293
ปริมาณโพแทสเซียมทั้งหมดที่ได้รับ (MEq)	75.50± 22.04	50.50 ± 9.47	0.008
ปริมาณ NaHCO3 ที่ได้รับ (MEq)	100.50 ± 4.98	120.00± 19.30	0.027

จากตารางที่ 3 แสดงถึงการรักษาภาวะ DKA พบว่า ปริมาณสารน้ำที่ได้รับและปริมาณอินซูลินที่ได้รับทางหลอดเลือดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ได้รับปริมาณโพแทสเซียม 75.50± 22.04 MEq มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับ 50.50± 9.47 MEq อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.008) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับปริมาณ NaHCO3 120.00± 19.30 MEq มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งได้รับ 100.50± 4.98 MEq อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.027)

ตารางที่ 4 ผลการรักษา DKA

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	ชนิดเบาหวาน		p-value
	ชนิดที่ 1 จำนวน (ร้อยละ)	**ชนิดที่ 2** จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่หายจาก DKA (ชั่วโมง)	45.36 ± 33.12	52.8 ± 30.24	0.155
ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล (วัน)	5.44 ± 2.79	6.03 ± 2.96	0.039
ระดับ eGFR หลังการรักษา (มล./นาที/1.73 ม2)	95.77 ± 30.36	91.96 ± 32.72	0.363
ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา DKA (ราย)			
-Pulmonary congestion	1 (27.8)	12 (10.0)	0.120
-ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (< 3.5 mmol/L)	11 (30.5)	23 (19.2)	0.159
-ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (<70 มก./ดล.)	14 (38.9)	29 (24.2)	0.018
-ภาวะสมองบวม	0 (0)	2 (1.7)	0.591
การเสียชีวิต	1 (2.77)	4 (3.33)	0.285

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ใช้ระยะเวลาการหายจาก DKA 45.36 ± 33.12 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้เวลา 52.8 ± 30.24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 6.03 ± 2.96 วัน มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ใช้ระยะเวลา 5.44 ± 2.79 วัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.039) ในส่วนภาวะแทรกซ้อน คือ Pulmonary congestion, ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และภาวะสมองบวมไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังการรักษา DKA มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอัตราการเสียชีวิต ไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะเลือดเป็นกรดคีโตนจากเบาหวาน (Diabetic ketoacidosis, DKA) เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวานที่มีอันตรายถึงชีวิต เพิ่มภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ทำให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราการเสียชีวิตในประเทศพัฒนาแล้วอยู่ที่ร้อยละ 3-5.7[3] ประเทศด้อยหรือกำลังพัฒนามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 26-41.3[4] สำหรับประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 5[5] กลไกการเกิด DKA เป็นผลจากร่างกายมีอินซูลินไม่เพียงพอร่วมกับการมีฮอร์โมนต้านอินซูลิน (Counter-regulatory hormones) เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ glucagon, catecholamines, cortisol, growth hormones

จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย DKA 156 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 36 ราย และเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 120 ราย ผู้ป่วยมีภาวะ DKA ปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe DKA) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มักมีประวัติเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DKA มาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[6] ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุเฉลี่ย น้ำหนักและดัชนีมวลกายมากกว่า มีการใช้ยาเบาหวานทั้งชนิดรับประทานและการฉีดอินซูลิน แตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ใช้การฉีดอินซูลินร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[5-6] และเป็นไปตามกลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 คือ การทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยผ่านขบวนการ cellular-mediated ทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ การรักษาจึงจำเป็นต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน สาเหตุการเกิดภาวะ DKA ที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ ภาวะติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[2] แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า เบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบร้อยละ 20.83 และร้อยละ 8.33 ตามลำดับ แตกต่างจากหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่าภาวะ DKA ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1[6-7] อาจเนื่องมาจากอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในประเทศไทย (5/100,000 ราย ในปี 2015) ต่ำกว่ายุโรปและอเมริกาเหนือ (12 to 32/10,000 ในปี 2021)[8-9] และมีบางการศึกษาที่ศึกษาในชาวเอเชียพบว่าภาวะ DKA ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[5,11-13] ในส่วนของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับในการวินิจฉัย DKA ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า[5,14] ที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่นำมาศึกษามีการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี เห็นได้จากมีระดับ HbA1C ที่สูงกว่ากลุ่มเบาหวานชนิดที่ 2 (HbA1C 13.09 ± 1.02% และ 11.13 ± 0.86%)

สำหรับการรักษา DKA ในด้านปริมาณสารน้ำและปริมาณอินซูลินที่ได้รับไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม แต่พบว่ากลุ่มเบาหวานชนิดที่ 1 มีแนวโน้มได้รับอินซูลินในปริมาณที่มากกว่า อาจเนื่องจากระดับน้ำตาลแรกรับที่สูงกว่า ส่งผลให้มีอัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจากการศึกษาในอดีตพบว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสามารถพบได้ในการรักษาผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดสูงขั้นวิกฤต (Hyperglycemic crisis) ร้อยละ 16-28 มักมีสาเหตุมาจากความชำนาญในการปรับยา

อินซูลิน ซึ่งควรปรับลดเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด <250 มก./ดล. ความถี่ในการเจาะระดับน้ำตาลขณะรักษา[15-16] ในการศึกษานี้ยังพบมีการให้ปริมาณโพแทสเซียมในกลุ่มเบาหวานชนิดที่ 1 มากกว่ากลุ่มเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีแนวโน้มมีระดับโพแทสเซียมแรกรับต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงอย่างไรก็ตาม ยังพบภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำจากการรักษา DKA ร้อยละ 30.5 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และร้อยละ 19.2 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ประมาณร้อยละ 55 ในการศึกษาก่อนหน้านี้[15] เป็นผลมาจากการให้โพแทสเซียมในสารน้ำน้อยเกินไป สำหรับปริมาณ NaHCO3 ที่ได้รับในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มมีระดับ HCO3 และ pH แรกรับต่ำกว่า รวมถึงการมีภาวะติดเชื้อ ซึ่งเป็นไปตามการให้ NaHCO3 ตามแนวทางของ Hyperglycemic Crises in Adults With Diabetes: A Consensus Report[2] และ Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021[17]

ระยะเวลาที่หายจากภาวะ DKA ไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม โดยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 45.36 ± 33.12 ชั่วโมง และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 52.8 ± 30.24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาย้อนหลังก่อนหน้านี้ “Diabetic Ketoacidosis Treatment Outcome and Associated Factors Among Adult Patients Admitted to the Emergency Department and Medical Wards at King Abdulaziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia” พบว่าระยะเวลาที่หายจากภาวะ DKA ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 24-72 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 53.81[18] แต่มีการศึกษาของประเทศไทยก่อนหน้านี้ใช้ระยะเวลาที่หายจากภาวะ DKA น้อยกว่า 24 ชั่วโมง[14] สำหรับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ใช้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีอายุน้อย ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ น้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[5,8,14] ในส่วนอัตราการเสียชีวิตของการศึกษานี้พบประมาณร้อยละ 3 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้[5,14] แต่อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาของประเทศไทยในปี 2018-2020 ที่ไม่พบอัตราการเสียชีวิต[19]

จากการศึกษาผู้ป่วย DKA โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดภาวะ DKA มีอายุเฉลี่ย และดัชนีมวลกายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะติดเชื้อเป็นสาเหตุหลักในการเกิด DKA ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ผลการรักษาทั้งสองกลุ่มยังมีระยะเวลาที่หายจาก DKA เกิน 24 ชั่วโมงค่อนข้างมาก และยังคงพบภาวะแทรกซ้อน ไม่ว่าจะเป็นระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ และการเสียชีวิต ซึ่งถึงแม้จะมีการศึกษาที่สอดคล้องกัน แต่ก็มีหลายการศึกษาที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นการมีแนวทางการรักษาภาวะ DKA ของโรงพยาบาลโดยปรับเปลี่ยนจาก consensus ของ The American Diabetes Association (ADA), European Association for the Study of Diabetes (EASD), Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care (JBDS), American Association of Clinical Endocrinology (AACE), Diabetes Technology Society (DTS) และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ข้อจำกัดของการศึกษาข้อแรก แพทย์ผู้รักษามีความหลากหลาย ทั้งแพทย์ใช้ทุน และอายุรแพทย์ โดยในผู้ป่วยบางรายได้รับ

การรักษาจากแพทย์หลายท่าน เนื่องจากเป็นช่วงรอยต่อระหว่างในเวลาและนอกเวลา ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาการรักษานาน ขณะที่ผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านเดียว อีกทั้งแพทย์แต่ละท่านมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแตกต่างกัน จึงมีผลต่อการรักษาและภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่ม ข้อสอง ไม่มีการเก็บข้อมูลเรื่องยาในการรักษาโรคหลักและโรคร่วมของภาวะ DKA ซึ่งอาจมีผลต่อระดับน้ำตาลและการรักษา DKA

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566; 1:1.
2. Umpierrez GE, Davis GM, Et al. Hyperglycemic Crises in Adults With Diabetes: A Consensus Report. Diabetes Care. 2024 Aug 1;47(8):1257-1275.
3. Nishikawa T, Kinoshita H, Et al. Clinical profiles of hyperglycemic crises: A single-center retrospective study from Japan. J Diabetes Investig. 2021 Aug;12(8):1359-1366.
4. Ibrahim A, Bayramoglu B, Et al. Lactate clearance during the first 2 hours after hospital admission: A useful biomarker for predicting 30-day mortality in patients with diabetic ketoacidosis. Int J Clin Pract. 2021 Jul;75(7):e14204.
5. Thewjitcharoen Y, Plianpan P, Chotjirat A, et al. Clinical characteristics and outcomes of care in adult patients with diabetic ketoacidosis: a retrospective study from a tertiary diabetes center in Thailand. J Clin Transl Endocrinol. 2019;16:100188.
6. Keler M, Vlasov P, Et al. Hospitalization Outcomes of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Complicated with Diabetic Ketoacidosis. Isr Med Assoc J. 2024 Oct;26(9):566-571.
7. Davis TME, Davis W. Incidence and associates of diabetic ketoacidosis in a community-based cohort: the fremantle diabetes study phase II. BMJ Open Diabetes Res Care. 2020;8(1).
8. Ooi E, Nash K, Rengarajan L et al. Clinical and biochemical profile of 786 sequential episodes of diabetic ketoacidosis in adults with type 1 and type 2 diabetes mellitus. BMJ Open Diabetes Res Care. 2021;9(2).
9. Rittiphairoj T, Owais M, Ward ZJ, et al. Incidence and prevalence of type 1 diabetes and diabetic ketoacidosis in children and adolescents (0–19 years) in Thailand (2015–2020): a nationwide population-based study. Lancet Reg Health West Pac. 2022;21:100392.
10. Gregory GA, Robinson TIG, Linklater SE, et al. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022;10(10):741–60.
11. Yan SH, Sheu WH, Song YM, et al. The occurrence of diabetic ketoacidosis in adults. Intern Med. 2000;39(1):10–4.
12. Charoenpiriya A, Chailurkit L, Ongphiphadhanakul B. Comparisons of biochemical parameters and diabetic ketoacidosis severity in adult patients with type 1 and type 2 diabetes. BMC Endocr Disord. 2022;22(1):7.
13. Shahid W, Khan F, Makda A, et al. Diabetic ketoacidosis: clinical characteristics and precipitating factors. Cureus. 2020;12(10):e10792
14. Mookpaksacharoen O, Choksakunwong S, Lertwattanarak R. Comparison of clinical characteristics and treatment outcomes between initially diagnosed type 1 and type 2 diabetes mellitus patients presenting with diabetic ketoacidosis. BMC Endocr Disord. 2024 Jul 15;24(1):114.

15. Dhatariya KK, Nunney I, et al. National survey of the management of Diabetic Ketoacidosis (DKA) in the UK in 2014. Diabet Med. 2016 Feb;33(2):252-60.
16. Pasquel FJ, Tsegka K, Et al. Clinical Outcomes in Patients With Isolated or Combined Diabetic Ketoacidosis and Hyperosmolar Hyperglycemic State: A Retrospective, Hospital-Based Cohort Study. Diabetes Care. 2020 Feb;43(2):349-357.
17. Evans L, Rhodes A, Et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021 Nov;47(11):1181-1247.
18. Alotaibi A, Aldoukhi A, Albdah B, et al. Diabetic ketoacidosis treatment outcome and associated factors among adult patients admitted to the emergency department and medical wards at King Abdulaziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia. Cureus. 2020;12(8):e10067.
19. Charoenpiriya A, Chailurkit L, Ongphiphadhanakul B. Comparisons of biochemical parameters and diabetic ketoacidosis severity in adult patients with type 1 and type 2 diabetes. BMC Endocr Disord. 2022;22(1):7.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

The Effectiveness of Health Behavior Modification Program Complying with 3E Program in patient hypertensions who cannot control their blood pressure levels, Tai Talad Subdistrict, Mueang District, Lopburi Province.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

นิพล รวมเจริญ[1] สุนี รวมเจริญ[1]
Nipol Ruamjaroen [1,] Sunee Ruamjaroen[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ที่มีผลต่อความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของผู้ป่วย พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้ป่วยตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วยจำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด แบบสอบถามก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ระดับน้อย และเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางหลังได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความดันโลหิตลดลง มากกว่าก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean=131.52 SD=12.26/75.98 SD=7.01)

คำสำคัญ: ประสิทธิผล, โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ., ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง;

ABSTRACT

The purpose of this quasi – experimental research was to study the effectiveness of health behavior modification program complying with 3 E program in patient hypertensions who cannot control their blood pressure levels. The sample group used in the research consisted of 30 patients in Tambon Tai Talat, Mueang District, Lopburi Province. Select samples based on specified eligibility criteria. The instrument used for pre- and post-program questionnaires and blood pressure recording form. Frequencies, percentage, mean, standard deviation, paired t-test were comparison of data analysis.

The results of this study were as follows: Effectiveness after the receiving health behavior 3 E program; hypertensive patients had behaviors to control blood pressure levels higher level after receiving the program than before receiving the program. The mean scores of knowledges; disease severity perception, disease risk perception, and outcome expectation regarding hypertension of hypertensive patients that after receiving the program were significantly increased at .05 level. The scores had of knowledges about health control; blood pressure, food consumption and exercise better before receiving the program were significantly

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายตลาด, จังหวัดลพบุรี

different at .05 level and after receiving the program had lower blood pressure levels than before receiving the program at .05 levels (Mean=131.52 SD=12.26/75.98 SD=7.01).
Keywords: Effectiveness; Modification Program Complying with 3 E Program; patient hypertensions

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสนใจมากในการที่ป้องกันควบคุมไม่ให้ขนาดอัตราชุกของโรคเพิ่มมากขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO)[1] ในปี 2023 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงทั่วโลก โดยมีผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คนที่เป็นโรคนี้ ซึ่งคิดเป็นจำนวนประชากรทั่วโลกประมาณ 1.3 พันล้านคน ซึ่งผู้ป่วย 4 ใน 5 รายไม่ได้รับการดูแลรักษา ที่เพียงพอและจะนำไปสู่ความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจล้มเหลว และไตวาย แต่หากประเทศต่างๆ สามารถยกระดับความครอบคลุมของการรักษา เราจะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของประชากรได้ถึงจำนวน 76 ล้านราย ในช่วงปี พ.ศ. 2573-2593[2]

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเราสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยการ ใช้ยาสามัญและราคาไม่สูง แต่กลับมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 รายที่สามารถควบคุมความดันได้ แผนงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงยังคงถูกละเลย ไม่ได้รับความสำคัญ และโดยมากขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนต่อเนื่อง การเสริมสร้างการควบคุมความดันโลหิตสูงควรจะเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางสู่ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละประเทศ โดยมีพื้นฐานมาจากระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เท่าเทียมและยืดหยุ่นได้ ตลอดจนต่อยอดมาจากบริการสุขภาพปฐมภูมิ อายุที่มากขึ้นและกรรมพันธุ์อาจเพิ่มความเสี่ยงของการมีความดันโลหิตสูง แต่ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงการไม่ขยับเขยื้อนเคลื่อนไหว และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเกินไป สามารถเพิ่มความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงได้[2]

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านราย จากระบบรายงานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมของประเทศ ปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7 ล้านราย และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีจำนวนมากถึง 2.8 ล้านราย การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่ควบคุมได้ด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะสามารถหยุดยาได้ตามแพทย์เห็นสมควร การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำได้โดยการลดน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายไม่ควรเกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง ประชาชนทั่วไปควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ป่วยไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายสะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3-5 วัน ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้[3]

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 611,058 ราย, 628,229 ราย และ 652,390 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 14.55, 14.96 และ 15.54 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม

โรคได้ดีเพียงร้อยละ 35.10, 33.89 และ 37.61 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดลพบุรี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 95,511 ราย, 98,256 ราย และ 100,699 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 20.01, 20.58 และ 21.09 ตามลำดับ และยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีเพียงร้อยละ 37.17, 33.67 และ 40.00 ตามลำดับ ส่วนของอำเภอเมืองลพบุรี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 26,328 ราย, 26,835 ราย และ 27,678 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 18.27, 18.63 และ 19.21 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีเพียงร้อยละ 24.60, 12.42 และ 19.28 ตามลำดับ[4]

ในส่วนของตำบลท้ายตลาดที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายตลาด พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 478 ราย ,513 ราย, 518 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 19.62, 21.05 และ 21.94 และพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีเพียงร้อยละ 47.29, 46.01 และ 57.34 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2567 ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ถึง 250 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.55[4] ซึ่งเป้าหมายในการดูแลกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ควบคุมความดันโลหิตได้ คือเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60 จะเห็นได้ว่าผลงานทั้งในเขตบริการสุขภาพที่ 4 จังหวัดลพบุรี อำเภอเมืองลพบุรี และตำบลท้ายตลาดที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายตลาด ยังไม่บรรลุเป้าหมาย การลดลงของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะสามารถช่วยลดอัตราป่วย และอัตราตาย จากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนั้น การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และทฤษฎีการดูแลตนเอง ประกอบด้วยตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในผลลัพธ์[5] ร่วมกับการดูตนเองโดยเน้นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้ ซึ่งเป็นแนวคิดการที่ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เกิดโรคต้องได้รับการรักษา ได้รับอันตรายหรือทุพลภาพ อันเป็นเหตุทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ซึ่งการที่จะกระทำเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองในตัวบุคคลจะต้องมีการสร้างแรงจูงใจกระทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่จะได้ผลดี ทำให้เกิดการปฏิบัติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค โดยการออกแบบกิจกรรมการให้สุขศึกษาและการแนะนำการปฏิบัติที่เหมาะสม ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด พร้อมกับการที่ผู้ป่วยได้มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้[6] ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในการเชื่อมโยงการสร้างความสนใจ ความตระหนักการจัดการเรียนรู้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้ที่ไม่ได้ศึกษาด้านการดื่มสุราและ สูบบุหรี่ร่วมด้วย เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 2 ประเด็นนี้ ต้องใช้ระยะเวลามากกว่า 12 สัปดาห์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษาของธนะวัฒน์ รวมสุก และคณะ[5] ได้กล่าวไว้ว่าการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเลิกดื่มสุราสูบบุหรี่ จะต้องมีการติดตามเป็นระยะ โดยใช้เวลานาน 6 เดือน ถึง 12 เดือน จึงจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวอย่างได้ผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้หลัก 3 อ. มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายตลาด จึงมีความสนใจ การศึกษาการใช้หลัก 3 อ.ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ในการจัดกิจกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทฤษฎีการดูแลตนเองมาใช้ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่ตำบลท้ายตลาด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง **ระยะเวลา** ระหว่างวันที่ 13 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง รับประทานยาและมาตรวจตามนัดแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีระดับค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงหรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่แพทย์ระบุ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางการมองเห็น และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้ปกติ การได้ยินปกติ การมองเห็นปกติและเคลื่อนไหวได้ปกติ

4. ไม่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

5. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ขณะเข้าร่วมโปรแกรมมีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มม.ปรอท

2. ขณะเข้าร่วมโปรแกรมต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

3. ย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 อำนาจการทดสอบก่อนวิจัย (Priori

Power Analysis) กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I Error) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 อ้างใน ตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพล Jacob Cohen (1977) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการออกจากการวิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 30 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากการคัดเลือกตามเกณฑ์เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 30 คน โดยกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท้ายตลาด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ของ วิไลวรรณ ภูศรีเทศ[6]และโปรแกรม HEALTHY DM ของสถาบันพัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวม[6] ประกอบด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจ 2) กิจกรรมวิเคราะห์ตนเองด้วยปิงปอง 7 สี 3) กิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4) กิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวัง 5) กิจกรรมกระตุ้นเตือนและรู้ไปต่อ จำนวน 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลในครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการควบคุม ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และความรู้เรื่องการจัดการความเครียด จำนวน 13 ข้อ ตอบถูก 1 คะแนน และ ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อ้างถึงในวิไลวรรณ ภูศรีเทศ, 2564)[6] ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก คะแนนระหว่างร้อยละ 60.1-79.9 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 21 ข้อ ตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 17 ข้อ มี 6 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกวัน/สัปดาห์ 5 คะแนน 6 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน 5 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน 3-4 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน 1-2 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ/สัปดาห์ 0 คะแนน โดยมีทั้งด้านบวกและด้านลบ 2.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต การบันทึกระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (ความดันซีสโตลิก) และค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (ความดันไดแอสโตลิก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่ได้ออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องตามศาสตร์และเนื้อหาต่อการวัด และประเมินผล จำนวน 3 ท่าน ตรวจความเที่ยงตรงของวัตถุประสงค์ เนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content Validity) โดยวัดความสอดคล้อง ข้อคำถามในแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์แล้ว

รายงาน เป็นค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00

2. การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น เพื่อดูความเที่ยงตรงและความเชื่อมนั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ โดยเกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟาควรมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 19[7] โดยผู้วิจัยได้นำเอาแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจ จากผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบกับกลุ่ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขันหมาก อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน เพื่อดูความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า KR-20 ในแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.72 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ในแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ มีค่าเท่ากับ 0.86 และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของกลุ่มตัวอย่างประชากร 1 กลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ α = .05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test นัยสำคัญทางสถิติ α = .05

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test นัยสำคัญทางสถิติ α = .05

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินหลังจากการได้อนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี รหัสงานงานวิจัย KNH 44/2567 วันที่ให้การรับรอง วันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.60 มีอายุ ระหว่าง 44-59 ปี ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.30 อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.71 ประกอบอาชีพเกษตรกร และรับจ้าง ร้อยละ 36.60 มีผู้ดูแลหรือมีสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วย ร้อยละ 93.30 และกลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยค่าเฉลี่ย 8.13 ปี และระยะเวลาการเจ็บป่วย มากที่สุด ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 40.00

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงผลการเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในผลลัพธ์ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 3.03 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 3.60 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 4.16 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 4.56 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการจัดการความเครียด ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 3.03 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 3.76 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้าน การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวัง ในผลลัพธ์ ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 24.30 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 26.23 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 24.73 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 26.56 ค่าเฉลี่ยคะแนนการคาดหวังในผลลัพธ์ ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 27.46 และหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 29.03 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการคาดหวังในผลลัพธ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้

4. ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตน เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนเอง เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 49.16 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 55.83 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตน ด้านการบริโภคอาหาร ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 17.93 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 20.13 ด้านการออกกำลังกาย ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 19.90 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 16.30 ด้านจัดการความเครียด ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 18.33 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 19.40 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านออกกำลังกาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการจัดการความเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยสรุปรวมทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 49.16 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 55.83 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตน เพื่อ ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

5. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 145.36 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 131.51 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 82.56 และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 75.97 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการ ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 และเมื่อนำคะแนนมาจัดตามเกณฑ์ พบว่า หลังการรับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดีขึ้น ซึ่ง

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ที่เกิดขึ้นเป็น การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้จากร้อยละ 84.60 สูงขึ้นเป็นร้อยละ 92.30 แสดงให้เห็นถึง ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ต่อการเพิ่มคะแนนความรู้เกี่ยวกับการ ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยเลือกจัดกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรค ในการเสริมสร้างความเข้าใจโดยใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้ตามหลัก 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ผ่านการนำเสนอใช้สื่อวีดีโอพร้อมการบรรยาย ตามโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในวัยสูงอายุที่ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลและได้รับการศึกษา มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้มีความสนใจต่อการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาริกา กรงทอง และ พงษ์พิมาย เกิดเกตุ[8] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.30) กับ บุณย์ลิตา กิจสุดแสง[9] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับความรู้เรื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.14

2. การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในผลลัพธ์ จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการรับโปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อนำคะแนนมาจัดตามเกณฑ์ พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในผลลัพธ์ อยู่ในระดับดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ จากร้อยละ 76.19 สูงขึ้นเป็นร้อยละ 81.90 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ต่อการเพิ่มคะแนน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งผู้วิจัยเลือกจัดกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ การวิเคราะห์ตนเองด้วย ปิงปอง 7 สี โดยใช้วิธีการบรรยายเปรียบเทียบระดับค่าความดัน กับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล และ กิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวัง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองจากบุคคลต้นแบบ เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจและเป้าหมายของการดูแลสุขภาพตามความสามารถและเหมาะสมกับตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ธะประวัติ, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, และศิริวิทย์ หลิ่มโต ประเสริฐ[10] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบ่งตามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังทดลอง เป็น 60.74 85.83 74.42 สูงกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบ่งตามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

t = 12.67, 10.23, 12.48, (Sig. =0.001, 0.046, 0.047) ตามลำดับ

3. การปฏิบัติตน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการรับโปรแกรมผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อนำคะแนนมาจัดตามเกณฑ์ พบว่า หลังการรับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลง ระดับการปฏิบัติตนจากร้อยละ 57.60 สูงขึ้นเป็นร้อยละ 64.70 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ต่อการเพิ่มคะแนนการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยเลือกจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. และกิจกรรมการติดตามกระตุ้นเตือน โดยใช้วิธีการติดตามให้กำลังใจ แนะนำการดูแลสุขภาพ และการบันทึกระดับค่าความดันโลหิตสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ และ อสม. ในแต่ละหมู่ร่วมดำเนินการได้ให้ข้อมูลระดับค่าความดันโลหิตของแต่ละบุคคลทราบจากการปฏิบัติตนในแต่ละสัปดาห์ จึงทำให้ผู้ป่วยได้เห็นผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพในเชิงบวกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, สุมิตรพร จอมจันทร์ และ ณิชชา ทิพย์วรรณ [11] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ การจัดกิจกรรมแบบรายกลุ่มโดยการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกทักษะเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และขณะหัวใจคลายตัว จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และขณะหัวใจคลายตัวลดลง ซึ่งก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า หลังการรับโปรแกรมมีระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และ ขณะหัวใจคลายตัว อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยการเปลี่ยนแปลงด้านระดับค่าความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยขณะหัวใจบีบตัว ก่อนรับโปรแกรม 145.36 หลังรับโปรแกรม ลดลงอยู่ที่ 131.51 และค่าเฉลี่ยขณะหัวใจคลายตัวก่อนรับโปรแกรม 82.56 หลังรับโปรแกรมลดลงอยู่ที่ 75.97 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา อุบลสะอาด [12] ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริม ความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการความเครียด ให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยหรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงมากยิ่งขึ้น

2. หน่วยงานสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดให้มีการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและสามารถบำบัดโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการจัดการความเครียด เนื่องจากโรคความดัน

โลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง จึงควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

3. ส่งเสริมการจัดการความเครียด เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

4. หน่วยงานสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดให้มีสถานที่ และอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกระจายให้ครอบคลุมทั้งตำบล

5. จัดกิจกรรมการจัดการความเครียด กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเสี่ยง

6. ควรมีการติดตามผู้ป่วย เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดปฏิบัติและประเมินผลทางสุขภาพ ตลอดจนเพื่อเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาควรมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อประเมินรูปแบบที่มุ่งเน้นการจัดการความเครียดและแนวทางการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาเรื่องการดูแลตนเองตนเองตามหลัก 3 อ. (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด) ควรเพิ่มหลัก 2 ส. (งดการดื่มสุรา และสูบบุหรี่) เพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก (WHO). โรคความดันโลหิตสูงhttps://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it. 2023.
2. องค์การอนามัยโลก. ครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอราย งานของผลกระทบอันร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งโรคนี้. https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it. 2566
3. กรมควบคุมโรค. โรคความดันโลหิตสูงhttps://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52. 2567
4. Dashboard Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จาก https://lri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php สืบค้น 31 พฤศจิกายน 2567
5. ธนะวัฒน์ รวมสุก, สุรินธร กลัมพากร, และทัศนีย์ รวิวรกุล. ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.วารสารพยาบาล, 2561, 67(1), 1-10.
6. วิไลวรรณ ภูศรีเทศ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยตำบลนาอิน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 2564
7. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2544). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรม. 2544. โรงพิมพ์สามลดา.
8. ทาริกา กรงทอง และ พงษ์พิมาย เกิดเกตุ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารนวัตกรรมสื่อและการสื่อสาร.2566, 2(2), 35-44
9. บุณย์ลิตา กิจสุดแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับความรู้เรื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 2566, 3(1), 34-53.
10. ศิริรัตน์ ธะประวัติ, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และศิริวิทย์ หลิ่มโตประเสริฐ. ประสิทธิผลของโปรแกรม สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 2564, 18(2), 290-303.
11. พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, สุมิตรพร จอมจันทร์ และ ณิชชา ทิพย์วรรณ . ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์.2564, 13(2), 59-72
12. อภิญญา อุบลสะอาด. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566, 9(1), 596-605

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

Factors related to self-care behavior of patients with type II diabetes mellitus, Ban Bangoor Sub-district Health Promoting Hospital Banna District, Nakhonnayok Province.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

สาคร นันทโกวัฒน์[1] นิลภา จิระรัตนวรรณะ[2]
Sakhon Nuntagowat[1] Ninlapa Jirarattanawanna[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 195 คน ระยะเวลาการวิจัยระหว่าง เดือนธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัย โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient)

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.369, p<.01) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.208, p<.01) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.164, p<.05) และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.161, p<.05) ปัจจัยนำ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.217, .233, .298 p<.01) ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.276 p<.01)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

The survey research aimed to examine 1) self-care behavior and 2) factors related to self-care behavior of type 2 diabetes patients at Ban Bang O Subdistrict Health Promoting Hospital, Ban Na District, Nakhon Nayok Province. The sample consisted of 195 type 2 diabetes patients in Bang-Or Subdistrict, Ban-Na District, Nakhon-Nayok Province. The research period was between December 2024 - February 2025. The research instrument was a questionnaire. The data on personal factors and factors were analyzed using descriptive statistics. The relationship between personal factors, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with self-care behavior was analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The results of the study found that the factors were positively related to the self-care behavior of type 2 diabetes patients by personal factors were age, which was statistically significant (r =. 369 , p <. 01), and marital status, which was statistically significant (r =. 164 , p <. 05). The factors that were negatively

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

[2] ผศ.ดร. คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Corresponding author

related to the self-care behavior of type 2 diabetes patients were education level, which was statistically significant (r = -. 208, p <. 01), and monthly income, which was statistically significant (r = -. 161, p <. 05). The leading factors were positively related to the self-care behavior of type 2 diabetes patients in terms of knowledge of diabetes, perception of diabetes severity, perception of benefits and barriers, which were statistically significant (r =. 217, . 233 , . 298 p <. 01). The enabling factor; access to health services, was positively related to the self-care behavior of type 2 diabetes patients with statistically significant (r =. 276 p <. 01).

Keyword: self-care behavior, type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนทั่วโลก โรคเบาหวานหรือ Diabetes เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย เป็นหนึ่งในโรคที่อันตราย สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงวัย เนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป สาเหตุของโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตประจำวันของปัจเจก โดยสาเหตุหลัก ๆ ของโรคมาจากปัญหาด้านอินซูลินในร่างกายที่มีน้อยกว่ามาตรฐาน ทำให้น้ำตาลในร่างกายมีปริมาณมากกว่าปกติ อีกทั้งเบาหวานเมื่อเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคเบาหวานนั้นยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลกระทบต่อร่างกาย รวมถึงระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ได้แก่ ภาวะเบาหวาน ขึ้นตา เนื่องจากน้ำตาลในเลือดมีปริมาณมากจนทำให้เส้นเลือดที่จอตาเกิดความเสียหาย หากปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นได้ หรืออาจจะเป็นต้อกระจกก่อนวัย ประสาทตาหรือจอตาเสื่อม ตามัว ปลายมือและปลายเท้าชา เกิดแผลได้ง่าย อาจก่อให้เกิดความพิการ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีภาวะไตเสื่อม ไตวายเรื้อรัง ติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิต้านทานต่ำ ภาวะคีโตซีส ผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตสูง อัมพาตและหัวใจขาดเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก โรคเบาหวานนอกจากจะเป็นปัญหาของสุขภาพทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยนอกจากการดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ การจัดการภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ แล้วยังจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่สุด สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF : International Diabetes Federation) องค์การอนามัยโลกได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานออกเป็น 6 ชนิด คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคเบาหวานชนิดผสมระหว่างชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ โรคเบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ และโรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้เมื่อได้รับการวินิจฉัย (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทยพบโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 มากที่สุด โดยพบประมาณร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทั้งหมด[1]

ในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรวม 537 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 643 ล้านคนทั่วโลก หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 46[2] สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลในปี 2564 พบประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 6.06 ล้านคน ในปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงการรักษาในสถานบริการภาครัฐ จำนวนถึง 3.45 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 22.58 คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปีพ.ศ.2583 (สมาคมโรคเบาหวานแห่ง

ประเทศไทย และสมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย., 2566) สำหรับจังหวัดนครนายก พบผู้ป่วยเบาหวานในปี 2565 – 2567 จำนวน 17,798, 18,542 และ 19,111 คน คิดเป็นร้อยละ 9.35, 9.89 และ 10.43 ตามลำดับ ซึ่งอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกพบผู้ป่วยเบาหวานในปี 2565–2567 แนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 4,647, 4,898 และ 5,057 คน คิดเป็นร้อยละ 8.57, 9.50 และ 10.09 ตามลำดับ จากแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จะมีเพิ่มขึ้น เป็นสัญญาณเตือนที่แสดงให้เห็นว่าการใส่ใจเรื่องสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามอย่างยิ่ง โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นแล้วจะต้องรู้จักที่จะจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสมและไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก พบผู้ป่วยเบาหวานในปี 2565 – 2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 368, 392, และ 395 คน คิดเป็นร้อยละ 10.96, 11.72 และ 12.19 ตามลำดับ จากการสำรวจภาวะสุขภาพปีงบประมาณ 2567 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 358 คน คิดเป็นร้อยละ 74.43 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1C) ได้มีเพียง 144 คน คิดเป็นร้อยละ 36.46 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 29.37 และระดับไขมัน LDL < 100 mg/dl จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 62.76[3] จากข้อมูล จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งหลักสำคัญของการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มักพบปัญหาจากการไม่ควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง ไม่ออกกำลังกาย การขาดยา หรือขาดนัดพบแพทย์

ดังนั้นผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปจัดรูปแบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 395 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. อายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้วันเวลา สถานที่และบุคคลได้

4. สามารถเข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้

5. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูดและการสื่อสาร

2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ของเครซี่และมอร์แกน (KreJcie and Morgan.1970,อ้างใน วัลลภ, 2562) จำนวน 195 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยหาสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำมาจัดทำบัญชีรายชื่อและกำหนดเลขที่ของรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคน โดยเริ่มจากหมายเลข 1 ถึงหมายเลข 395 ซึ่งเรียงตามลำดับของรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ทุกคน จากหมู่ที่ 1 ถึง หมู่ ที่ 14 ตรวจสอบความถูกต้องของหน่วยประชากรให้มีเลขที่กำกับทุกคน จากนั้นนำหมายเลขทั้ง 395 หมายเลขใส่ลงในกล่องทึบแสง และเลือกตัวอย่างโดยวิธีจับฉลากจากกล่องจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสร้างขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และ โรคประจำตัวอื่น ๆ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และด้านการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ รวมจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น

1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีลักษณะคำถาม แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ใช้วิธีการประเมินของบลูม[4] คือ ร้อยละ 80 –100 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับสูง ร้อยละ 60 –79 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับปานกลาง ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับต่ำ

2) การรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีข้อคำถามด้านบวกรวมทั้งสิ้นจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ท[5] แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท[5] โดยแบ่ง

ระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคำถามจำนวน 5 ข้อ ข้อคำถาม ด้านบวก 4 ข้อ (1, 2, 4, 5) ด้านลบ 1 ข้อ (3) เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท[5] โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ท[5] โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ (Expert Judgment) จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้องของข้อมูล แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามเพื่อความถูกต้องด้านภาษา ความเที่ยงตรงและครอบคลุมเนื้อหา ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำมาคำนวนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) กำหนดค่า IOC ที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.70- 0.90

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง ไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบวัดความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาด (Cronbarch coefficient) กำหนดค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.70 - 0.90 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ 1) ด้านปัจจัยนำ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ .70 2) การรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ .851 3) ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เท่ากับ .810 4) ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .931 และ 5) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ .77

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (descriptve statistics) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยรายด้าน รายข้อ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จังหวัดนครนายก และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมีมติเห็นชอบรับรองโครงการวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการ การวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2024 - 033 วันที่รับรอง 16 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.77 อายุเฉลี่ย 63.44 ปี (S.D.=7.94) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี ร้อยละ 43.08 จบการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 65.13 อยู่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.64 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,587.18 บาท (S.D.=6,590.75) ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 32.31 โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด คือ 2,000 บาท และสูงสุด 50,000 บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 33.85 โดยระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 36 ปี ($\overline{x}$ = 9.86 ,S.D.=6.6.) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 55.38 และมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 44.62 ซึ่งส่วนใหญ่ภาวะแทรกซ้อน คือ อาการชาปลายมือ-เท้า ร้อยละ 24.10 รองลงมาไตเสื่อม ร้อยละ 11.28 มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่โรคประจำตัวร่วม คือ ความดันโลหิตสูงและไขมัน ร้อยละ 61.03 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 6.67 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.15 ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย ตัวแปรต้น ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ๆ ปัจจัยนำ ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้านการรับรู้สุขภาวะของผู้ป่วย ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับประทานยา พบว่า มีตัวแปรอิสระบางตัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ (r=.369, p<.01) และสถานภาพสมรส (r=.164, p<.05) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ระดับการศึกษา (r=-.208, p<.01) และรายได้ต่อเดือน(r=-.161, p<.05) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยนำ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.217, .233, .298 p<.01)

ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.276 p<.01)

ส่วนตัวแปร ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ๆ ปัจจัยนำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ ปัจจัยเสริม การได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ[6] และ วิโรจน์ ตรีมงคล [7] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนอนเหนือ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับเหมาะสม เช่นเดียวกับ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลขั้นไดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร[8] และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขมิ้น อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี (นาตยา ดวงประทุม และ เฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์)[9] ต่างกับ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย (สุดา อักษรดิษฐ์ และ ดลนภา ไชยสมบัติ)[10] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ ยวิษฐา สุขวาสนะ และคณะ[11] พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก รายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรับประทานยา ต่างกับ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง[12] พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ปัจจัยเอื้อ คือ ด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จึงมีประสบการณ์มากในการดำเนินชีวิต มีประสบการณ์ในการเรียนรู้สำหรับการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความรู้ ความเข้าใจและมีความตระหนักเกี่ยวกับ

โรคที่ตนเองเป็น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ในกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว[13] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบ เช่นเดียวกับ ศศิวรรณ ขันทะชา และเบญจา มุกตพันธ์[14] ที่ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสถานภาพสมรสเป็น คู่ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่มีครอบครัว คนรัก จะมีคนดูแลและกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษา พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15]

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง จบการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการศึกษาที่ต่ำลง จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่ำลงด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะส่งเสริมให้แสวงหาความรู้ นำมาสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกับ การศึกษาของ รัชนี วุฒา[16] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีรายได้ต่อเดือนน้อยลง จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยลงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่ายจังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน[9]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับความรู้สูง แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้มากขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำ (r=0.339) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)[17] ต่างกับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่มากขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น สอดคล้องกับ อภิชัย คุณีพงษ์[18] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า มี 4 ปัจจัย คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเอง สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 60.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ต่างกับ การศึกษาของ นิชาภา เหมือนภาค และคณะ[19] ได้ศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านการรับรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่มากขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรค สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[20]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก[21] เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึง

แหล่งบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[22]

ส่วนตัวแปร ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดปุรณาวาส กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ[23] และปัจจัยนำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลกลางเวียงอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค[24]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ยังคงมีผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับต่ำ หน่วยงานภาครัฐ และบุคลากรทางการแพทย์ ควรส่งเสริมให้ความรู้เพิ่มเติม โดยการจัดอบรมผู้ป่วย ครอบครัว ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มคนแต่ละกลุ่มแต่ละบุคคลในชุมชน ได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น

2. จากการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมักได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านในระดับที่น้อย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมให้ความรู้ และสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้ช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่คอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยเบาหวานได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. สำนักงาน
2. The International Diabetes Federation. (2024). About diabetes: Facts & figures. https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts- figures/
3. สาธารณสุขจังหวัดนครนายก. (2567). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). https://nyk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. Bloom, B. S. (1971). Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. McGraw Hill.
5. Likert, R. A. (1932). Technique for the Measurement of Attitudes [Dissertation]. Columbia University Press.

6. สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารโรคและภัยสุขภาพ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, ปีที่ 14.
7. วิโรจน์ ตรีมงคล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนอนเหนือ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 2(2), 83-108.
8. กัลยา กุระนามและคณะ. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลขั้นไดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 7(2), 81-94.
9. นาตยา พีระวรรณกุล. (2565). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่ายจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 3(3).
10. สุดา อักษรดิษฐ์ และดลนภา ไชยสมบัติ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ปีที่ 10,โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย.
11. ยวิษฐา สุขวาสนะ และคณะ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, ปีที่ 11
12. ดวงรัตน์ หาญพุฒ และนวลพรรณ ระโหฐาน. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,2(2).
13. ธีร์ธวัช บรรลือคุณ และ นฤมล พรมมา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว, ปีที่ 37.
14. ศศิวรรณ ขันทะชา และเบญจา มุกตพันธ์. (2564). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. ศรีนครินทร์เวชสาร. กลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
15. ไกรพิชิต ปรุงฆ้อง. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร, 23(3).
16. รัชนี วุฒา. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 9(1)
17. สุนิสา ทูโมสิก และคณะ. (2566). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด 2 โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2).
18. อภิชัย คุณีพงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารกรมการแพทย์, 43(3).
19. นิชาภา เหมือนภาค และคณะ. 2564). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 2(4).
20. สุพรรษา สุวรรณสิรินนท์ และรัฐพล ไกรกลาง. (2566). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(3).
21. ปณภัช ประสานวรกิจการ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(3).
22. ศิริรัตน์ ศิริจันทร์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 6(2).

23. อุดมพร ยิ่งไพบูลย์สุข และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดปุรณาวาส กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, 4(4)
24. ทนิน ฟักรักษา. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลกลางเวียงอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุขแพร่ เพื่อการพัฒนา, 1(1).

ประสิทธิภาพของ Human factor engineering ต่อกระบวนการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

Efficiency of Human factor engineering to the reporting report of Lamphun hospital laboratory

(Received: February 15,2025 ; Revised: February 25,2025 ; Accepted: February 28,2025)

พัชรี โนโชติ[1]
Patcharee Nochod[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบการแจ้งเตือนจากระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่ออกแบบโดยการนำหลักการของ Human factor engineering มาประยุกต์ใช้กับระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อลดการรายงานผลผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน โดยการศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ(Laboratory information system: LIS) จากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลลำพูน (Healthcare risk management system : HRMS) ตั้งแต่ปี 2565-2567 โดยเปรียบเทียบผลกับข้อมูลในปี 2564 ก่อนที่จะมีการเริ่มใช้ระบบป้องกัน

ผลการศึกษา : พบว่าอัตราการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนหลังการตั้งระบบเพื่อป้องกันการรายงานผลผิดพลาดเกิดอุบัติการณ์การรายงานผลผิดลดลง พบอัตราการรายงานผลผิดพลาดการตรวจวิเคราะห์ Creatine kinase(CPK) , Magnesium , covid rapid test, urine amphetamine และรายการตรวจวิเคราะห์ Coagulation test ลดลง ร้อยละ 0.057,0.016,0.043,0.045 และ 0.005 และพบว่าประสิทธิภาพต่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าอัตราการรายงานค่าวิกฤติมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยการเก็บข้อมูลในในปี 64-67 ก่อนและหลังการติดตั้งระบบ LIS Alert พบว่าอัตราการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84,92 ,99.5 และ 100 ตามลำดับ

คำสำคัญ : Human Factor engineering,การลดการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อน ,การรายงานค่าวิกฤติ

Abstract

This research is an action research . The purposes is to study the effectiveness of the laboratory alert system that Applying the Laboratory system by the Human factor engineering principles that build prevention system to prevent false reporting of laboratory in Department of Medical Technology Lamphun hospital.The study collected reporting data from the Laboratory information system (LIS) and The incident reporting data from Lamphun Hospital program (Healthcare risk management system :HRMS) from 2022-2024.

Result : The study found that the rate of incorrect reporting in reporting system prevention item is decrease.and in some laboratory test that no error laboratory reported. It was found that the number of incident of inaccurate reporting of false report decrease to the percentage in Creatinie kinase (CPK) , Magnesium ,Covid rapid test , Urine amphetamine and coagulation test decrease 0.057,0.016,0.043,0.045 and 0.005 .The rate of reporting critical values from 2022-2024 increase 84,92 ,99.5 and 100 %

Keywords : Human Factor engineering, To decrease laboratory report error, Critical value,

บทนำ

กระบวนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการคือกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยขั้นตอนวิธีการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ในห้องตรวจที่เรียกว่าห้องปฏิบัติการ (Laboratory) เพื่อช่วยในการคัดกรอง วินิจฉัย ประเมินและติดตามการรักษาโรคของผู้ป่วย จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญและในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ได้กำหนดให้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติอยู่ใน

[1] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

มาตรฐานบทที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care process) ในมาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย (Assessment)[1] นอกจากนี้กระบวนการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการถูกกำหนดให้เป็น 1 ใน 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของโรงพยาบาลหมายความว่ามาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยเนื่องจากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการระหว่างปี ปี 2561-2565 จากการรายงานในระบบ National Reporting and Learning System (THAILAND) : NRLS พบว่าเกิดอุบัติการณ์ เท่ากับ 40,176,245,387 และ 418 อุบัติการณ์ตามลำดับ[2] ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับสถิติอุบัติการณ์การรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนของโรงพยาบาลลำพูนปี ในปี 2564 พบว่ามีการเกิดอุบัติการณ์การรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อน จำนวน 12 อุบัติการณ์ อัตราการรายงานค่าวิกฤติ เท่ากับ ร้อยละ 83 และพบว่ามีอุบัติการณ์ที่กระทบและมีอันตรายต่อผู้ป่วย (E Up) จำนวน 2 อุบัติการณ์ โดยจากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเป็นในรายการตรวจวิเคราะห์ที่ไม่ได้ตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์ ทำให้ต้องลงรายงานผลด้วยการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์เอง (Manual) ในระบบสารสนเทศของห้องปฏิบัติการ (Laboratory information system: LIS) และพบในส่วนของข้อจำกัดของเครื่องมือที่ตรวจวิเคราะห์ในบางรายการ จึงได้ออกแบบระบบการป้องกันในการรายงานผล โดยใช้หลักของ Human factor engineering มาเป็นตัวแจ้งเตือนในระบบ แจ้งสถานะของกระบวนการตรวจวิเคราะห์ในหน้าการรายงานผล โดยติดตั้งแสดงการแจ้งเตือนให้เหมาะสมในแต่ละรายการทดสอบ และหากสามารถค้นหาและวางระบบป้องกันในส่วนของ near miss ของการรายตรวจวิเคราะห์ได้ ก็จะนำมาซึ่งประสิทธิผลของระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติ ที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และอยู่ในมาตรฐานของวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องได้มาตรฐานและมีความปลอดภัยดังนั้นเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบที่ออกแบบมาต่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อป้องกันในการลดการรายงานผลผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ[1] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลลำพูน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการายงานผลก่อนการติดตั้งระบบป้องกัน และหลังการติดตั้งระบบป้องกันว่าจะสามารถป้องกันและลดการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการได้หรือไม่

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาดด้วยหลักการของ Human factor engineering

2.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรายงานค่าวิกฤติ

วิธีการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพของระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาดด้วยหลักการของ Human factor engineering ที่นำมาออกแบบในการรายงานผล และเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ อัตราการแจ้งรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการให้กับผู้รับบริการ จากระบบระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ(Laboratory information system: LIS) และการเก็บสถิติการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการจากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลลำพูน (Healthcare risk management system : HRMS) ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ อัตราการแจ้งรายงานค่าวิกฤติ

ทางห้องปฏิบัติการให้กับผู้รับบริการ จากระบบระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ(Laboratory information system: LIS) และการเก็บสถิติการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการจากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลลำพูน (Healthcare risk management system : HRMS) ตั้งแต่เดือน 2564-2567 โดยเงื่อนไขในการคัดเลือกรายการตรวจวิเคราะห์มีดังนี้

1.รายการตรวจวิเคราะห์ที่เลือกมาเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพด้านการป้องกันการรายงานผล โดยมีการติดตั้งระบบการป้องกันในรายการที่ในรายการดังกล่าว การคัดเลือกจะเลือกจาก

1.1รายการตรวจวิเคราะห์ที่เกิดอุบัติการณ์ในปี 2564 รายการตรวจวิเคราะห์ที่พบว่ามีข้อจำกัดในการแสดงผลการตรวจวิเคราะห์ในหน้าการรายงานผล (รายการตรวจวิเคราะห์ที่แสดงผล >,<)

1.2 รายการตรวจวิเคราะห์ที่ต้องลงรายงานผลด้วยการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์เอง (Manual) ในระบบสารสนเทศของห้องปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วยรายการตรวจวิเคราะห์ดังนี้

1.Creatine Phosphokinase (CPK)
2. Magnesium
3. SAR-Covid Antigen (ATK)
4. Urine Amphetamine
5. .Coagulationt test (PT,APTT)

2. ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ หมายถึงรายการตรวจวิเคราะห์ที่ทีมดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน (Patient care team) กำหนดให้เป็นรายการตรวจวิเคราะห์ที่สำคัญและเมื่อค่าของรายการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าว มีการเปลี่ยนแปลงไปในระดับที่จะส่งผลกระทบและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย กระบวนการดูแลรักษาจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งเมื่อห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์และพบผลตรงกับรายการค่าวิกฤติ ห้องปฏิบัติการต้องมีการแจ้งผลด่วน (Lab Alert) ต่อแพทย์โดยเร่งด่วน ความรวดเร็วครบถ้วน ในการแจ้งรายงานค่าวิกฤติจึงสำคัญมากในกระบวนการทางห้องปฏิบัติการ โดยรายการค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ประกอบด้วย

-งานเคมีคลินิก ได้แก่ Glucose, Co2, MIcrobirurubin, CPK, Potassium, Blood lactate และ Magnesium

-งานโลหิตวิทยา ได้แก่ Hemoglobin ,Hematocrit, Platelet count, INR, Malaria และ Absolute neutrophil count

-งานภูมิคุ้มกันวิทยา ได้แก่ Trop I

- งานจุลชีววิทยา ได้แก่ Acid-fast bacillus และhemoculture

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ออกแบบภายใต้แนวคิดเรื่อง Human factor engineering ประกอบด้วย

1.การออกแบบเครื่องมือเพื่อป้องกันและลดการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการ เป็นการใช้ระบบ LIS Alert โดยการตั้งแก้ไขในรายการที่เกิดอุบัติการณ์ การค้นหาจากข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้งานที่การเชื่อมต่อกับระบบที่ยังไม่สมบูรณ์ และจากการค้นหารายการตรวจวิเคราะห์ที่มีการรายงานในระดับ Near miss นำมาออกแบบระบบและกำหนดการแจ้งเตือนในแต่ละพารามิเตอร์ของรายการตรวจวิเคราะห์ ดังนี้

1.1การตั้งระบบแจ้งเตือนด้วยแถบข้อความ “Error” เพื่อป้องกันการส่งผลของเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่จะส่งมายังระบบ LIS ในกลุ่มรายการตรวจวิเคราะห์ที่ต้องตรวจวิเคราะห์ซ้ำเพื่อทำ Dilution method เพื่อให้ได้ผลที่ถูกต้อง โดยระบบจะแจ้งเตือนโดยการกำหนดแถบข้อความ “ERROR” จนกว่าการทำ Dilution ของเครื่องตรวจวิเคราะห์จะแล้วเสร็จ จึงจะส่งผลที่ถูกต้องและปรากฏผลการตรวจวิเคราะห์แทนข้อความ “Error” ซึ่งแถบข้อความ “Error” จะบ่งชี้ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่า

1.1.1 เกิดความผิดปกติจากการตรวจวิเคราะห์และจะไม่สามารถรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้ โดยตามแนวทางปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานต้องไปดูผลที่เครื่องตรวจวิเคราะห์ก่อนว่าผลการตรวจวิเคราะห์ว่ามีปัญหาหรือพบความผิดปกติอะไร และดำเนินการตรวจวิเคราะห์แก้ไขตามแนวทางก่อนการออกผล

1.1.2 เครื่องมือตรวจวิเคราะห์อยู่ในกระบวนการ Dilution method และจะรายงานผลเมื่อข้อความ Error หายไป โดยการแจ้งเตือนแบบนี้จะใช้กับกลุ่มการทดสอบของงาน Blood chemistry เนื่องจากมีรายการตรวจวิเคราะห์ที่จะต้องทำ Dilution method กรณี มีค่าสูงเกิด Limitation ของเครื่อง ดังนี้ CPK Magnesium

1.2 Pop-up ถามซ้ำ : เป็นการตั้งระบบ Alert ด้วย Pop-up ถามซ้ำ ซึ่งจะแจ้งเตือนด้วยข้อความ" รายงานผลว่าผิดปกติใช่หรือไม่" จะใช้ในกรณีที่จะรายงานผล **Positive** ซึ่งเป็นผลที่ระบุในเชิงพบความผิดปกติจะใช้แจ้งเตือนในกลุ่มผลการตรวจวิเคราะห์ที่ต้องรายการผลเป็น Positive ,Negative โดยการแจ้งเตือนแบบนี้จะใช้กับกลุ่มการทดสอบของงานต่างๆ ดังนี้ ในตรวจวิเคราะห์ทางด้านงานภูมิคุ้มกันวิทยา เช่น การตรวจหาสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะและการตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัส (ATK)

2. Critical value Alert การออกแบบเครื่องมือเพื่อแจ้งเตือน กรณีผลการตรวจวิเคราะห์เป็นค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ:เป็นการตั้งระบบใช้แจ้งเตือนกรณีพบว่าเป็นค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ โดยจะกำหนดให้แจ้งเตือนในค่าวิกฤติทุกรายการ เมื่อผลการตรวจวิเคราะห์พบว่าเป็นค่าวิกฤติ จะปรากฏแถบสีแดง ในโปรแกรม เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะดำเนินการแจ้งค่าวิกฤติจามแนวทางปฏิบัติในการแจ้งค่าวิกฤติต่อไป โดยในปี 65-67 มีการตั้งระบบการแจ้งเตือน 18 รายการ

วิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์อัตราการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีการใช้งานระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาด

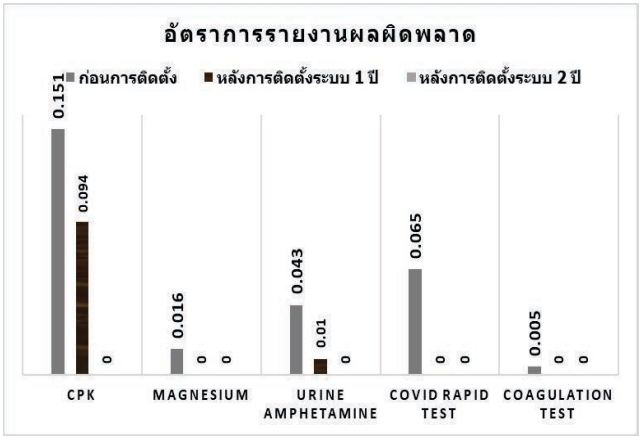
2.อัตราการแจ้งรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นไปตาม ประสิทธิภาพของ Human factor engineering ต่อกระบวนการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

ผลการวิจัย

1.ผลของประสิทธิภาพของเครื่องมือต่อการรายงาน ผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าประสิทธิภาพของระบบต่อการป้องกันและลดการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการ ลดลงจากร้อยละ 0.28 เหลือร้อยละ 0.10 เมื่อแยกตามแต่ละการทดสอบก็พบว่ามีอัตราการรายงานผลผิดพลาดที่ลดลงเช่นกัน



ภาพประกอบที่ 1 แสดงอัตราการรายงานผลผิดพลาดก่อน-หลังการติดตั้งระบบ LIS Alert

2 ประสิทธิภาพต่อการแจ้งเตือนค่าวิกฤติ พบอัตราการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 64 – 67 เฉลี่ยร้อยละ 80 , 92 ,98 และ 100 ตามลำดับเมื่อแยกติดตามในแต่ละงานที่ตรวจวิเคราะห์พบว่ามีอัตราการรายงานค่าวิกฤติที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการรายงานค่าวิกฤติก่อน-หลังการติดตั้งระบบ LIS Alert

ตัวชี้วัด	2564 ก่อนการติดตั้งระบบ	หลังการติดตั้งระบบ		
		2565	2566	2567
อัตราการรายงานค่าวิกฤติ (ร้อยละ)	84	92	99.5	100
อุบัติการณ์ระดับ E up	2	2	0	0

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบแจ้งเตือนในการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการโดยการนำเอาหลักการ Human factor engineering มาออกแบบเครื่องมือในการพัฒนาระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่าช่วยลดอัตราการรายงานผลผิดพลาดคลาดเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการ โดยรายการที่มีการติดตั้งระบบ Alert พบว่าลดลงและบางรายการไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ในด้านประสิทธิภาพของการรายงานค่าวิกฤติพบว่าอัตราการรายงานค่าวิกฤติเพิ่มขึ้นจนครบ 100% ในปี 2566และ2567 ไม่พบอุบัติการณ์การไม่รายงานค่าวิกฤตและไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E up ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การพัฒนาระบบการแจ้งเตือน เป็นผลสืบเนื่องมากจากกรเกิดอุบัติการณ์การรายงานผลผิดพลาดทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการจัดการในรูปแบบของ Incident management และมีการแจ้งเตือนตามรายการที่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว ดังนั้นหากจะวางระบบป้องกันและเพิ่มประสิทธิภาพของกการรายงานผลควรเพิ่มการจัดการในรูปแบบของ Proactive management ในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกควบคู่ไปด้วย เพื่อการติดตั้งระบบป้องกันการรายงานผลผิดจะทำให้ผลลัพธ์ของกระบวนการรายงานผลมีความถูกต้อง แม่นยำ ได้มาตรฐาน และนำมาซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความปลอดภัย[3]

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการแจ้งเตือน เป็นผลสืบเนื่องมากจากการเกิดอุบัติการณ์การรายงานผลผิดพลาดทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการจัดการในรูปแบบของ Incident management และมีการแจ้งเตือนตามรายการที่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว ดังนั้นหากจะวางระบบป้องกันและเพิ่มประสิทธิภาพของกการรายงานผลควรเพิ่มการจัดการในรูปแบบของ Proactive management ในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกควบคู่ไปด้วย เพื่อการติดตั้งระบบป้องกันการรายงานผลผิด จะทำให้ผลลัพธ์ของกระบวนการรายงานผลมีความถูกต้อง แม่นยำ ได้มาตรฐาน และนำมาซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน):รายงาน 10 อันดับแรกของประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทยพ.ศ. 2566.35-37

2.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน):เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยประเทศไทย พ.ศ.2561 Patient safety goals: Simple Thailand 2018:143-146

3.Senders JW. Chapter 9: Medical devices, medical errors, and medical accidents. In: Bogner MS, eds. Human error in medicine.

Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994: 159–77

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Effectiveness of Self-Care Behavior Modification Program for Diabetic Patients With Uncontrolled Blood Sugar Levels in The Area Under The Responsibility of Ban Nong Yao Tambon Health Promoting Hospital, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

จิตรา เหลี่ยมดี[1]
JITRA LIAMDEE[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 46 คน รวม 92 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ประสิทธิผล โปรแกรม พฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a self-care behavior modification program for diabetic patients with uncontrolled blood glucose levels in the service area of Nong Yao Tambon Health Promoting Hospital, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 92 participants, divided into two groups of 46 each. The experimental group comprised diabetic patients with uncontrolled blood glucose levels in the service area of Nong Yao Tambon Health Promoting Hospital, while the comparison group included diabetic patients with uncontrolled blood glucose levels from Kaeng Subdistrict, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group participated in the program for 12 weeks. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the experiment, from 5 November 2024 and 5 February, 2025. Data analysis involved paired t-tests to compare mean differences within groups and independent t-tests to compare differences between groups, with statistical significance set at the 0.05 level.

The results showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in diabetes knowledge, attitudes toward diabetes, perceived self-efficacy, social support, and self-care behaviors compared to both their pre-intervention scores and those of the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Effectiveness, Program, Behavior, Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemic Blood Sugar Levels

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย และการสูญเสียการมองเห็น[1] ในประเทศไทย ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากยังคงประสบปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจมีข้อจำกัด[2] โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ[3] ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีหลายประการ และสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง[4] นอกจากนี้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีอาจนำไปสู่ไตวายเรื้อรังและจำเป็นต้องฟอกเลือดหรือล้างไต[5] ผู้ป่วยเบาหวานยังมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา[1] ในประเทศไทยเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก็เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคปลายประสาทเสื่อม และการติดเชื้อที่เท้า ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดขา[6] ภาวะนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าโปรแกรมเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการจัดการกับโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ[8] โปรแกรมมักจะรวมเอาการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการยารักษา และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน[9] การวิจัยในประเทศไทยยังพบว่าการใช้โปรแกรมที่ปรับตามบริบทของชุมชนและวัฒนธรรมมีผลในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10] นอกจากนี้ โปรแกรมที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ยังช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการปรับพฤติกรรม[11] ผลการศึกษาอีกชิ้นแสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนสำคัญในการรักษาความยั่งยืนของผลลัพธ์[12]

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบประชากร 5,505 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน 497 คน คิดเป็นร้อยละ 9.02 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 217 คน คิดเป็นร้อยละ 43.66 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากยังคงประสบปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง รวมถึงการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอยังมีข้อจำกัด อันเนื่องมาจากความห่างไกลของสถานบริการและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตที่ลดลง[13] การจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในพื้นที่ จึงมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 46 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลแก้ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน ผ่านการวางแผนการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลและการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการจัดการโรคเบาหวาน ส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ พร้อมลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพถือเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครอบคลุม โดยมีแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ร่วมกันวางแผนและติดตามผลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่สุด นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างกำลังใจและแรงบันดาลใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเอาชนะอุปสรรคและบรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายสูงสุดของโปรแกรมนี้คือการเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาระของระบบสุขภาพ ผ่านการให้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้าน

คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ ตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้ KR-20 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.787 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.804 การรับรู้ความสามารถของตน เท่ากับ 0.764 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.860 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567–189 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 มีอายุเฉลี่ย 53.63 ปี (S.D.=7.27 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 76.1 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25}=2,500 บาท : P_{75}=10,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 มีอายุเฉลี่ย 54.57 ปี (S.D.=8.29 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.9 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25}=1,500 บาท : P_{75}=10,500 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.37 คะแนน (95% CI = 1.60-3.13)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.37 คะแนน (95% CI = 2.53-4.20)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.008) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.26 คะแนน (95% CI = 0.59-3.92)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.78 คะแนน (95% CI = 2.08-3.47)

3.5ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.004) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.67 คะแนน (95% CI = 0.87-4.47)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับหลักการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาศัย การให้ความรู้ที่เป็นระบบ การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติในทางที่ดีขึ้น ตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ และได้รับแรงสนับสนุนจากคนรอบข้างอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ กระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ที่ดำเนินการผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น อีกทั้ง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นใจ

และแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ ทางดี[14] ศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.33) และอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 54.76) หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 (t = 2.48, 11.94, 8.81, 4.26) ธัลฐภรณ์ วชิรรมณียกุล[15] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .01 นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .01 และ มณีรัตน์ ทางดี[14] ศึกษาผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 24 สัปดาห์ พบว่าระดับความรู้ การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05 (t= -17.62, -11.04, -7.97) รวมถึงระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 7.03, p < 0.05)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ไปขยายผลในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและชุมชนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความรู้ ทัศนคติที่ถูกต้อง และการสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นต่อการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวาน โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ควรพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น ความคงทนของพฤติกรรมหลังสิ้นสุดการทดลอง และปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาพฤติกรรมที่ดีได้ต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการให้คำแนะนำที่แตกต่างกัน เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล การใช้กลุ่มสนับสนุนในชุมชน และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ) เพื่อหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

3. ควรมีการศึกษาวิจัยที่ขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยในเขตเมืองและชนบท ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่น ๆ เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). Diabetes: Facts and figures. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://ddc.moph. go.th
3. Johnson, C. M., Smith, T., & Brown, P. (2020). Self-management programs for diabetes: An overview of the evidence. Journal of Diabetes Research, 2020, 1-10. https://doi.org/ 10.1155/2020/1234567
4. American Diabetes Association. (2018). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. Diabetes Care, 41(5), 917-928. https://doi.org/10.2337/dci18-0007
5. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2022). Diabetic kidney disease. Retrieved from https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/ overview/preventing-problems/diabetic-kidney-disease
6. กรมการแพทย์. (2564). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
7. Smith, J. A., & Brown, T. P. (2020). Diabetes and its complications: A comprehensive review. Journal of Clinical Medicine, 9(10), 3225. https://doi.org/10.3390/ jcm9103225
8. Funnell, M. M., Anderson, R. M., & Davis, W. K. (2020). Empowerment and self-management of diabetes. Diabetes Educator, 46(5), 323-333. https://doi.org/10.1177/0145721720948 656
9. Powers, M. A., Bardsley, J. K., & Cypress, M. (2021). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes. Diabetes Care, 44(2), 227-234. https://doi.org/ 10.2337/dci21-0023
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2563). รายงานประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
11. Smith, D. M., & Smith, T. P. (2022). Family support in diabetes self-management: Evidence from a clinical trial. Journal of Family Health, 11(3), 245-255. https://doi.org/10.1177/ 1757913920974321
12. Heisler, M., Piette, J. D., & Spencer, M. S. (2019). The role of social support in diabetes management: The impact of continuous follow-up. Health Services Research, 54(7), 1375-1384. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13057
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว. (2567). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบ. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว
14. มณีรัตน์ ทางดี. (2567). ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 5 เดือนกันยายน – ตุลาคม 2567 หน้า 526 - 533
15. ธัลฐภรณ์ วชิรรมณียกุล. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วารสารพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567. หน้า 1 - 13

ECH JOURNAL

Journal

of environmental and community health

VOL10 NO.1 January - February 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568

ISSN : 2672-9717

PART III

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา 599
ปรียาภรณ์ รีสันเทียะ ,เพ็ชรผกา อธิโรจน์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีความเสี่ยงต่อภาวะช็อก 605
ประภาพร ขำสา

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง โดยคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 611
พัชราภรณ์ ปินตา ,กษิพัฒน์ เชียงแรง

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ 619
วรรณดี ไตรสังข์

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 626
เจตนาพร ศรีทอง

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย 634
พวงเพชร ชูจอหอ

ผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรในผู้ป่วยโรค Office Syndrome คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา **641**
สุรัสวดี เพชรคง ,สิธาพร ผดุงยุทธ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง 651
อักษร พรหมเมศร์

การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา 660
จันทิมา เอี่ยมภูมิ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 671
จุฬาภรณ์ จิตพิลา

ผลของการส่งเสริมชุดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 680
ณัฐรินีย์ วงศ์ศรีจันทร์ ,ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ ,จรรยา ชมชายผล]ณัฐธยาน์ พันธุออน

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 690
วิลาวรรณ ผิวทน

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 701
ลักขณา ทิพย์สมบัติ

รายงานการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถปิคอัพ บริเวณหน้าโรงน้ำคูลสปริง บ้านเปือย อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ 711
ชญานิน กฤติยะโชติ ,อรุณี สุวรรณโชติ ,ปรียาภรณ์ เชสูงเนิน ,กุสุมา มีศิลป์

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 721
นันท์นภัส ประไพ ,นันทิกานต์ หวังจิ

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 731
อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์ , นันทิกานต์ หวังจิ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 VOL.10 NO. 1 January – February 2025 **Part 3**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) 738
พชรภา ขันทอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ 749
ธัญลักษณ์ ทองสี ,จีระศักดิ์ ทัพผา

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ 756
กัญรัสม์ ทิพย์กระโทก

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 762
สุภาพร ภูนาเหนือ

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 770
พรวีนัส เศวตวงษ์

การพัฒนาระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลขอนแก่น 778
บุรารัตน์ ละลี ,วราวุธ กิตติวัฒนากูล ,พุทธชาด นามเวียง ,กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์

รายงานผู้ป่วย การบูรณะฟันหน้าด้วยเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับครอบฟัน และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว ในผู้ป่วยที่สูญเสียการสบฟันในมิติแนวดิ่ง 790
ดลฤดี มณีฉาย

การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชา : กรณีศึกษา 802
กัลยามาศ แจ่มกลาง

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (ฉบับปรับปรุง) 810
ศิริพร อุทธากิจ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 817
สุทร สุขรอบ

การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

Development of a patient screening system for stroke prevention integrated participation model Outpatient department Phra Thongkham Chaloem Phrakiat Hospital 80 th Anniversary.

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 24,2025 ; Accepted: February 25,2025)

ปรียาภรณ์ รีสันเทียะ[1] เพ็ชรผกา อธิโรจน์[1]
Preeyaporn Reesanthia[1] Petchpaka Athirot[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ระหว่างเดือน เมษายน 2565 - เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพ 15 คนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน รวมจำนวน 20 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่รพสต พยาบาล OPD ความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันพบว่าก่อนการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 84.23 และหลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 100 คะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทีมสุขภาพมีการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ร้อยละ 93.5 เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา มีความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 (X = 13.75 ,5.D= 0.84)

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ , การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was action research with the objective of developing a screening system for patients with acute stroke between April2022 and April 2023. The sample group consisted of 15 health teams and 5 sub-district health promotion hospitals, totaling 20 people, divided into 4 phases: Phase 1: Study of the context and situation; Phase 2: The process of developing a screening system for patients with acute stroke; and Phase 3: Evaluation of the care system for patients with stroke. Phase 4 results of the use of Development of a patient screening system for stroke prevention that integrates participation Outpatient department Phra Thongkham Chaloem Phrakiat Hospital 80th Anniversary. The research tool was the acute stroke screening form. Stroke patient care guidelines, stroke patient care manual, statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test.

The results of the research found that knowledge in screening acute stroke patients was 84.23 percent before development and 100 percent after development. The mean score of knowledge in caring for stroke patients after development was significantly higher than before development at a statistical level of .05. The health team followed the guidelines for screening acute stroke patients at 93.5 percent, which increased after development. The health team was satisfied with the acute stroke patient screening system, which was at the highest level overall, at 100 percent (X = 13.75, 5.D = 0.84).

Keywords: System development, Stroke care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระทองคำ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2564 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2561-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2561 - 2564 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[1]

โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีระบบช่องทางด่วนโดยมีระบบคัดกรอง (BEFAST) ที่งานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลตั้งแต่ ก่อนป่วย หรือมีภาวะแทรกซ้อน และเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและส่งต่อ รับส่งต่อ สิ่งสำคัญคือต้องมีการจัดการระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA อย่างรวดเร็ว การดำเนินงานที่ผ่านมาในระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน (Stroke fast track) มีการพัฒนาการเข้าถึงบริการโดยให้ข้อมูลประชาชนเพื่อให้มีความรู้ในการประเมินการเกิดโรคและมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว พัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการประเมินอาการผู้ป่วยและออกรับผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว รวมถึงพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเครือข่าย ในชุมชนในการประเมินการดูแลเบื้องต้นและนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลาในส่วนการดูแลในโรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดเฉียบพลันสำหรับพยาบาลโดยเน้นการคัดกรองใช้ BE FAST (balance eyes fast arm Speech time) มีการประสานการดูแลครอบคลุมในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามยังพบว่าผลลัพธ์ทางด้านคลินิกในปี 2561-2564 ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เช่น อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ Door to hospital (เป้าหมาย > ร้อยละ 30)ระยะเวลาการส่งต่อภายใน 30นาที Door to Refer (เป้าหมาย >ร้อยละ 90) อัตราผู้ป่วย SFT ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด(เป้าหมาย >ร้อยละ 4) ระบบการส่งต่อข้อมูลไม่สมบูรณ์ จากการตามรอย (Clinical tracer) พบอุบัติการณ์ในงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วนอกในเวลาราชการ นอกเวลาราชการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ปี 2564 ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ทำให้เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด ล่าช้า พบปัญหา 1)ด้านการคัดกรองผิดพลาดแยกอาการไม่ถูกต้อง ทำให้การส่งต่อล่าช้า เนื่องจากไม่แน่ใจในอาการผู้ป่วย จึงไม่ได้ activated stroke fast track 2) ด้านการดูแลเบื้องต้นไม่ได้ทำเจาะLab ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยเมื่อไปถึงโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ต้องรอผลเลือด 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดมีหลากหลายรูปแบบ 4) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วนั้น ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

จะต้องมีการรักษาที่ต้องเริ่มจากโรงพยาบาลชุมชนให้เร็วและมากที่สุด ตั้งแต่แรกรับ การประเมินอาการลงในแบบบันทึกอาการ การตรวจ NIHSS การตรวจเลือด การให้สารน้ำ การให้ยาลดความดันโลหิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างเดือน เมษายน2565 - เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพ 15 คนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน รวมจำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และระยะที่ 3 ประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 4 ผลการนำไปใช้ของ การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน OPD/ER/รพสต แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ขั้นตอนการดำเนินการการวิจัย

ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยมีรายละเอียดผู้ร่วมการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มที่1 ผู้ร่วมพัฒนาระบบ ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน รวม20 คน เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) สมัครใจเข้าร่วมและร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้งตลอดการดำเนินการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดนครราชสีมา ที่ใช้ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และ NIHSS FORM ในการประเมิน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก OPD/ER/รพสต

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะการดำเนินการวิจัย ย้ายสถานที่ทำงานหรือ ลาออก

กลุ่มที่ 2 ไม่ยินยอมรับการรักษา

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1. วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2561-2564 และวิเคราะห์สถาณการณ์การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบเดิม

2. รวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาในการจัดการระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) อย่างรวดเร็ว ช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน(Stroke fast track) การเข้าถึงบริการของประชาชน ความรู้ในการประเมินการเกิดโรคและมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว สมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการประเมินอาการผู้ป่วยและการออกรับผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ศักยภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประเมินการดูแลเบื้องต้นและนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและทันเวลา สมรรถนะของพยาบาลในการคัดกรอง แบบใช้ BEFAST (balance eyes fast arm Speech time) วิเคราะห์ปัญหาที่พบ คืนข้อมูลให้คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) โรงพยาบาลโนนสูง

3. ศึกษาเอกสารการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนารูปแบบการให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. จัดตั้งทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ร่วมพัฒนาทบทวนระบบทบทวนการคัดกรอง

2. การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการคัดกรอง/ประเมินอาการผู้ป่วยและออกเหตุรับผู้ป่วย จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก OPD/ER/รพสต แบบใช้ BEFAST (balance eyes fast arm Speech time) และแนวทางปฏิบัติในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะผิดปกติ

3.พัฒนาศักยภาพของพยาบาลและพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประเมินการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะผิดปกติ การดูแลเบื้องต้นและนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลา

3.พัฒนาช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน(Stroke fast track) ประชาชนมีความรู้ในการประเมินอาการของการเกิดโรคและมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว

4. การกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดตั้ง Line group stroke เพื่อประสานงาน ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการการคัดกรอง/ประเมินอาการผู้ป่วยและออกเหตุรับผู้ป่วย จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบใช้ BEFAST (balance eyes fast arm Speech time) และแนวทางปฏิบัติในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะผิดปกติแบบบูรณาการ

ระยะที่ 4 ผลการนำไปใช้ของ การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

เครื่องมือในการวิจัย

แบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก OPD/ER/รพสต แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โครงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test **จริยธรรมงานวิจัย**

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จาการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ ได้รูปแบบการคัดกรอง ประเมิน การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่ผู้ป่วยนอก/ER / รพสต มาที่รพ ผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น พบว่า 1. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังมีอาการ (Door to hospital) ร้อยละ 31.2 มากกว่า ร้อยละ 30 2.ระยะเวลาการส่งต่อภายใน 30 นาที (Door to Refer) ร้อยละ 91.5 มากกว่า ร้อยละ 90 3.อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 2.8 น้อยกว่า ร้อยละ 4 4. ระบบการส่งต่อมีข้อมูลที่สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนด ร้อยละ 87.3 5.ความถูกต้อง/ครบถ้วนในการประเมิน NIHSS FORM ร้อยละ 97 6. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.3 ไม่เกินร้อยละ 7 ผลความพึงพอใจต่อระบบ ความพึงพอใจของทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 94 ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่าก่อนการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 84.23 และหลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 100 คะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทีมสุขภาพมีการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ร้อยละ 93.5 เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา มีความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 (X = 13.75 ,5.D= 0.84)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการการมีส่วนร่วม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระทองคำ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน (Stroke fast track) มีการพัฒนาการเข้าถึงบริการโดยให้ข้อมูลประชาชน จากพื้นที่โดยพยาบาลหรือ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันประสานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินหรือมีการประเมินพบที่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ในการประเมินการเกิดโรคและมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เป็นไปตามการศึกษาของอาณัติ วรรณะ[3] การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผลคะแนนความรู้หลังจากพัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการประเมินอาการผู้ป่วย จากการศึกษาของ น้อมจิตร นวลเนตร และเดือนเพ็ญ ศิรขา[4] ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยมอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หากมีการพัฒนาที่ดี และการออกรับผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว รวมถึงศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเครือข่าย ในชุมชนในการประเมินการดูแลเบื้องต้นและนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลาตามจากการศึกษาของ อาณัติ วรรณะ[3] การรับรู้และการ

จัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนการดูแลในโรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มี หากสมรรถนะของพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน มีการคัดกรองใช้ BE FAST (balance eyes fast arm Speech time) ที่ดีสัมพันธ์กับวารีรัตน์ วงศ์ปฏิมาพร[5] การพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการใช้แบบประเมินสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่าสอดคล้อง จากผลการวิจัยทีมสุขภาพมีการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ร้อยละ 93.5 เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา การประสานการดูแลครอบคลุมในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทำให้มีความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุม ควรมีการนำแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง ระยะฟื้นฟู โดยแบ่งเป็น Pre-hospital, In-hospital In-hospital และ Post-hospital ในการพัฒนาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564). รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2564. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา. (2565). สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ปี 2565. โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา.
3. อาณัติ วรรณะ. (2562). การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยรังสิต.
4. น้อมจิตร นวลเนตร และเดือนเพ็ญ ศิรขา. (2555). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. ปีที่ 24 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 318-326.
5. วารีรัตน์ วงศ์ปฏิมาพร. (2560). การพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการใช้แบบประเมินสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน: กรณีศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อ. คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร.มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีความเสี่ยงต่อภาวะช็อก

Nursing care for ectopic pregnancy with risk of shock.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

ประภาพร ขำสา[1]
PRAPAPORN KHUMSA[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เสี่ยงต่อภาวะช็อก และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เป็นกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ปี 2566 โดยศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการรักษาพยาบาล จากเวชระเบียน ใช้แบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 เป็นหญิงชาวลาว ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 มีอาการปวดท้องน้อยมาก ตรวจอัลตร้าซาวด์ พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณท่อนำไข่ข้างซ้ายแตก มีความเสี่ยงต่อภาวะช็อก และได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน หลังผ่าตัดฟื้นตัวดี รู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ กรณีศึกษาที่ 2 เป็นหญิงไทย ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 มาฝากครรภ์ มีอาการปวดหน่วงท้องน้อย ตรวจอัลตร้าซาวด์ พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณท่อนำไข่ข้างซ้ายยังไม่แตก และได้รับการเตรียมผ่าตัดเป็นอย่างดี หลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี ได้รับการดูแลและให้การพยาบาลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์นอกมดลูก, การพยาบาลการตั้งครรภ์นอกมดลูก

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for two patients with ectopic pregnancy compliance with nursing standard. The purposive sampling method was used to select two patients come to check at gynecology outpatient department in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute in fiscal year 2023. Patients history from the patients, relatives, and patient records. Nursing diagnosis was list using Gordon's 11 functional health patterns. And nursing care was performed base on five steps of nursing process.

Results: The first case study was a Laos woman, gravida 1 reported severe abdominal pain. The ultrasonography showed ruptured ectopic pregnancy at left fallopian tube. In order to treat risk of shock emergency surgery was performed. After surgery there were no complications after treatment for shock and care. The second case study was a Thai woman, gravida 1, she come to antenatal and the patient reported left lower quadrant abdominal pain. The ultrasonography showed ectopic pregnancy at left fallopian tube. The patient was well prepared for surgery. After surgery, the patient wakes up from anesthesia with full consciousness. She received post-operative nursing care and no complications were found.

Keywords: Ectopic pregnancy, Nursing care for ectopic pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูก ร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ นอกจากนั้นอาจพบได้ที่รังไข่ ปากมดลูก และในช่องท้อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย เกิดในช่วงไตรมาสแรกของการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี

ตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูก ในระยะแรกอาจไม่พบอาการใด ๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินการต่อไปทำให้เกิดการแตกของถุงการตั้งครรภ์นอกมดลูกจนเกิดภาวะช็อก ถือเป็นโรคทางนรีเวชที่มีความเสี่ยงสูง อาการที่พบบ่อยคือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อย อาจหายไปหรือปวดอยู่ตลอดเวลา ในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก ทำให้มีการปวดร้าวไปที่ไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม การรักษามีทั้งแบบไม่ผ่าตัดและวิธีการผ่าตัด อย่างไรก็ตามต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและถูกต้องย่อมลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราตายจากการตกเลือดภายในช่องท้องได้ ดังนั้นการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกจะต้องประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นที่จะต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนและการไม่กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก[1,2]

จากสถิติการตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่พบในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ในปีงบประมาณ 2565,2566 และ 2567 มีจำนวน 4, 13 และ 8 ราย ตามลำดับ ซึ่งการตั้งครรภ์นอกมดลูกหากมีการแตกของท่อนำไข่ จะทำให้เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดในช่องท้อง ทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารับการรักษาซ้ำได้[3] จากการทบทวนพบว่า ยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เสี่ยงต่อภาวะช็อกที่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม[4] จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เสี่ยงต่อภาวะช็อค เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความสามารถ พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ที่ทันสมัย มีทักษะด้านการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เสี่ยงต่อภาวะช็อค และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

วิธีการวิจัย

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก จากเวชระเบียน ความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดทางการพยาบาล จากตำราวารสาร งานวิจัย และอินเทอร์เน็ต

2. เลือกกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 1 ราย และหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน 1 ราย โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ที่ดูแลรักษาพยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแล

4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนให้การพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบ ประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3. การขับถ่าย 4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 5. การพักผ่อนนอนหลับ 6. สติปัญญาและการรับรู้ 7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว 9. เพศและการเจริญพันธุ์ 10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด และ 11. ความเชื่อ แล้วนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ(Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล(Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล(Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

5. สรุปผลกรณีศึกษา เรียบเรียงผลงาน นำเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก ตรวจสอบความถูกต้อง

6. รวบรวมจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงานตีพิมพ์ในวารสาร

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

เนื่องจากเป็นการศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ท้องนอกมดลูกที่เสี่ยงต่อภาวะช็อค จึงขอนำเสนอกรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงชาวลาวอายุ 21 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญมาโรงพยาบาลตรวจที่แผนกห้องฉุกเฉิน วันที่ 7 กรกฎาคม 2566 เวลา 20.10 น. มาด้วยอาการมีเลือดออกตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงปัจจุบันร่วมกับมีปวดท้องข้างซ้าย ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 21 มิถุนายน 2566 ก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาลไปตรวจที่คลินิก ตรวจการตั้งครรภ์ Positive แพทย์ห้องฉุกเฉินสงสัยท้องนอกมดลูก รายงานแพทย์สูติ ให้เจาะเลือดตรวจ Beta HCG วันนี้ และอีก 48 ชั่วโมง นัดติดตามอาการอีกครั้งวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ค่าผลเลือด Beta HCG วันที่ 7 กรกฎาคม 2566 = 173.81 mIU/mL และ 9 กรกฎาคม 2566 = 167.23 mIU/mL แพทย์ทำอัลตราซาวด์ พบมีของเหลวและเลือดในช่องท้อง(รูปผลอัลตราซาวด์ที่1, 2 และ 3) ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก ระดับคะแนนความปวด = 10 หน้าซีด จะเป็นลม ผลการตรวจร่างกาย ความดันโลหิต 109/63 mmHg ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 50.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct. = 36%, Plt.3 2 4 x10^3 /uL, WBC 5 . 9 x 10^3 /uL, Neutrophil 51.0%, BUN = 8 mg/dl, Creatinine = 0.61 mg/dl, Sodium = 139 mmol/L, Potassium=

3.9 mmol/L, Chloride= 104 mmol/L, CO2= 21 mmol/L, Blood Group A Rh positive, Anti-HIV Non-reactive

แพทย์วินิจฉัยเป็น Rupture ectopic pregnancy set OR Emergency Explor lap with left Salpingectomy ทำเรื่องผ่าตัดด่วน ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml. IV rate 100 ml/hr. เจาะเลือดจองเลือดไว้ 1 unit โดยไม่ต้อง Admit ขึ้นตึก นำพาผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชไปห้องผ่าตัดได้เลย และแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้ในเวลาไม่เกิน 30 นาที ส่งผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัดเวลา 11.30 น. และได้ทำผ่าตัดเวลา 12.30-12.55 น. ใช้เวลาในการผ่าตัด 25 นาที หลังผ่าตัดกลับไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ปวดแผลผ่าตัด pain score = 5 ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน เริ่มลุกนั่งและเดินได้เล็กน้อย วันที่ 2 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด เจ็บแผลเล็กน้อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะการรักษานอนโรงพยาบาล 3 วัน นัดเปิดแผลผ่าตัด และฟังผลชิ้นเนื้อ วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 และผู้ป่วยมาตามนัด เปิดแผลผ่าตัด แผลแห้งดี ผล Pathological diagnosis : left fallopian tube tubal pregnancy

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 36 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตั้งครรภ์ G1P0 อายุครรภ์ประมาณ 6 สัปดาห์ ต้องการมาฝากครรภ์ใหม่ที่สถาบันบำราศนราดูร(28 มิถุนายน 2566) ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 16 พฤษภาคม 2566 แพทย์ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยให้ประวัติมีเลือดออกเปื้อนกางเกงใน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แต่ไม่ปวดท้อง แพทย์ให้ส่งตรวจการตั้งครรภ์ผล Positive และเจาะเลือดตรวจ Beta HCG วันนี้ และอีก 48 ชั่วโมง นัดติดตามอาการอีกครั้งวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ค่าผลเลือด Beta HCG วันที่ 28 มิถุนายน 2566 = 2632.21 mIU/mL และ 30 มิถุนายน 2566 = 4556.42 mIU/mL ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บที่ท้องน้อยเป็นๆหายๆ แพทย์ทำอัลตราซาวด์ มองเห็นภาพไม่ชัดเจน(รูปผลอัลตราซาวด์ที่1, 2 และ 3) ให้เจาะ Beta HCG และนัดมาดูอาการอีก 2 วัน วันที่ 7 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดดูอาการและฟังผลเลือด ผล Beta HCG 14164.97 mIU/mL(5 กรกฎาคม 2566) แพทย์วินิจฉัยเป็น Ectopic pregnancy ให้ Admit หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม เพื่อผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย ความดันโลหิต 124/63 mmHg ชีพจร 82ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 61.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct. = 35%, Plt.288x10^3 /uL, WBC 7.6 x 10^3 /uL, Neutrophil 75.0%, BUN = 7 mg/dl, Creatinine = 0.64 mg/dl, Sodium = 136 mmol/L, Potassium= 4.7 mmol/L, Chloride= 101 mmol/L, CO2= 23 mmol/L, Blood Group B Rh positive, Anti-HIV Non-reactive

แรกรับที่หอผู้ป่วยนรีเวช ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ผู้ป่วยนอนพัก ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml. IV rate 100 ml/hr. และได้ยาฆ่าเชื้อ Cefazolin 2 gms. IV ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explor lap with Lt. salpingectomy เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2566 เวลาผ่าตัด12.28-13.00 น. หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ปวดแผลผ่าตัด pain score = 5 ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน เริ่มลุกนั่งและเดินได้เล็กน้อย วันที่ 2 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด เจ็บแผลเล็กน้อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะการรักษานอนโรงพยาบาล 3 วัน นัดเปิดแผลผ่าตัด และฟังผลชิ้นเนื้อ วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 และผู้ป่วยมาตามนัด เปิดแผลผ่าตัด แผลแห้งดี ผล Pathological diagnosis : Ectopic left fallopian tube

ตารางที่ 1 ตารางแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ทราบว่าตั้งครรภ์ ตั้งใจมาฝากครรภ์ แต่มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ ไม่ปวดท้อง	ปวดท้องน้อยด้านซ้ายล่าง มีเลือดออกผิดปกติ ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหาร 3 มื้อ/วัน ค่อนข้างตรงเวลา	รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ครบ 3 มื้อ/วัน ไม่ค่อยตรงเวลา
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายปกติ อุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง	ขับถ่ายปกติ อุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง
4.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากต้องทำงานเป็นส่วนใหญ่	ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากต้องทำงานเป็นส่วนใหญ่
5. การพักผ่อนนอนหลับ	พักผ่อนเพียงพอ นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง	พักผ่อนเพียงพอ นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง
6. สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากต้องการมีบุตร	รับรู้ถึงการเจ็บป่วยครั้งนี้ สีหน้าไม่สุขสบาย มีอาการเวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ครั้งแรกได้รับข้อมูลการวินิจฉัยเป็นการแท้งคุกคาม แต่เมื่อทำอัลตร้าซาวด์ซ้ำ จึงทราบว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก มีความวิตกกังวล	มีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากเป็นบุตรคนแรก มีความต้องการมีบุตรมาก และกลัวการผ่าตัด
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ตั้งใจทำงานเพื่อเก็บเงิน ดูแลครอบครัว	มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ตั้งใจทำงานเพื่อเก็บเงิน ดูแลครอบครัว
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เพศหญิง G1P0 ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ LMP 16 พ.ค. 66	เพศหญิง G1P0 ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ LMP 21 มิ.ย. 66
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	มีความวิตกกังวลและเครียดมากเนื่องจากต้องการมีบุตรเพราะตนเองอายุมากมีบุตรยาก	มีความวิตกกังวลเพราะต้องการมีบุตรและกังวลเรื่องการผ่าตัดกลัวทำงานหนักไม่ได้
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในหลักพุทธศาสนาและการทำความดี	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในหลักพุทธศาสนาและการทำความดี

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีแผนการพยาบาลที่แตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากการรักษาที่แตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะของถุงการตั้งครรภ์แตก มีความเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนภายใน 30 นาที ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อนำผู้ป่วยไปส่งยังห้องผ่าตัดเลยโดยไม่ต้องส่งไปยังหอผู้ป่วยก่อน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดแต่ไม่เร่งด่วน เนื่องจากยังไม่มีการแตกของท่อนำไข่ จากการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะช็อค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เมื่อเกิดภาวะวิกฤตสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตราย จะเห็นว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นภาวะวิกฤตหากเกิดการแตกของถุงการตั้งครรภ์ นำไปสู่ภาวะช็อคได้ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ ยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายขั้นตอน ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาสที่ทำให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกล่าช้า และผิดพลาดได้ง่าย เพราะเมื่อมีการแตกของถุงตั้งครรภ์จะทำให้มีเลือดออกในช่องท้อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้นอาจทำให้เกิด

อันตรายถึงชีวิตได้ พยาบาลจึงมีบทบาทในการใช้กระบวนการพยาบาลแก้ปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเมื่อเกิดภาวะวิกฤตสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอันตราย ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญเป็นพิเศษ ในการดูแลผู้ป่วยโดยการนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ(Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล(Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล(Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) มาใช้ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน[5,6]

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความละเอียดในการซักประวัติให้ครอบคลุม โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยังไม่แน่ชัดว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก ต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะการดำเนินของโรคอาจนำไปสู่ภาวะที่มีการแตกของถุงท้องนอกมดลูกได้

2. จัดอบรม ทบทวนแผนการพยาบาล และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกแก่พยาบาลเป็นประจำ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือของทีมสุขภาพ

3. ทบทวนจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกให้เป็นปัจจุบัน เพิ่มเติมความรู้และการปฏิบัติใหม่ๆ ให้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นทิศทางเดียวกัน

4. พยาบาลนรีเวชต้องมีไหวพริบ และความไวในการตัดสินใจ ในการให้การพยาบาล รวมถึงความพร้อมของทีมผู้ให้การช่วยเหลือ รวมถึงจัดเตรียมเครื่องมือ ยา สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รถนอน และอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉิน ให้อยู่ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการหยิบใช้งาน และมีพร้อมใช้ตลอดเวลา เพราะการตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

5. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เพื่อให้เกิดความตระหนักป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ใหม่ในเวลาที่รวดเร็วเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกขึ้นอีกได้

เอกสารอ้างอิง

1. คันธารัตน์ หลวงฟอง, มนัสวี มะโนปัญญา. Ectopic pregnancy: การตั้งครรภ์นอกมดลูก. สูติศาสตร์ล้านนา.2566. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn
2. ธีระ ทองสม, จตุพล ศรีสมบุญ, อภิชาต โอฬารรัตนชัย.นรีเวชวิทยาฉบับสอบบอร์ด.(พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ: พีบี ฟอเรนบุ๊คเซนเตอร์, 2551.
3. ปริญญา ราชกิจ.การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปลายมาศ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ- สุรินทร์-บุรีรัมย์, 2560 ; 32(1): 33-42.
4. พรทิพย์ จันทาทิพย์. การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 2563; 29(1): 87-99.
5. ภัทราภรณ์ อภิชนาพงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. โรงพยาบาลเกาะสมุย; 2567; 1(1): 1-14.
6. สมจิตร เอียดเกลี้ยง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567; 8(17): 31-44.

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง โดยคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Effectiveness of a Community-Based Care Model for Pressure Ulcer Management in Bedridden Patients Implemented by the Primary Care Cluster, Thapla District, Uttaradit.

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 24,2025 ; Accepted: February 25,2025)

พัชราภรณ์ ปินตา[1] กษิพัฒน์ เชียงแรง[1]
Pacharaporn Pinta[1]Kasipash Chiangrang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชน ภายใต้การดำเนินงานของ คลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยติดเตียง 30 รายที่มีแผลกดทับระดับ 2–3 รูปแบบการดูแลประกอบด้วย แนวทาง Wound Bed Preparation (WBP) ควบคู่กับ การฝึกสอนและเสริมศักยภาพผู้ดูแล และการติดตามผลผ่านระบบ Telemedicine กระบวนการหายของแผล ประเมินโดยใช้แบบ PUSH Tool Version 3.0 และเฝ้าระวังภาวะแผลกดทับติดเชื้อในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน PUSH และใช้ McNemar's test เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแผลกดทับติดเชื้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

ผลการศึกษา พบว่า คะแนน PUSH ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลงจาก 12.26 ± 2.67 เป็น 10.43 ± 3.26 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 8.73 ± 4.44 ในสัปดาห์ที่ 4 และพบภาวะแผลกดทับติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 80.0 เป็นร้อยละ 6.7 ในสัปดาห์ที่ 2 และร้อยละ 10.0 ในสัปดาห์ที่ 4 ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: แผลกดทับ, การดูแลแผลกดทับในชุมชน, ผู้ป่วยติดเตียง, คลินิกหมอครอบครัว, ระบบการแพทย์ทางไกล

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a community-based pressure ulcer care model implemented by the Primary Care Cluster in Thapla District, Uttaradit, Thailand. A quasi-experimental study was conducted on 30 bedridden patients with stage 2–3 pressure ulcers, integrating Wound Bed Preparation (WBP), caregiver training and empowerment, and remote monitoring via Telemedicine. Wound healing was assessed using the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) at week 2, and week 4, and monitoring of infection-related complications. Data analysis was performed using a Paired sample t-test to compare the mean PUSH scores and McNemar's test to analyze changes in the number of patients with infection-related complications before and after the intervention.

The results showed a statistically significant reduction in PUSH scores ($p < 0.001$), with mean scores decreasing from 12.26 ± 2.67 at baseline to 10.43 ± 3.26 at week 2 and 8.73 ± 4.44 at week 4. Additionally, the incidence of infection-related complications declined from 80.0% to 6.7% at week 2 and 10.0% at week 4 ($p < 0.001$).

Keywords: Pressure ulcer, Community-based pressure ulcer care, Bedridden patients. Primary care cluster, Telemedicine

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรสูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 19.1 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 จะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 28 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society))[1] การเปลี่ยนแปลง

[1] แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

ทางโครงสร้างประชากรนี้ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยติดเตียง[2] ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้คือ แผลกดทับ (Pressure Ulcers) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ[3]

แผลกดทับเป็นหนึ่งในภาวะบาดแผลเรื้อรัง (Chronic Wound) ที่เกิดจากแรงกดทับและแรงเฉือนเป็นเวลานาน ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไม่เพียงพอ เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเนื้อตาย[4,5] อุบัติการณ์ของแผลกดทับในยุโรปอยู่ที่ ร้อยละ 4.6 - 27.2[6] ขณะที่ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเลย พบอัตราการเกิดแผลกดทับ 1.9 - 5.8 ต่อพันวันนอน[7] และในจังหวัดราชบุรีพบอัตราความชุกของแผลกดทับร้อยละ 13.08[8] แผลกดทับส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย เช่น ติดเชื้อรุนแรง เสี่ยงเสียชีวิต และทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความเครียด[9,10] อีกทั้งยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจ โดยมี ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเป็นอันดับสามรองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ และในสหรัฐอเมริกามีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับ 60,000 รายต่อปี[11] ปัญหานี้จึงต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง

การดูแลแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการเตรียมบาดแผลอย่างเป็นระบบ (Wound Bed Preparation: WBP) ตามแนวคิด TIME Concept ซึ่งครอบคลุมการขจัดเนื้อตาย การควบคุมการติดเชื้อ การรักษาสมดุลความชุ่มชื้น และการส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ แนวทางนี้ช่วยลดขนาดแผลและเร่งการหายของแผลได้[12] และการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันแผลกดทับในชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังให้ญาติผู้ดูแล ส่งผลให้หายของแผลดีขึ้นและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[13] การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายแกนนำด้านแผลในชุมชน ยังช่วยให้แผลหายดีขึ้นถึง ร้อยละ 84.38 โดยเฉพาะแผลระดับ 2[14] นอกจากนี้การดูแลแผลกดทับระดับรุนแรงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การใช้เวชภัณฑ์เร่งการหายของแผล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน[15] แนวทางเหล่านี้จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบดูแลแผลกดทับและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มีผู้ป่วยติดเตียง 189 คน คิดเป็นร้อยละ 37.13 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[16] โดยแนวโน้มของผู้ป่วยแผลกดทับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 28 ราย ในปี 2564 เป็น 55 ราย ในปี 2566 อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยแผลกดทับในพื้นที่ยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การเดินทางที่ยากลำบาก ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการขาดองค์ความรู้ของผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาด ระบบติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ทำให้แผลมีแนวโน้มลุกลามและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลแผลกดทับที่สามารถดำเนินการได้ในชุมชน เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

การศึกษานี้มุ่งประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน โดยเปรียบเทียบการหายของแผลและภาวะแผลกดทับติดเชื้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) การเตรียมบาดแผลอย่างเป็นระบบ การเตรียมความพร้อมครอบครัว เสริมศักยภาพญาติและผู้ดูแล และมีระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งดำเนินการโดยคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ทีมผู้วิจัยคาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน เสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่ผู้ดูแล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนา

ระบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยการประเมินการหายของแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินการหายของแผลกดทับ (Pressure Ulcer Scale for Healing: PUSH Tool version 3.0) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง

2. เพื่อเปรียบเทียบ ภาวะแผลกดทับติดเชื้อก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยการประเมินการหายของแผลกดทับ (PUSH) ลดลงหลังได้รับการดูแล

2. ผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะแผลกดทับติดเชื้อลดลง หลังได้รับการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงต่อการหายของแผลกดทับและการเกิดภาวะแผลกดทับติดเชื้อ โดยการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา ระยะเวลาการศึกษาดำเนินการ 10 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแผลกดทับ ซึ่งมีคะแนน Barthel Activities of Daily Living (ADL) ≤ 4 คะแนน อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าความเชื่อมั่น 80% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 คน ทั้งนี้ เพื่อให้การศึกษาครอบคลุมมากขึ้น ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยต้องเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับระดับ 2 และ 3 ซึ่งเข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ 1 มีนาคม – 31 ตุลาคม 2567 และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถดูแลแผลที่บ้านได้ นอกจากนี้ ต้องมีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถดูแลทำแผลและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ รวมถึงสามารถติดต่อและสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีแนวโน้มเสียชีวิตภายใน 1 เดือน หรือมีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ≤ 10 และผู้ที่มีแผนย้ายออกจากพื้นที่ศึกษาภายใน 1 เดือนหลังเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 **แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ** ได้แก่อายุ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย ญาติ/ผู้ดูแลทำแผลกดทับให้ผู้ป่วยปัจจุบันโรคประจำตัว เป็นต้น

1.2 **แบบสอบถามประเมินแผลกดทับ ปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อน** โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของแผลกดทับ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาวะแผลกดทับติดเชื้อ

1.3 **แบบประเมินการหายของแผลกดทับ (Pressure Ulcer Scale for Healing: PUSH Tool version 3.0)** ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่พัฒนาโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)[17] ใช้ในการติดตามความก้าวหน้า

ของการหายของแผล โดยประเมินจาก ขนาดของแผล ปริมาณสารคัดหลั่ง และลักษณะพื้นแผล คะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ 17 คะแนน หมายถึงแผลไม่ดี มีความรุนแรงสูง แผลที่ดีขึ้น คะแนน PUSH จะลดลงเรื่อยๆ และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึงแผลหายสนิท

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชน สำหรับผู้ป่วยติดเตียง ดำเนินการโดย คลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่อง มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินผู้ป่วยและบาดแผล 2) การดูแลแผลกดทับตามแนวคิด Wound Bed Preparation 3) การเสริมศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแล และ 4) การติดตามผลการรักษาผ่านระบบ Telemedicine

2.2 เอกสารแนวทางการดูแลแผลกดทับเบื้องต้น สำหรับญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อสนับสนุนการดูแลแผลที่บ้านอย่างเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่า > 0.50 ในทุกข้อ ทั้งนี้ เครื่องมือได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เริ่มต้นด้วยการประชุมชี้แจงแนวทางการดูแลแผลกดทับในชุมชนแก่ทีมสหวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา พร้อมทั้งลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent) ก่อนเข้าร่วมโครงการ เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว จึงดำเนินการดูแลผู้ป่วยตาม รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การประเมินผู้ป่วยและบาดแผล โดยทีมสหวิชาชีพนำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผล เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

2) การดูแลแผลกดทับตามแนวคิด Wound Bed Preparation ตาม TIME Concept ซึ่งเป็นมาตรฐานในการดูแลแผลเรื้อรัง โดยเน้นการขจัดเนื้อตาย (Tissue Management) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) การควบคุมความชื้นของแผล (Moisture Balance) และการกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Epithelial Advancement)

3) การเสริมศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแล โดยให้การฝึกสอนเกี่ยวกับการทำแผลที่ถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียง หลักโภชนาการ และการป้องกันแผลกดทับ พร้อมทั้งจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลแผลให้เพียงพอ

4) การติดตามผลการรักษาผ่านระบบ Telemedicine โดยใช้แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งภาพถ่ายแผลทุกวันในช่วง 7 วันแรกเพื่อให้ทีมแพทย์สามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงของแผลและให้คำแนะนำแบบเรียลไทม์ จากนั้นประเมินผลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยใช้แบบประเมิน PUSH Tool version 3.0 ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลในการประเมินการหายของแผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม 2567 โดยทีมสหวิชาชีพของคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา ผ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแผลกดทับ ปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงแบบประเมินติดตามการหายของแผลกดทับ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินแผลก่อนเริ่มรักษาและติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแสดงการแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการประเมินการหายของแผลกดทับ ตามแบบ PUSH Tool Version 3.0 และใช้สถิติ McNemar's test เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อของแผลกดทับ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (UPHO REC No.015/2567) เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2567 โดยดำเนินการตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามมาตรฐานสากลอย่างเคร่งครัด ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรับการรักษาหรือผลประโยชน์อื่นๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับจำนวน 30 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย 69.4 ปี (SD = 19.02) ช่วงอายุต่ำสุด 26 ปี และสูงสุด 91 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.3 และส่วนใหญ่เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.0 ภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือทั้งโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 26.7 นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 16.7 มีภาวะสมองเสื่อม ในขณะที่ภาวะบาดเจ็บไขสันหลังและโรคมะเร็ง พบในร้อยละ 10.0 และ 6.7 ตามลำดับ ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษานี้มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนน ADL เท่ากับ 4 คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา ADL เท่ากับ 0 ร้อยละ 16.7 ด้านภาวะโภชนาการ พบว่าค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 18.97 kg/m² (SD = 3.08) โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30.0 มีภาวะขาดสารอาหาร (BMI < 18.5 kg/m²)

การประเมินแผลกดทับในผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาการเกิดแผลที่พบมากที่สุดคือ ระยะมากกว่า 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือช่วง 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน ร้อยละ 30.0 สำหรับระดับความรุนแรงของแผล พบว่า แผลกดทับระดับ 3 เป็นระดับที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมาคือระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 23.3 ขณะที่ตำแหน่งที่พบแผลกดทับบ่อยที่สุดคือ บริเวณกระดูกก้นกบ คิดเป็นร้อยละ 56.7 และบริเวณสะโพก คิดเป็นร้อยละ 30.0 การดูแลแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตร คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 16.7 และมารดา คิดเป็นร้อยละ 10.0

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงต่อการหายของแผลกดทับ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินการหายของแผลกดทับโดยแบบ PUSH Tool Version 3.0 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชน พบว่า คะแนน PUSH ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนน PUSH ก่อนการทดลองเท่ากับ 12.26 (SD = 2.67) ลดลงเป็น 10.43 (SD = 3.26) หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ 8.73 (SD = 4.44) หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของคะแนน PUSH ระหว่างก่อนและหลังการทดลองที่สัปดาห์ที่ 2 มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง (Mean Difference) 1.83 โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.39 - 2.27 ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test ($t = 8.13$, $p < 0.001$) และที่สัปดาห์ที่ 4 ค่าเฉลี่ยความแตกต่างอยู่ที่ 3.53 ช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 2.61 - 4.45 ($t = 7.53$, $p < 0.001$) ซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษานี้

ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสามารถช่วยส่งเสริมกระบวนการหายของแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงต่อการเกิดภาวะแผลกดทับติดเชื้อ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ McNemar's test เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแผลกดทับติดเชื้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.0 (n = 24) มีภาวะแผลกดทับติดเชื้อ หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนา พบว่า ภาวะแผลกดทับติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดย ภายหลังการดูแลที่ 2 สัปดาห์ พบการติดเชื้อลดลงเหลือร้อยละ 6.7 (n = 2) (χ^2 = 20.04, p < 0.001) และภายหลังการดูแลที่ 4 สัปดาห์ พบการติดเชื้อแผลกดทับร้อยละ 10.0 (n = 3) (χ^2 = 19.04, p < 0.001) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนมีประสิทธิภาพในการลดภาวะแผลกดทับติดเชื้อในผู้ป่วยติดเตียง

สรุปและการอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง โดยคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยรูปแบบประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม 2) การเตรียมบาดแผลอย่างเป็นระบบ Wound bed preparation 3) การเตรียมความพร้อมครอบครัว เสริมศักยภาพญาติและผู้ดูแล การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และ 4) การติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ Telemedicine โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงต่อการหายของแผลกดทับและต่อการเกิดภาวะแผลกดทับติดเชื้อ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ค่าเฉลี่ยคะแนน PUSH ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลอง (12.26 ± 2.67) กับหลังการทดลองที่ 2 สัปดาห์ (10.43 ± 3.26) และ 4 สัปดาห์ (8.73 ± 4.44) โดยเฉพาะที่ 4 สัปดาห์พบว่า คะแนน PUSH ลดลงมากขึ้น (Mean Difference = 3.53, 95% CI: 2.61 – 4.45, p < 0.001) และ ผลการทดลองยังพบว่าภาวะแผลกดทับติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p < 0.001) โดยก่อนการทดลองพบมีผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร้อยละ 80.0 และหลังการดูแลที่ 2 สัปดาห์ ลดลงเหลือร้อยละ 6.7 ขณะที่ 4 สัปดาห์ ลดลงเหลือร้อยละ 10.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนมีผลต่อการหายของแผลกดทับและการลดลงของภาวะแผลกดทับติดเชื้อ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Harries et al.[12] ซึ่งระบุว่าการดูแลแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยแนวทาง การเตรียมบาดแผลอย่างเป็นระบบ (Wound Bed Preparation: WBP) ตามแนวคิด TIME Concept ซึ่งประกอบด้วย การขจัดเนื้อตาย (Tissue Management) การควบคุมการติดเชื้อ (Inflammation/ Infection Control) การรักษาสมดุลของความชุ่มชื้นของแผล (Moisture Balance) และการกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Epithelial Advancement) แนวทางนี้สามารถช่วยลดขนาดของแผลได้ 20-40% ภายใน 4 สัปดาห์ และช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นภายใน 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al.[18] ที่พบว่าการเตรียมบาดแผลอย่างเป็นระบบสามารถช่วยลดระยะเวลาการหายของแผลกดทับและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าแนวทาง WBP และ TIME Concept มีบทบาทสำคัญในการเร่งกระบวนการฟื้นฟูแผลกดทับและช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ[13] ซึ่งเน้นแนวทางการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ควบคู่กับการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญใน

การเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แนวทางดังกล่าวช่วยให้การดูแลแผลกดทับเป็นไปอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการหายของแผล ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และลดความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับซ้ำ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปารณีย์ มากดี และสุทธิรัตน์ บุษดี[14] ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน การให้ความรู้ทักษะญาติและผู้ดูแล การใช้เทคโนโลยีในการติดตามแผล และการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สามารถช่วยให้แผลกดทับมีอัตราการหายดีขึ้น ถึงร้อยละ 84.38 นอกจากนี้ การใช้ระบบติดตามทางไกล ยังช่วยให้ การดูแลแผลในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดอัตราการเกิดแผลกดทับซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้ พบว่าแนวทางการดูแลแผลกดทับในชุมชนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายการใช้แนวทางนี้ไปยังพื้นที่อื่นที่มีผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการใช้ Telemedicine เพื่อให้แพทย์สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและให้คำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับเทคนิคการทำแผลที่ถูกต้อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับซ้ำ และการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้สะดวก

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (6 เดือน – 1 ปี) เพื่อประเมินผลกระทบของแนวทางการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแล รวมถึงควรศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างแนวทางการดูแลแผลกดทับแบบดั้งเดิมกับแนวทางการดูแลแผลกดทับในชุมชน เพื่อประเมินความคุ้มค่าและประสิทธิภาพของแต่ละแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการของโรงพยาบาลท่าปลา แพทย์และทีมสหวิชาชีพคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลท่าปลา ตลอดจนผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และภาคีเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [Internet]. 2565 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://www.dopa.go.th/main/web_index
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัน (มหาชน); 2566 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://thaitgri.org/?p=40208
3. สมชาย วิริภิรมย์กูล และคณะ. รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ [Internet]. 2555 [cited 2023 Dec 10];8(11):112–26. Available from: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/RSjournal/index
4. Gefen A, Brienza DM, Cuddigan J, Haesler E, Kottner J. Our contemporary understanding of the aetiology of pressure ulcers/pressure injuries. Int Wound J [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 10];19(3):692–704. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34382331
5. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 20];81(4):881–90. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30664905
6. Zena Moore, Pinar Avsar, Laura Conaty, David Hugh Moore, Declan Patton TO. The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review. J Wound Care. 2019;28(11):696–700.

7. วีระพรรณ บุญมีวิเศษ, จันทร์ทิพย์ สุขบัว, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นันทะนา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย [Internet]. Vol. 42, ชัยภูมิเวชสาร. 2565 [cited 2024 Dec 3]. p. 118–30. Available from: https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12825
8. ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล, ดวงชีวัน เงินอาจ, ทัศนีย์ น้อยเทศ. ผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในโรงพยาบาลราชบุรี [Internet]. Vol. 11, วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2567 [cited 2024 Dec 20]. p. 1–16. Available from: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/article/view/1739
9. Mamom J, Rungroungdouyboon B, Daovisan H, Sri-Ngernyuang C. Electronic Alert Signal for Early Detection of Tissue Injuries in Patients: An Innovative Pressure Sensor Mattress. Diagnostics (Basel, Switzerland) [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2023 Dec 20];13(1):128–35. Available from: https://www.thaiscience.info/Journals/Article/STA/10996966.pdf
10. Whitty JA, McInnes E, Bucknall T, Webster J, Gillespie BM, Banks M, et al. The cost-effectiveness of a patient centred pressure ulcer prevention care bundle: Findings from the INTACT cluster randomised trial. [Internet]. Vol. 75, International journal of nursing studies. 2017 [cited 2023 Dec 20]. p. 35–42. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28711725
11. Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D, et al. Protecting Fragile Skin: Nursing Interventions to Decrease Development of Pressure Ulcers in Pediatric Intensive Care. Am J Crit Care [Internet]. 2011 Jan 1;20(1):26–35. Available from: http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/doi/10.4037/ajcc2011754
12. Harries RL, Bosanquet DC, Harding KG. Wound bed preparation: TIME for an update [Internet]. Vol. 13, International Wound Journal. 2016 [cited 2023 Dec 20]. p. 8–14. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12662
13. Chanwanpen E. Role of Family Physicians in Preventing Disabled Stroke Patients from Developing Pressure Sores [Internet]. Vol. 2, Journal of Health Systems Research. 2008 [cited 2024 Nov 1]. p. 907–13. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/256
14. Makee P, Bussadeed S. The development of nursing service qualityfor bedridden patients with pressure ulcers in the communities of Mahasarakham hospital. Mahasarakham Hosp J [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 2];20(3):12–22. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/263399
15. Vicheantheab K, Vonk L, Chaiyarin C. Caring for an End-of-life Cancer patient with Pressure Sores Receiving Continuing Care at Home with the Caregiver's Participation through the Tele-nursing System: A Case Report [Internet]. Vol. 49, Journal of the deparment of medical services. 2024 [cited 2024 Dec 20]. p. 154–62. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/266837
16. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล [Internet]. LTC ผู้สูงอายุ. 2566 [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://ltc.anamai.moph.go.th
17. Berlowitz DR, Ratliff C, Cuddigan J, Rodeheaver GT. The PUSH tool: a survey to determine its perceived usefulness [Internet]. Vol. 18, Advances in Skin & Wound Care. 2005 [cited 2024 Dec 11]. p. 480–3. Available from: http://journals.lww.com/00129334-200511000-00011
18. Smith MEB, Totten A, Hickam DH, Fu R, Wasson N, Rahman B, et al. Pressure Ulcer Treatment Strategies [Internet]. Vol. 159, Annals of Internal Medicine. 2013 [cited 2024 Dec 23]. p. 39–50. Available from: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-159-1-201307020-00007

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ

Nursing care of a patient COVID-19 with pneumonia.

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 24,2025 ; Accepted: February 25,2025)

วรรณดี ไตรสังข์[1]
Wandee Traisoung[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 5 มิถุนายน 2567 ด้วยอาการสำคัญไข้ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และเจ็บแน่นหน้าอก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือดปี 2560 ทำบอลลูน 3 เส้น พบแพทย์ตามนัดต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่าระยะก่อนตรวจเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เสี่ยงจากภาวะแพร่กระจายเชื้อโคโรน่าไวรัส ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ระยะแพทย์ตรวจ มีการติดเชื้อโคโรน่าไวรัสในร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ ระยะหลังตรวจ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวอาการทรุดหนัก เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยแยกโรค ได้ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยปลอดภัยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยแยกโรค สามารถจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 15 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019, ภาวะปอดอักเสบ

Abstract

This study was case study aimed to study the Nursing care of a patient COVID-19 with pneumonia. A 77-year-old Thai female patient presented to the outpatient department on June 5, 2024, with significant symptoms including fever, dyspnea, inability to lie flat, and chest tightness for one day before hospital admission. The patient had a history of coronary artery disease in 2017, underwent balloon angioplasty for three vessels, and had been following up with regular medical appointments.

Results: Before the examination, the patient was at risk of hypoxemic tissue due to decreased respiratory efficiency and discomfort from fever. The patient was also at risk of myocardial ischemia and viral transmission complications. Both the patient and family expressed concerns about the condition worsening and the risks associated with transferring the patient to an isolation room. Upon medical evaluation, a COVID-19 infection was confirmed, and the patient developed pneumonia as a complication. The patient and family remained anxious about the potential for deterioration. Nursing care was provided according to outpatient care standards, ensuring the patient's safety during the transfer to the isolation unit. The patient was safely admitted to the isolation ward and was discharged on June 15, 2024, following a 10-day hospital stay.

Keywords: nursing care, coronavirus disease 2019, pneumonia

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ เป็นโรคติดต่ออันตราย โดยคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากสัตว์สู่คนโดยมีค้างคาวเป็นพาหะ เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ SAR-CoV-2 เชื้อก่อโรคได้ทั้งในคนและสัตว์ พบผู้ติดเชื้อรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย ประเทศจีน เมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และต่อมาพบผู้ป่วยติดเชื้อในหลายประเทศทั่วโลก[1]

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) การระบาดของโรคมีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตทั่วโลก เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง เชื้อสามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางเดินหายใจจากละอองของเสมหะจากการไอจาม น้ำมูก น้ำลาย ในระยะประมาณ 1-2 เมตร และการสัมผัสของละอองเชื้อที่ตกอยู่ตามพื้นผิววัสดุ แล้วนำมาสัมผัสปาก จมูก ตา อาการและอาการแสดงมักแสดงภายใน 14 วันที่สัมผัสเชื้อ อาการและอาการแสดงแบ่งเป็นผู้ป่วยไม่มีอาการ มีอาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไข้ ไอ น้ำมูกไหล เจ็บคอ สูญเสียการรับรสหรือกลิ่น และอาการรุนแรงพบอาการปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว เฉียบพลันรุนแรง ภาวะไตวาย จนถึงขั้นเสียชีวิตได้[2] การวินิจฉัยโดยการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยเทคนิค Real time PCR (polymerase chain reaction) ทั่วโลกมียอดผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 176,400,316 ราย รักษาหายแล้ว 160,359,997 ราย เสียชีวิต 3,810,514 ราย ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อ ยอดผู้ป่วยสะสม (รายงานสถานการณ์การติดเชื้อ ณ.วันที่ 30 กันยายน 2566) ยอดผู้ป่วยสะสม 4,681,309 ราย รักษาหายแล้ว 4,642,083 ราย เสียชีวิต 32,764 ราย[3] ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการโรครุนแรงได้แก่ สูงอายุภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไต และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ จากการติดเชื้อ ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ติดเชื้อ ครอบครัวและสังคมรอบๆ ตัวของผู้ติดเชื้อ ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อทั้งด้านร่างกาย คือร่างกายเจ็บป่วย ซึ่งความรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิต ด้านจิตใจ คือ ความกลัว วิตกกังวลต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การขาดรายได้ ด้านสังคม เป็นที่รังเกียจของสังคม ผลกระทบต่อครอบครัวและชุนชนได้แก่ เกิดการแพร่กระจายเชื้อ[4,5]

สถิติของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาปี พ.ศ.2564-2566 เท่ากับ 26,099ราย, 25,572 ราย และ 30,379 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ปี 2564-2566 จำนวน 11,921ราย, 15,594 และ 4,107 ราย ตามลำดับ ระยะเวลารอคอยการตรวจรักษาปี พ.ศ.2564,2565 และ2566 เท่ากับ 2.76 ชั่วโมง, 3.28 ชั่วโมง และ2.76 ชั่วโมง ตามลำดับ อุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาดและมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ปี พ.ศ. 2564,2565 และ 2566 เท่ากับ 3 ราย, 3 ราย และ 5 รายตามลำดับ และอุบัติการณ์ความรุนแรงปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 เท่ากับไม่เป็นอันตราย 3 ราย, ไม่เป็นอันตราย 2 ราย และเป็นอันตรายชั่วคราว 1 ราย, เป็นอันตรายชั่วคราว 3 ราย เป็นอันตรายเกือบถึงชีวิต 1 ราย และเสียชีวิต 1 รายตามลำดับ[6] ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการผิดพลาดจากการคัดกรองส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองไม่ถูกต้อง ไม่มีประสิทธิภาพ รอคอยการตรวจนาน ผู้รับบริการเกิดความไม่พึงพอใจ รวมทั้งมีอาการเปลี่ยนแปลงขาดการเฝ้าระวัง ทำให้มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นอย่างฉับไวส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการได้ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ตลอดจนมีความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกมีบทบาทหน้าที่ในการซักประวัติ ตรวจคัดกรอง และประเมินความรุนแรงเพื่อให้ได้รับการตรวจตามความเหมาะสม รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นที่มารับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ

3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล

5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

เป็นกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ ภูมิลำเนา อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อาการสำคัญ

ไข้ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และเจ็บแน่นหน้าอก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย บ่นแสบตา รับประทานแต่ยาลดไข้

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ จามบ่อยๆ มีน้ำมูก เริ่มเจ็บคอ เบื่ออาหารแต่ยังพอรับประทานได้ รับประทานยาลดไข้ และยาเดิมผู้ป่วย

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง จามมากขึ้น มีน้ำมูกใสไหลตลอด เจ็บคอมาก รับประทานไม่ได้ จมูกไม่ได้กลิ่นลิ้น ไม่รับรส แสบตา ตาแดงทั้งสองข้าง มีอาการเหนื่อยแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก มึนงง เวียนศีรษะ อ่อนเพลียมาก ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่บ้านพบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือดปี 2560 ทำ บอลลูน 3 เส้น พบแพทย์ตามนัดต่อเนื่อง

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่มีใครเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือมีโรคประจำตัวใด ๆ

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง: ผิวสองสี ไม่มีบาดแผล ปลายมือปลายเท้า ไม่ซีด ไม่เขียว ไม่พบจ้ำเลือด ผิวหนังปกติ (Normal Skin Turgor) ผลการตรวจสอบ Capillary Filling Time 1-2 วินาที

ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ: ผมหงอกทั้งศีรษะ ผมสั้น กะโหลกศีรษะมีลักษณะขนาด รูปร่างปกติ ใบหน้า เยื่อบุตาไม่ซีด ตามองเห็นชัด ภายในช่องปากและเหงือกไม่มีบาดแผล ไม่พบ Neck Vein Engorged

ทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ เคลื่อนไหวตามจังหวะการหายใจ 2 ข้างเท่ากัน ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation ที่ชายปอดด้านล่างซ้ายเล็กน้อย อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 32 ครั้ง/นาที

หัวใจและหลอดเลือด: หัวใจเต้นสม่ำเสมอ 100 ครั้ง/นาที ไม่พบเสียง murmur เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 133/64 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัว GCS = 15 คะแนน รู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน การทรงตัวปกติ การตอบสนองต่อความเจ็บปวดปกติ รูม่านตาทั้ง 2 ข้างขนาดเท่ากัน 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงปกติ ไม่มีอาการคอแข็งหรือการกระตุกของกล้ามเนื้อส่วนใด

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: รูปร่างปกติสมมาตรกัน

ระบบโลหิต และน้ำเหลือง: ไม่เหลือง ไม่มีจ้ำเลือดหรือจุดเลือดออก คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองใด ๆ โต

ระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี: Bowel Sound ปกติ 4-5 ครั้ง/นาที ไม่พบ Rebound Tenderness ท้องไม่อืด ไม่โต กดนิ่ม ไม่เจ็บบริเวณใด ๆ ไม่ต้านแรงกด ไม่มีอาการตัวตาเหลือง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

ระบบต่อมไร้ท่อ: คอไม่โต คลำต่อมไทรอยด์ไม่โต และคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีอาการตาโปน

สภาพจิตใจ และอารมณ์

ถามตอบ พูดคุยรู้เรื่องดี สีหน้า ดูวิตกกังวล คิ้วขมวดเล็กน้อย ไม่มีประวัติเคยได้รับการบำบัดทางจิตในคลินิก หรือโรงพยาบาล ในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพจิตดี

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 8,160 cell/cu.m.m, Neutrophil 71.6%, Lymphocyte 22%, Monocyte 4.7%, Eosinophil 9.2, Basophil 1.3%, Hct 32.5% BUN 26 mg/dl, Cr 1.19 mg/dl, eGFR 78 ml/min/1.7, Na 130 mmol/L, K 3.28 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO_2 23 mmol/L, BS 112 mg/dl

การตรวจพิเศษอื่น ๆ

Chest X- Ray: Infiltration RLL & LLL

EKG: Normal Sinus Rhythm HR=112/min

การวินิจฉัยโรคแรกรับ ติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ	ผู้ป่วยมาถึงหน้าห้องตรวจแผนกตรวจโรคทั่วไปเวลา 08.45 น. โดยรถนั่ง จากการประเมินสภาพทั่วไป ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยบ่นหายใจไม่อิ่ม ไอบ่อย เหนื่อย มีไข้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/64 มิลลิเมตรปรอท O_2 Saturation 95% ระยะก่อนตรวจพบปัญหาทางการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง	**การพยาบาล** จัดให้นอนท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการ แลกเปลี่ยนก๊าซ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ดูแลย้ายขึ้นรถเข็นนอนและให้ O_2canula 3LPM เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนโดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น ฮีโมโกลบิน ความเข้มข้นของเลือดและการเอกซเรย์ปอดครบถ้วน ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการรักษาพยาบาล **การประเมินผล** ขณะพักทุเลาเหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22-24 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็ว แรง ลึก O_2 sat 96-97%
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้	**การพยาบาล** สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral stat แนะนำเช็ดตัวลดไข้ และกระตุ้นดื่มน้ำมากๆ ย้ายขึ้นรถเข็นนอน ดูแลให้นอนพัก ลดการทำกิจกรรม เพื่อลดการเผาผลาญ จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสุขสบายทั่วไป เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หากมีไข้สูง หอบเหนื่อย มากขึ้น รายงานแพทย์ **การประเมินผล** ผู้ป่วยสีหน้าสุขสบายขึ้น หายใจเหนื่อยเป็นพักๆ นอนพักได้ในท่าศีรษะสูง อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส
3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพปอดในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน	**การพยาบาล** ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยขึ้น ดูแลให้ O_2canula 3LPM คัดกรองประเมินความรุนแรง อยู่ประเภท 2 ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรอตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียมรถ Emergency ให้ใกล้และพร้อมใช้ คัดกรองและดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที จัดพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเฝ้าระวังดูแล โดยประเมินด้วยสายตาบ่อยๆ ทุก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5-10 นาที ประเมินด้วยสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที อธิบายและแนะนำบุตรให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อยหอบ เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อยเพิ่ม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22-24 ครั้ง/นาที ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/74 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็ว แรง ลึก O2 sat 96-97%
4. เสี่ยงจากภาวะแพร่กระจายเชื้อโคโรน่าไวรัสสู่ผู้อื่น เจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อม	**การพยาบาล** แนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไอจามปิดปากจมูก ใส่หน้ากากอนามัยตลอด ให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางงานบริการการพยาบาลผู้ป่วยนอก และแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้อง แยกโซนสังเกตอาการ ดูแลให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ บ่งชี้สื่อสารการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อแก่ทีมสุขภาพ “โรคระบบทางเดินหายใจ” ที่ใบตรวจสอบสิทธิ์และใบคิวของกรณีศึกษา ดูแลให้พักรอในโซนแยก อธิบายเหตุผลที่พยาบาลผู้ซักประวัติต้องป้องกันการรับเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การดูแล ให้ข้อมูลกรณีศึกษาเพื่อตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) เตรียมเปลี่ยนเสื้อผ้าถอด เครื่องประดับ/โลหะ ดูแลเตรียมความพร้อมให้ได้รับการตรวจจากแพทย์และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม **การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย	**การพยาบาล** ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย จัดให้ได้คุยกับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงแผนการดูแลร่วมกันหาทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่อง แจ้งอาการและแจ้งลำดับคิวตรวจเป็นลำดับแรก **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น สนใจรับฟังคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล
การพยาบาลระยะแพทย์ตรวจ **6. มีการติดเชื้อโคโรน่าไวรัสในร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ**	**การพยาบาล** ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ให้ออกซิเจน Cannular 5 ลิตรต่อนาที เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนโดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิแจน เช่น กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น สอน/สาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้า ๆ ส่งเสริมให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และแนะนำให้หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาอาการเหนื่อยดังกล่าวจะดีขึ้นการเหนื่อยจะลดลง ดูแลประสานส่งตรวจเอกซเรย์ปอดตามแผนการรักษา **การประเมินผล** อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 22 – 24 ครั้ง/นาที วัด oxygen saturation = 97% หลังให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย วัด oxygen saturation เป็นระยะ สอนวิธีไอสามารถขับเสมหะออกได้เอง เน้นให้ใส่หน้ากากอนามัย แยกโซนรอ Admit หอผู้ป่วยแยกโรค
การพยาบาลระยะหลังตรวจ	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใบหน้ายังเศร้า บอกกังวลกลัวอาการจะแย่ลง ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยเพิ่ม On O2 canula 3LPM แพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาลวินิจฉัยติดเชื้อโคโรน่า 2019 และปอดอักเสบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
7. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวอาการทรุดหนัก	**การพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้ใจ โดยให้การพยาบาล ด้วยท่าทางอ่อนโยน ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ ให้คำแนะนำ พูดปลอบใจให้กำลังใจ รับฟังเปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ สร้างความมั่นใจเป็นกันเอง อธิบายแผนการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วย เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจในการประคับประคองจิตใจ หมดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ญาติสีหน้าสดชื่น เข้าใจอาการผู้ป่วยปัจจุบัน
8. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยแยกโรค	**การพยาบาล** ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน ตรวจดูสายยางออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป จัดพยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย
การติดตามเยี่ยม	ขณะผู้ป่วยอยู่ที่ห้องตรวจ ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน Cannular 5 ลิตรต่อนาที ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยทั่วไป ระดับ O2 Sat เพิ่มเป็น 96 % แต่ยังมีอาการหายใจเร็ว เหนื่อย อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที แพทย์จึงพิจารณาให้ Admit ห้องแยกติดเชื้อตึกพิเศษมงคลบพิตร ติดตามสัญญาณชีพ พบความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที แพทย์จึงพิจารณาใส่ออกซิเจนอัตราไหลสูง (HFNC) อัตราการหายใจลดลงเหลือ 24 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ได้รับยาต้านไวรัสชนิด Remdesivir ร่วมกับยา Corticosteroid และ Fentanyl หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เปลี่ยนเป็นให้ ออกซิเจน Cannular 5 ลิตรต่อนาที O2 Sat ≥97 % ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน สามารถย้ายออกไปอยู่ห้องแยกที่ปรับปรุงเป็นห้องความดันลบ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงได้ อาการดีขึ้นไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 15 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 10 วัน

สรุปและอภิปรายผล

ในระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยที่มารอตรวจมีจำนวนค่อนข้างมาก ซึ่งมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ พยาบาลหลังการซักประวัติได้ดำเนินการแยกโซน ติดป้ายแยกโรคสีเขียวหน้าเวชระเบียนผู้ป่วยทันที ให้ผู้ป่วยสวมแมส ปิดปากปิดจมูกตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเสี่ยงเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ต้องประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจว่ามีการใช้กล้ามเนื้อช่วยเพิ่มแรงหายใจและมีลักษณะการหายใจกระแทกหรือไม่ การวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน การประเมินสีผิวบริเวณใบหน้า ริมฝีปาก ปลายเล็บทั้งสองข้างเป็นระยะ ๆ รวมถึงได้ฟังปอดเพื่อประเมินภาวะหลอดลมตีบ การประเมินอย่างละเอียดและครอบคลุม ทำให้สามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการได้ถูกต้อง[2,3]

ในระยะขณะตรวจ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอด ต้องมีการเตรียมการช่วยเหลืออย่างดี ไม่ให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการดูแล โดยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ นำผู้ป่วยมาที่ห้องทำหัตถการ ให้ O2 canular 5 lit/min ประเมินและสังเกตอาการใกล้ชิด ผู้ป่วยเคยพบเห็นผู้ป่วยท่านอื่นที่ติดเชื้อมีอาการเปลี่ยนแปลงรุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด หรือเกิดความกดดันทางจิตใจ ตื่นเต้นหรือเสียใจ ทำให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ พยาบาลอธิบายแผนการรักษากับผู้ป่วยและญาติ โดยให้การดูแลแบบอ่อนโยน ให้กำลังใจ ปลอบโยนและประคับประคองให้ผู้ป่วยมีขวัญกำลังใจที่ดี[4,5]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการพยาบาล ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแล ผู้ป่วย COVID 19 ให้เป็นปัจจุบันและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. ด้านวิชาการ ควรมีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย COVID 19 และการรับมือกับโรคอุบัติใหม่อย่างสม่ำเสมอ

3. ด้านบริหาร ควรมีการกำหนดเป็นสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ นิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

4. ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2019). Q&A on coronaviruses (COVID-19). https:// www.who. int/emergencies/diseases/nov el-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-de- tail/q-a-coronaviruses
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 สถานการณ์ COVID 19 ทั่วโลก. https://ddc.moph.go.th/viral pneumonia /index.php
4. จันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2562). การพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
5. เสาวภา ทองงาม, สุพิศตรา ภูมูล, รณิษฐา รัตนะรัต. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลศิริราช. https://he02.tci-thijo.org/index.php/simedbull /article
6. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. (2566). สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. ปี พ.ศ.2564-2566, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Model development of One day inguinal hernia surgery service model at Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: February 19,2025 ; Revised: February 24,2025 ; Accepted: February 25,2025)

เจตนาพร ศรีทอง[1]
Jetanaporn Sritong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ และศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน2567 – สิงหาคม 2567 จำนวน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 145 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ผลการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดในโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับทั้งหมด 145 ราย มาผ่าตัดตามนัดจำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.55 ไม่มาจำนวน 5 ราย พบว่าสาเหตุที่ไม่มาผ่าตัดตามนัดคือ มีอาการเจ็บป่วยก่อนวันผ่าตัดที่จำเป็นการเลื่อนผ่าตัด 5 ราย และ พบว่าติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อก่อนผ่าตัดไม่ได้ 4 ราย ได้ติดต่อให้จนท.รพสต.เยี่ยมก่อนผ่าตัดให้ ได้ทั้ง 4 ราย และการเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการ ผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดีกว่าก่อนการผ่าตัด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study nursing care in providing inguinal hernia surgery services and to study the development model of nursing practice guidelines for providing one-day inguinal hernia surgery services at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital. The research period was between June 2024 and August 2024, a total of 3 months. The sample consisted of 145 patients who underwent one-day inguinal hernia surgery at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the results of the same-day inguinal hernia surgery service at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital found that there were a total of 145 patients scheduled for surgery in the same-day surgery program, 140 of whom, or 96.55 percent, showed up for surgery as scheduled. Five patients did not show up. The reason for not showing up for surgery as scheduled was that they were sick before the surgery day and needed to postpone the surgery

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

for five patients. Four patients could not contact the patients by phone before the surgery. All four patients were able to contact the health center staff to visit them before the surgery. A comparison of the understanding of the service and preparation before the same-day inguinal hernia surgery service at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital before and after the surgery showed a statistically significant difference at the 0.05 level. After the operation, the understanding of the service and preparation before the same-day inguinal hernia surgery service at Somdech Phra Yuppharat Kuchinarai Hospital was better than before the surgery.

Keywords: Nursing practice guidelines, same-day inguinal hernia surgery

บทนำ

ไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) เกิดจากความผิดปกติของผนังกล้ามเนื้อหน้าท้อง หรืออาจเป็นมาแต่กำเนิด จากรูที่ทำหน้าที่ลำเลียงเลือดไปเลี้ยงลูกอัณฑะเปิดอยู่ ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกาย การยกของหนัก และปัญหาการขับถ่าย อาการที่พบได้บ่อยคือ คลำเจอก้อนบริเวณขาหนีบ ซึ่งจะโตขึ้นเมื่อไอหรือจามแรง ๆ หากปล่อยทิ้งไว้จนเกิดภาวะไส้เลื่อนดันกลับไม่ได้ จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น ไส้เน่าจากการขาดเลือด หรือลำไส้อุดตัน ไส้เลื่อนขาหนีบพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 25 เท่าเป็นไส้เลื่อนชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดคือประมาณ 75% ของไส้เลื่อนทั้งหมด[1]

การรักษาไส้เลื่อนขาหนีบทำได้โดยการผ่าตัด หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ควรได้รับการผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้อย่างปกติ ซึ่งการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (ODS) ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเนื่องจากช่วยลดระยะเวลาพักรักษาตัว ลดความแออัดของโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัด ODS ได้แก่ การใช้ยาชาเฉพาะที่ การผ่าตัดส่องกล้อง และการใช้ตาข่ายสังเคราะห์ การศึกษาพบว่า ODS มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบดั้งเดิม และผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง[2] สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิพา ใจสมัคร[3] ซึ่งพบว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับยังช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ในแนวทางเดียวกัน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ยังพบว่าการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบดมยาสลบแบบวันเดียวกลับมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ต่ำกว่าและระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่าเมื่อเทียบกับการรักษาแบบดั้งเดิม[2]

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (One-Day Surgery: ODS) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้หลักการของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ 1) ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้าน 2) การดูแลผู้ป่วยวันที่มารับการผ่าตัดและหลังพักฟื้นที่โรงพยาบาล 3) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายในวันเดียว และ 4) การกลับมาตรวจตามนัดตามแผนการรักษาของศัลยแพทย์[4] โดยพยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมแพทย์และวิสัญญีแพทย์เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย ในระยะก่อนการผ่าตัด พยาบาลจะมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด รวมถึงการประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ในระหว่างการผ่าตัด พยาบาลจะประสานงานกับทีมวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึก และติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี

ที่สุด นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกนำไปยังห้องพักฟื้น ซึ่งพยาบาลจะทำการประเมินอาการและเฝ้าระวังความปลอดภัย เช่น การตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว การควบคุมความเจ็บปวด และการตรวจแผลผ่าตัด โดยจะใช้เกณฑ์การประเมินที่เหมาะสม เช่น Modified Post Anesthetic Discharge Score System (PADSS) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยกลับถึงบ้าน พยาบาลจะติดตามผลโดยโทรศัพท์สอบถามอาการในช่วง 3 วันแรก เพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือหากเกิดปัญหาใด ๆ การพยาบาลผู้ป่วยในระบบ ODS ยังช่วยลดภาระงานของพยาบาล เนื่องจากไม่ต้องทำเอกสารมากมายเหมือนในระบบการรักษาแบบดั้งเดิม ทำให้มีเวลาและทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นศูนย์แม่ข่ายที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนในพื้นที่และอำเภอใกล้เคียง ได้รับรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบนั้นเกิดจากหลายปัจจัย จากผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบพบว่า ในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้านก่อนผ่าตัดมีความหลากหลายแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับยังไม่ชัดเจน

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกมั่นใจในการเข้ารับการผ่าตัด และเป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment research) โดยมีระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 – สิงหาคม 2567 จำนวน 3 เดือน จำนวน 145 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 – สิงหาคม 2567 จำนวน 145 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. ASA CLASS 1 หมายถึงผู้ป่วยแข็งแรงดี
2. ASA CLASS 2 หมายถึงผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้และไม่มีการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย

3. ไม่มีความเสี่ยงในการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจยาก การเสี่ยงสำลักอาหารเข้าสู่ปอด การเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น(obstructive sleep apnea)

4. ไม่มีประวัติแพ้ยาชาหรือยาสลบ

5. ไม่มีประวัติmalingnant hyperthermia ในครอบครัว

6. มีญาติหรือผู้ดูแลในวันที่มารับการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

7. มีโทรศัพท์สำหรับติดต่อสื่อสารทั้งผู้ป่วยและญาติ สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ดีหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ สะดวกในการเดินทางมาและกลับจากโรงพยาบาล

8. ผู้ป่วยและญาติมีความเต็มใจและยินยอมเข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

9. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบด้วยเนื้อหาก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และการติดตามหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .919

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ

2. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผู้วิจัยดำเนินการรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

4. เก็บรวบรวมข้อมูลการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

5. สรุปผล รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบด้วยเนื้อหา ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และการติดตามหลังผ่าตัด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ผลการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. การพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ มีการกำหนดแนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน วันผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยและการติดตามผลการรักษา มีจำนวนผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดในโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับทั้งหมด 780 ราย มาผ่าตัดตามนัดจำนวน 612 ราย คิดเป็นร้อยละ78.46 ไม่มาจำนวน 168 ราย มีอาการเจ็บป่วยก่อนวันผ่าตัดที่จำเป็นการเลื่อนผ่าตัด จำนวน 22 ราย ลืมนัด จำนวน 63 ราย ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่นไม่ได้งดอาหารและน้ำ ไม่ได้ทานยาลดความดัน จำนวน 40 รายและติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ ไม่รับโทรศัพท์ จำนวน 43 ราย

2. รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้มีการทบทวนและปรับเปลี่ยน ได้แก่ การเตรียมก่อนผ่าตัด การมารับบริการที่ร.พ การพักฟื้น และการติดตามเยี่ยม

3. ผลของรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

3.1 ผลการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดในโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับทั้งหมด 145 ราย มาผ่าตัดตามนัดจำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.55 ไม่มาจำนวน 5 ราย พบว่าสาเหตุที่ไม่มาผ่าตัดตามนัดคือ มีอาการเจ็บป่วยก่อนวันผ่าตัดที่จำเป็นการเลื่อนผ่าตัด 5 ราย และ พบว่าติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อก่อนผ่าตัดไม่ได้ 4 ราย ได้ติดต่อให้จนท.รพสต. เยี่ยมก่อนผ่าตัดให้ ได้ทั้ง 4 ราย

3.2 ความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการผ่าตัด โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก หลังการผ่าตัด โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการผ่าตัด

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการผ่าตัด (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การประเมินสภาพผู้ป่วย	3.40	0.58	4.66	0.30	139	-21.297	.000	-1.38166	-1.14691
การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด	3.49	0.42	4.66	0.19	139	-35.339	.000	-1.24200	-1.11038
การมารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล	3.30	0.60	4.68	0.19	139	-25.889	.000	-1.49154	-1.27989
การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	3.44	0.62	4.69	0.24	139	-21.543	.000	-1.36126	-1.13239
รวม	3.41	0.38	4.68	0.15	139	-37.646	.000	-1.33486	-1.20165

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดีกว่าก่อนการผ่าตัด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า การพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ มีการกำหนดแนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ก่อนวันผ่าตัด 1วัน วันผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยและการติดตามผลการรักษา มีจำนวนผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดในโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับทั้งหมด 780 ราย มาผ่าตัดตามนัดจำนวน 612 ราย คิดเป็นร้อยละ78.46 ไม่มาจำนวน 168 ราย มีอาการเจ็บป่วยก่อนวันผ่าตัดที่

จำเป็นการเลื่อนผ่าตัด จำนวน 22 ราย ลืมนัด จำนวน 63 ราย ปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่นไม่ได้งดอาหารและน้ำ ไม่ได้ทานยาลดความดัน จำนวน 40 รายและติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ ไม่รับโทรศัพท์ จำนวน 43 ราย สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ชญานิศ ธัมธนพัฒน์. ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น [5] พบว่า1) แนวทางปฏิบัติและระบบการประสานงานในการ ให้บริการและ ดูแลผู้ป่วย ODS ยังไม่ครอบคลุมและ ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน2) ไม่มีสถานที่หรือศูนย์ ดูแลผู้ป่วย ODS Unitที่ให้บริการโดยเฉพาะ 3) ไม่มีผู้รับผิดชอบ ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้มีการทบทวนและปรับเปลี่ยน ได้แก่ การเตรียมก่อนผ่าตัด การมารับบริการที่ร.พ การพักฟื้น และการติดตามเยี่ยม ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ[6] แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแนวคิดระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS)[4] ส่งผลให้ ผลการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดในโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับทั้งหมด 145 ราย มาผ่าตัดตามนัดจำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.55 ไม่มาจำนวน 5 ราย พบว่าสาเหตุที่ไม่มาผ่าตัดตามนัดคือ มีอาการเจ็บป่วยก่อนวันผ่าตัดที่จำเป็นการเลื่อนผ่าตัด 5 ราย และ พบว่าติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อก่อนผ่าตัดไม่ได้ 4 ราย ได้ติดต่อให้จนท.รพสต.เยี่ยมก่อนผ่าตัดให้ ได้ทั้ง 4 ราย ความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการผ่าตัด โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก หลังการผ่าตัด โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และการเปรียบเทียบความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจในเข้าการให้บริการและการเตรียมตัวก่อนการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ดีกว่าก่อนการผ่าตัด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา และคณะ[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหา การวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ ประกอบด้วยการแก้ปัญหา ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ ด้านสื่อวัสดุอุปกรณ์ และด้านสถานที่ 2) พัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด การให้คำแนะนำและสื่อ และการติดตามต่อเนื่องหลังผ่าตัด 3) การนำไปใช้ได้จริงในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัด 4) ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียว ด้านผู้ป่วยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 4.73$, $df = 29$, $p < .01$) 2) ผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ ร้อยละ 80 มีการปฏิบัติหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 4) ค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย อยู่ในระดับดีมาก 5) ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย 1 วัน 6) มีภาวะแทรกซ้อน 1 รายมีเลือดคั่งในแผลผ่าตัด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นคุณค่าของการพัฒนา และกำหนดแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงควรนำรูปแบบที่รูปแบบไปใช้ และพัฒนาไปใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดอื่น ๆ ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิพา ใจสมัคร[3] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผล

การศึกษา พบว่า สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับคือ พยาบาล ห้องรอผ่าตัดมีการปฏิบัติงานไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน การให้ความรู้ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญทั้งหมด โดยได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมพยาบาล คือ 1) การนัดผู้ป่วยผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด 2) การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน 3) การดูแลผู้ป่วยในวันเข้ารับ การผ่าตัด 4) การโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียว กลับทำให้พยาบาลห้องรอผ่าตัดและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น พยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัดจากความไม่พร้อม ดังนั้น ผู้วิจัย จึงขอเสนอแนะให้พยาบาลนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไปพัฒนาเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่มารับการทำหัตถการอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ควรมีทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ กำหนดกิจกรรมและดำเนินการตามรูปแบบ และสรุปผลรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดในผู้ป่วยประเภทอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Hammoud M, Gerken J.(2025). Inguinal Hernia. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513332/
2. เมธัส อรัญนารถ.(2566). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบภายใต้การดมยาสลบแบบวันเดียวกลับ. The Thai Journal of Surgery ปี 2566, January-March ปีที่: 44 ฉบับที่ 1 หน้า 1-6
3. สุทิพา ใจสมัคร.(2565). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2022): มกราคม - เมษายน 2565
4. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ปี 2565. กรุงเทพ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด
5. ชญานิศ ธัมธนพัฒน์.(2564) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม ถึง เมษายน 2564
6. วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์. (2563). “Inguinal Hernia Repair; How to be the Best. Tip and Technique: Open Repair Hernia; How I do it ?” ใน ศัลยศาสตร์ทั่วไป เล่ม 30, วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์: บรรณาธิการและคณะ, พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563, 452-466.

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย

Development of a participatory drug addiction psychiatric patient service system of the Non Thai District network.

(Received: February 19,2025 ; Revised: February 24,2025 ; Accepted: February 25,2025)

พวงเพชร ชูจอหอ[1]
Puangpet chujorhor[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโนนไทย มีระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 286 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยวิธีเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ กระบวนการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังพัฒนาด้วย independent t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหาจริยธรรมวิจัย

ผลการศึกษา พบว่าหลังการพัฒนาเครือข่ายมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยหลังพัฒนามีอาการทรงตัวร้อยละ 85.3 ความสามารถในกิจวัตรประจำวันร้อยละ 48.4 พบว่า สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล

คำสำคัญ: ระบบบริการ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด การมีส่วนร่วม

Abstract

This research was participatory action research. The objective is to study the development of a drug addiction psychiatric patient care system. The participation of network partners in Non Thai District. The study period is 1 year, October 2021 - September 2022. The sample group is 286 community mental health networks. The sample group was selected by purposive sampling according to the inclusion and exclusion criteria. Data were collected from interviews, focus group discussions, and questionnaires. Descriptive data were analyzed using statistics, including percentages, means, and standard deviations, comparisons of means between before and after development using independent t-tests, and qualitative data by summarizing research ethics content.

The results of the study found that after the development of the network, knowledge increased at a good level. The average participation score increased significantly ($p<0.001$). The participation of the network increased. The caregivers had less burden in caring for patients. Knowledge increased at a good level. The average score of patient care ability increased. The patient care after development had stable symptoms at 85.3 percent. The ability in daily activities at 48.4 percent. It was found that the situation and development of the network consisted of policies and factors entering the health service system for psychiatric and drug addicts, participation in the role of the network, participation

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

in finding problems of psychiatric and drug addicts in the community, participation in the role, participation in monitoring and evaluation. Before and after the development, participation in the role of the network consisted of participation in finding problems of psychiatric and drug addicts in the community, participation in the role, participation in monitoring and evaluation.

Keywords: service system, psychiatric patients, drug addiction, participation

บทนำ

กลุ่มโรคจิต โรคระบบประสาท และความผิดปกติจากพฤติกรรมเสพสุราสารเสพติด มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก ปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในทุกช่วงของชีวิต มีหลักฐานสำคัญบ่งชี้ว่า ปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิตจะสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด อาชญากรรมและการออกจากโรงเรียนกลางคัน ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ต่อตัวผู้ป่วย อีกทั้งมีผลต่อเนื่องไปถึงญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งผู้เสพ ครอบครัวและชุมชน กฎหมายอาญาได้วางหลักไว้ว่า เมื่อบุคคลวิกลจริตกระทำผิดกฎหมายถือว่าการกระทำของบุคคลวิกลจริตนั้นเป็นความผิดแล้ว แต่กฎหมายยกเว้นโทษทางอาญาให้ แต่หากปรากฏว่าบุคคลวิกลจริตยังสามารถรู้ผิดชอบหรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง บุคคลวิกลจริตก็ต้องรับโทษ แต่ให้ศาลลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบองค์รวม ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่บริบทและความซับซ้อนและการบำบัดรักรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องมีข้อกำหนดในชุมชนมีการเสริมสร้างอำนาจของชุมชน และมีวิธีการด้านจิตอาสา เป็นศูนย์รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง[1]

จากรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษา ของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2563 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งหมด 120,915 คน โดยแบ่งเป็นชาย จำนวน 106,709 คน และหญิง จำนวน 14,206 คน จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามอาชีพ ได้แก่ รับจ้าง จำนวน 57,201 คน การเกษตร จำนวน 17,925 คน นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 4,335 คน ว่างงาน จำนวน 24,349 คน และอื่นๆ จำนวน 17,105 คน

จากรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประชากรในอำเภอโนนไทย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอยู่ในกลุ่มจิตเวช รหัส ICD10 3 ตัวอักษรแรก F20 ถึง F29 สะสมถึงปี 2563 มีจำนวน 265 คน นำสู่การแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน เพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิและเข้าสู่กระบวนการดูแล[2]

ดังนั้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ปกครอง ผู้บริหาร อปท. ตำรวจชุมชนอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำงานแยกส่วนของแต่ละหน่วยงาน ขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนยังไม่เป็นระบบ[3] ถ้ามีการบริหารจัดการระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ให้มีระบบรวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและเครือข่าย เป็นกระบอกเสียง และหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจรไร้รอยต่อ จะทำให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การดูแลความปลอดภัย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีเพิ่มขึ้นขึ้น จึงเป็นเหตุผล

ให้การศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนา ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประเมินความสามารถของผู้ดูแล และประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี ระหว่างตุลาคม 2564 – กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ **กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา** ประกอบด้วย ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ปกครอง อปท. ตำรวจชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 286 คน แยกออกเป็นดังนี้ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ปลัดอำเภอ 1 คน ตำรวจ 2 คน ผู้นำชุมชน 6 คน อาสาสมัครรักษาดินแดน 2 คน ผู้บริหาร อปท. จำนวน 15 คน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 22 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 233 คน การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีเกณฑ์

1) การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นตัวแทนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบ หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา หรือขอออกจากกระบวนการก่อนจบสิ้นสิ้นงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามภาคีเครือข่าย ประยุกต์จากการพัฒนาครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วน

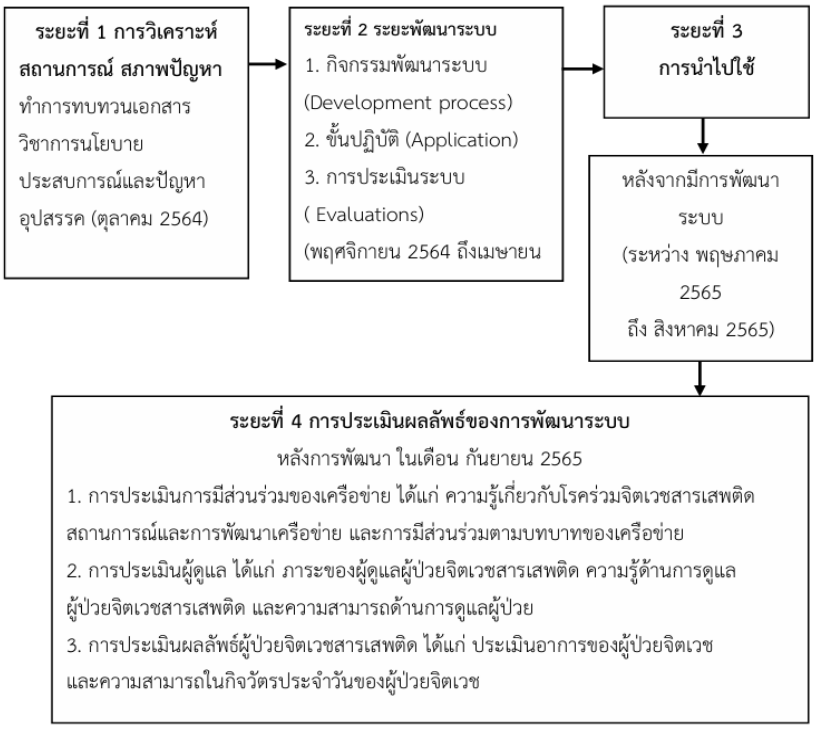
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยโรคจิตเวช และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน ชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนรินทร์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายมีการดำเนินการ 4 ระยะ ดังภาพ



ภาพประกอบ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังพัฒนาด้วย independent t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหาจริยธรรมวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ได้แก่ เพศชายมากที่สุด ช่วงวัยทำงาน อาชีพรับจ้าง อายุเฉลี่ย 28 ปี ระยะเวลาที่ป่วยโรคจิตเวช และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคจิตเวชมากกว่า 3 ปี ภาคีเครือข่าย

ประยุกต์จากการพัฒนาครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด คะแนนมากขึ้นหลังการพัฒนาจากร้อยละ 85.3 เป็นร้อยละ 91.5 สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย 3 ด้าน การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย จำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล

ตาราง เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนและหลังการพัฒนา (n=286)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์	3.30±1.08	3.35±1.13	5.422	<0.001
มีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า	3.26±1.04	3.34±1.12	3.746	<0.001
มีส่วนร่วมในกระบวนการ	3.45±1.07	3.50+1.11	4.157	<0.001
รวม 3 ด้าน	**3.34±1.01**	**3.39±1.06**	**5.425**	**<0.001**

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.5

ผลการพัฒนากลุ่มผู้ดูแล ผู้ดูแลมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้ในระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 46.2 เป็น 71.7

ร้อยละคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด **พบว่า** ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ลดลงจาก 3.48±0.61 เป็น 285±0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยมีภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลลดลงจาก 285±0.86 เป็น 2.01±1.07 แต่มีภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น จาก 2.27±0.92 เป็น3.56±1.20 ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.34±0.79 เป็น 3.74±0.94 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ผลที่ได้พบว่า

1. ผลลัพธ์การจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย โดยเครือข่ายมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและเป็นกระบอกเสียงและหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจร ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมในสังคมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด อย่างต่อเนื่องทุกปี

2. สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข มีข้อเสนอแนะในการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันอาการกำเริบควรดำเนินการให้ครอบคลุมการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบส่งต่อที่เข้มแข็ง และการติดตามผู้ป่วยอย่างเข้มข้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย โดยมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการวางระบบ

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัวมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย ประกอบด้วย

1) สังเกตและเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิต

2) สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน

3) เป็นแกนนำประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะการศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช[4] ที่พบว่า กิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชนเป็นการประสานการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ให้อัตราการคงอยู่ของอาการผู้ป่วยทรงตัวตัวเพิ่มสูงขึ้น ผลการพัฒนาเครือข่ายพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด หลังพัฒนาดีกว่าก่อนพัฒนา และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ทำให้มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชุมเป็นศูนย์กลางการศึกษาในกลุ่มหมู่บ้านแห่งหนึ่ง โดยใช้แนวคิดของ Kernis และ Mc taggart ที่พบว่า การเพิ่มความรู้และพัฒนาการมีส่วนร่วมโดยนำปัญหามาพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชนเข้มแข็ง และมาตรการของชุมชน ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำ ผลการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลมีภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ลดลงกว่าก่อนพัฒนา ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดระดับดีมากกว่าก่อนพัฒนา และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น[5]

ผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย พบว่าจากการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ซับซ้อนกลุ่มสีแดง จะใช้เวลาในการบริการนานกว่าคนที่คุมอาการได้ในกลุ่มสีเขียว ดังนั้น จะต้องมีการนัดหมายแยกกลุ่ม หรือแยกการให้บริการรวมถึงการใช้ภาคีเครือข่ายจะต้องเป็นกลุ่มที่ซับซ้อนและแก้ไขได้ยาก ส่วนกลุ่มที่รับประทานยาตรงไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการได้ให้รับบริการติดตามเยี่ยมโดย อสม. และ รพ.สต. การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการที่พยาบาล ที่ดำเนินการการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เริ่มตั้งแต่การประเมิน กำหนดปัญหา วินิจฉัยการพยาบาลวางแผนการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข การสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพ เข้ามาร่วมดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง เกิดความร่วมมือ มีแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิก คือ การลดการกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคล คือ ผู้ป่วยมีความ สามารถโดยรวมดีขึ้น ผลลัพธ์ด้านระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีความต่อเนื่องในชุมชนและมีแผนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ยังมีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพให้สามารถดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการผู้ด้อยโอกาส ทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

2. ควรนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในสังคม ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2563) รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2564. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2564) แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดประจำปีงบประมาณ นนทบุรี: กระพระทรวงสาธารณสุข
4. อุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ. (2565). การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (2022): พฤษภาคม - สิงหาคม 2565
5. นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ. (2565) รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชุมเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (2022): พฤษภาคม-สิงหาคม
6. นุษณี เอี่ยมสะอาด และคณะ. (2563) ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (2020): มีนาคม 2563

ผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรในผู้ป่วยโรค Office Syndrome คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

The Effects of Royal Thai Massage Combined with Herbal Oil Retention in Patients with Office Syndrome at the Thai Traditional and Alternative Medicine Clinic, Uthai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: February 19,2025 ; Revised: February 24,2025 ; Accepted: February 25,2025)

สุรัสวดี เพชรคง[1] สิธาพร ผดุงยุทธ[2]
Suratsavadee Pachkong[1] Sittaporn Padungyut[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับกักน้ำมันสมุนไพรกับกลุ่มที่ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียว กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักเป็นเวลา 45 นาที ร่วมกับกักน้ำมันสมุนไพรเป็นเวลา 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการนวดจำนวน 6 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และแบบประเมินระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D.=1.01) ลดลงกว่าก่อการทดลอง (Mean=8.05; S.D.=0.82) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=5.13; S.D.=1.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: การนวดรักษาแบบราชสำนัก, การกักน้ำมันสมุนไพร, การแพทย์แผนไทย

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare shoulder pain levels and neck range of motion before and after the intervention, both within and between groups. The study compared a group receiving Royal Thai Massage combined with herbal oil retention to a group receiving only Royal Thai Massage, with 30 participants in each group. The experimental group received six sessions of Royal Thai Massage for 45 minutes, followed by herbal oil retention for 30 minutes. The control group received six sessions of Royal Thai Massage alone. Data collection tools included a participant questionnaire, a shoulder pain assessment form, and a neck range of motion assessment form. Data was analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and Independent t-test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had a mean pain score of 3.06 (S.D.=1.01), which was significantly lower than before the intervention (Mean=8.05; S.D.=0.82) and significantly lower than the control group (Mean=5.13; S.D.=1.00) ($p<0.001$). Similarly, the mean neck range of motion in the experimental group increased significantly compared to both the pre-intervention levels and the control group ($p<0.001$).

Keywords: Royal Thai Massage, Herbal Oil Retention, Thai Traditional Medicine

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัย

[2] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัย Corresponding Authur Suratsavadee Pachkong
tm374335@gmail.com

บทนำ

โรค Office Syndrome เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในคนวัยทำงานออฟฟิศ ที่สภาพแวดล้อมในที่ทำงานไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการนั่งทำงานตลอดเวลา ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบ และปวดเมื่อยตามอวัยวะต่างๆ อาทิ หลัง ไหล่ บ่า แขน หรือข้อมือ[1] จากการสำรวจในประเทศไทยประชาชนกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ใช้อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 99.1) ใช้โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 99.3) และมีโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 98.6) มากที่สุด[2] และจากผลสำรวจของกรมอนามัย พบว่า 3 อาการ ที่เป็นสัญญาณเตือนเสี่ยงป่วยด้วย โรคออฟฟิตซินโดรม คือ ปวดหลังเรื้อรัง ไมเกรนหรือปวดศีรษะเรื้อรัง และมือชา เอ็นอักเสบ นิ้วล็อค โดยแนะนำให้ประชาชนทั่วไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและการทำงาน[3]

กรมควบคุมโรค มีความตระหนักและห่วงใยในปัญหาโรคที่เกิดจากการทำงาน จึงได้แนะนำวิธีป้องกันและปรับสมดุลคนทำงานออฟฟิศป้องกันได้ โดยการนั่งทำงานด้วยท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเหมาะสม ของที่ใช้บ่อยให้วางไว้ใกล้ตัว จัดอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ให้เหมาะสมแก่ผู้ใช้งาน โดยหน้าจอคอมพิวเตอร์และเก้าอี้ที่นั่ง ควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ใช้แต่ละคน ควรหยุดพักเป็นระยะระหว่างทำงาน หากิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ลดความปวดเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นได้[4] โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนด้วยการผลักดันให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อให้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละระดับบริการ และนำร่องให้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรในรพศ./รพท. โดยให้การรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค (ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์อัมพาต จมูกอักเสบจากภูมิแพ้) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมทั้งในเรื่องของระบบบริการ ระบบส่งต่อ ระบบการตรวจรักษา เพื่อให้มีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ[5] โดยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับความเครียด และเกี่ยวกับการทำงานในชีวิตประจำวัน การทำงานที่ต้องนั่งนาน ๆ หรือยืนนาน ๆ การใช้คอมพิวเตอร์เป็นประจำและติดต่อกันเป็นเวลานานโดยไม่ได้ดูแลสุขภาพของตนเองทำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง ปวดกล้ามเนื้อบ่าซึ่งแต่ละคนมีวิธีในการรักษาที่แตกต่างกันมีทั้งการรักษาทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การรับประทานยาและการผ่าตัด อีกทั้งการรักษาทางด้านการแพทย์แผนไทยที่มีการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การนวดรักษา และการใช้หลักธรรมมานามัย ซึ่งมีการนำภูมิปัญญาไทยมีการใช้ความร้อนและสมุนไพรมาผสมผสานกันในการลดอาการปวดได้ในระดับหนึ่ง อาการปวดเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเราผิดปกติ เนื่องจาการทำงานและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ไม่ถูกต้อง ฉะนั้นวิธีที่แก้อาการที่ถูกต้องต้องรักษาที่ต้นเหตุจึงจะทำให้อาการปวดหายได้[6] ซึ่งโรค Office Syndrome จะมีอาการปวด บวม แดงร้อนเล็กน้อยโดยการกักน้ำมันสมุนไพร เป็นวิธีหนึ่งที่แพทย์แผนไทยมุ่งเน้นการเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับกล้ามเนื้อบริเวณที่มีอาการปวดเพื่อเป็นการปรับธาตุทั้ง 4 บริเวณที่มีอาการปวดให้กลับสู่สมดุล จากการวิจัยการกักน้ำมันเป็นวิธีการของอายุรเวทอินเดีย พบว่าการกักน้ำมันสามารถระงับความเจ็บปวดของการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและลดความตึงของกล้ามเนื้อได้ ซึ่งปัจจุบันมีการรักษาด้วยวิธีการกักน้ำมัน โดยใช้น้ำมันหลายประเภท เช่น น้ำมันตำรับมะขาม น้ำมันตำรับไพล และน้ำมันตำรับขัดมอน มีใช้ในการคลาย

กล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และยังเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ซึ่งการกักน้ำมันสมุนไพรเป็นวิธีการรักษาช่วยเติมน้ำในข้อ ลดอาการปวด บวม อักเสบเฉพาะจุด และเพิ่มความแข็งแรงของข้อและกระดูก ซึ่งบางครั้งการรักษาด้วยการนวดแบบราชสำนักจะเห็นผลการรักษาที่ดีขึ้นแต่ผลที่ได้ยังไม่ชัดเจน ฉะนั้นการใช้การรักษาโดยวิธีการกักน้ำมันสมุนไพรจึงเข้ามามีบทบาทในการรักษาที่คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยพบว่าผู้มารับบริการจำนวนมากเป็นโรค Office Syndrome ที่ตรวจพบและคัดกรองด้วยแพทย์แผนไทย ดังนั้นจึงมีแนวทางการรักษาแบบส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และจากสถิติของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่าในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 คิดเป็นร้อยละ 35.15 ปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 43.15 ปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 69.76 ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการรักษาด้วยวิธีการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพร เพื่อหลีกเลี่ยงการรับประทานยาบรรเทาอาการปวดและยาลดการอักเสบจะทำให้มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นหลายด้าน เช่น เป็นแผลในกระเพาะอาหาร บวมตามผิวหนัง และท้องผูก เป็นต้น

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรในผู้ป่วยโรค Office Syndrome คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรค Office Syndrome ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อช่วยชะลอความรุนแรงของโรค และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าของผู้สนใจต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรต่อระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ในผู้ป่วยโรค Office Syndrome คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรค Office Syndrome และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่าเป็น จำนวน 635 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรค Office Syndrome และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมาจากการคำนวณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ซึ่งได้กำหนดค่าดังนี้ Test Family ด้วย Dependent t-test โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5, ระดับนัยสำคัญที่ 0.05, ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Test) = 95% เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วจะต้องมีการจับคู่ซึ่งมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (Matched pair) ได้แก่ เพศ

อายุ และระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และทำการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองของระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ จากนั้นใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้

1.ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรค Office Syndrome และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง

2. อายุระหว่าง 20 - 50 ปี

3. มีอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าไม่เป็นโรคเรื้อรังตามคู่มือเวชปฏิบัติ

4. งดรับประทานยาบรรเทาปวดทุกชนิดระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. ไม่มีโรคหรือข้อห้ามในการนวด เช่น มีไข้เกิน 38.5 องศาเซลเซียส, ไข้พิษไข้กาฬ เช่น อีสุกอีใส, โรคผิวหนังที่มีการติดต่อ, โรคติดต่อ เช่น วัณโรค, ไส้ติ่งอักเสบ, กระดูกหัก ร้าวที่ยังไม่ติด, สภาวะผิดปกติของเลือด เช่น เลือดไม่แข็งตัว ฯลฯ

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและอนุญาตให้มีการติดตามผล

เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมศึกษาเกิดเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองต่อได้ เช่น เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

2. ผู้เข้าร่วมศึกษารับประทานยาบรรเทาปวดขณะเข้าร่วม และไม่สามารถปฏิบัติตามข้อตกลงการเข้าร่วมวิจัย

3. เกิดผลข้างเคียงจากการกักน้ำมันสมุนไพร เช่น การแพ้สมุนไพร ผื่นแดง คัน เป็นต้น

4. เกิดภาวะไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส

5. ผู้เข้าร่วมศึกษาถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สาเหตุของการปวดกล้ามเนื้อบ่า วิธีการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ประสบการณ์รักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ประเมินผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรในผู้ป่วย Office Syndrome จะทำการประเมิน 6 ครั้ง แต่ละครั้งจะประเมินระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ก่อนและหลังทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้มาตรวัดระดับอาการปวด (Visual Analogue Pain scale) เป็นการใช้เส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วง เท่า ๆ กัน มีตัวเลข รูปภาพและตัวหนังสือกำกับพร้อมคำอธิบายไว้เป็นเครื่องมือที่มีความตรงไม่ซ้ำซ้อน เข้าใจง่าย ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาททับคะแนนความปวด แบบการประเมินมี 6 ระดับ ซึ่งมีคำอธิบายเกณฑ์การวัดความปวดดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเจ็บปวด 0.1-2.0 คะแนน หมายถึงระดับอาการปวดพอรำคาญ 2.1-4.0 คะแนน หมายถึง ระดับอาการปวดพอประมาณ 4.1-6.0คะแนน หมายถึง ระดับอาการปวดมากพอสมควร 6.1-8.0 คะแนน หมายถึง ระดับอาการปวดเป็นอย่างมาก 8.1-10.0 คะแนน หมายถึง ระดับอาการปวดสุดจะทน[7] โดยผู้ศึกษาเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วย และผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และผู้ศึกษาจดบันทึกก่อนและหลังการนวดรักษาแต่ละครั้ง เพื่อประเมินความแตกต่างทั้ง 6 ครั้ง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ จากผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรต่อระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ในผู้ป่วยโรค Office Syndrome ซึ่งจะมีการประเมินรักษาตั้งแต่ขั้นตอน

การตรวจร่างกายก่อนและหลัง จากองศาการเคลื่อนไหวคอโดยใช้เครื่องมือGoniometer วัดองศาซึ่งแบ่งแบบประเมินออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบการประเมินการรักษาตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจก่อนและหลังการนวด รักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรต่อระดับองศาการเคลื่อนไหวของ โดยประเมินระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ด้วยการก้มหน้าคางชิดอกและเงยหน้ามองเพดาน โดยใช้เครื่องมือ Goniometer วัดองศา ซึ่งมีคำอธิบายระดับการวัดองศาการเคลื่อนไหว ดังนี้ ระดับที่ 1 ไม่ปวดก้มหน้าคางชิดอก เงยหน้ามองเพดานได้สูงสุดที่ 31 - 40 องศา ระดับที่ 2 ปวดเล็กน้อยก้มหน้าคางชิดอก เงยหน้ามองเพดานได้ 21 - 30 องศา ระดับที่ 3 ปวดปานกลางก้มหน้าคางชิดอก เงยหน้ามองเพดานได้ 11 - 20 องศา ระดับที่ 4 ปวดมากก้มหน้าคางชิดอก เงยหน้ามองเพดานได้ 0-10 องศา ผู้นวดจดบันทึกก่อนและหลังทำการรักษาแต่ละครั้ง เพื่อประเมินความแตกต่างทั้ง 6 ครั้ง[8]

ตอนที่ 2 เป็นแบบการประเมินการรักษาตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจก่อนและหลังการนวดรักษาร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพรต่อระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ โดยประเมินจากองศาการเคลื่อนไหวของคอ ด้วยการเอียงคอชิดไหล่ซ้ายและเอียงคอชิดไหล่ขวา โดยใช้เครื่องมือ Goniometer วัดองศา ซึ่งมีคำอธิบายระดับการวัดองศาการเคลื่อนไหว ดังนี้ ระดับที่ 1 ไม่ปวดเอียงคอได้มากกว่า 45 องศา ระดับที่ 2 ปวดเล็กน้อยเอียงคอได้ 31 – 45 องศา ระดับที่ 3 ปวดปานกลางเอียงคอได้ 16 - 30 องศา ระดับที่ 4 ปวดมากเอียงคอได้ 0 – 15 องศา ผู้นวดจดบันทึกก่อนและหลังแต่ละครั้ง เพื่อประเมินความแตกต่าง[8]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลบางไทร อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีความรู้ประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัดและพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ทั้งด้านความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลมาพิจารณาดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ได้ค่าเท่ากับ 1.0 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีอาการคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในโรงพยาบาลบางไทร อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจะต้องได้ค่าเท่ากับ 1.0 และแบบประเมินระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าด้วยมาตรวัดระดับอาการปวด (Visual Analogue Pain scale) ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest method) เป็นวิธีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำเอาเครื่องมือไปทำการทดสอบกับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลบางไทร อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการวัดซ้ำ 2 ครั้ง ให้ห่างกัน 15 นาที และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สูตรแบบเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation) ได้ค่าเท่ากับ 1.0 และแบบประเมินระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอด้วยเครื่องมือ Goniometer ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest method) เป็นวิธีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำเอาเครื่องมือไปทำการทดสอบกับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลบางไทร อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการวัดซ้ำ 2 ครั้ง ให้ห่างกัน 15 นาที และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สูตรแบบเพียร์สัน

(Pearson product – moment correlation) ได้ค่าเท่ากับ 1.0

ขั้นตอนในการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้ โดยผู้วิจัยมีผู้ช่วยในการรักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนัก จำนวน 1 คน ซึ่งในการรักษาด้วยการนวดจะใช้ผู้ช่วยการวิจัยเป็นคนเดียวกันตลอดการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งเอกสารต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษย์ชนและจริยธรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวันและเวลาที่กำหนด และผ่านการพิจารณาจริยธรรมกสารวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ลำดับที่ 3/2567 โดยปฏิบัติการวิจัยภายใต้การเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. บันทึกขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อดำเนินการวิจัยผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกที่กำหนดขึ้น

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน

4. ผู้วิจัยจะประเมิน โดยวิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกการประเมินความรุนแรงของระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าในผู้ป่วยโรค Office Syndrome โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยวัดก่อนและหลังการรักษา

5. กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดและวิธีการของการวิจัยจนเข้าใจ เมื่อยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการจะต้องเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

6. กลุ่มตัวอย่างรับฟังการอธิบายวิธีการในการตรวจ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรค Office Syndrome และได้รับการตรวจจากแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง 2) ซักประวัติตามแบบฟอร์ม 3) ตรวจร่างกาย ตรวจระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ด้วยการก้มหน้าคางชิดอก เงยหน้ามองเพดาน เอียงคอชิดไหล่ซ้าย เอียงคอชิดไหล่ขวา ตามวิธีทางหัตถเวชกรรมไทย ซึ่งจะวัดองศาก่อนและหลังการรักษา 4) วัดระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและบันทึกตามแบบฟอร์ม 5) ส่วนกลุ่มควบคุม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียว จำนวน 6 ครั้ง โดยจะนวด 3 ครั้ง ต่อ 1 สัปดาห์ รวม 2 สัปดาห์ นัดวันเว้นวัน จนครบ 6 ครั้ง กลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับกักน้ำมันสมุนไพร จำนวน 6 ครั้ง ซึ่งจะนวด 45 นาที และกักน้ำมันสมุนไพร 30 นาที โดยการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพร 3 ครั้ง ต่อ 1 สัปดาห์ รวม 2 สัปดาห์ นัดวันเว้นวัน จนครบ 6 ครั้ง 6) ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และ 7) รวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปรผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ ข้อมูลผลของระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการประเมินระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอก่ อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบการประเมินระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t- test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการ

วิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) มีอายุระหว่าง 31- 40 ปี (ร้อยละ 56.70) มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 53.30) สาเหตุอาการปวดบ่า พบว่า เกิดจากอิริยาบถไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 36.70) ส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีทางแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 53.30) ระยะเวลาของอาการปวดบ่า 1 วัน (ร้อยละ 70.00) ระดับอาการปวดบ่า อยู่ในระดับ 5-6 คะแนน (ร้อยละ 56.77) และเคยมีประสบการณ์การรักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนัก (ร้อยละ 80.00) ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.30) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 56.70) มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 63.30) สาเหตุอาการปวดบ่า พบว่า เกิดจากอิริยาบถไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 33.33) ส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีทางแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 56.70) ระยะเวลาของอาการปวดบ่า 1 วัน (ร้อยละ 56.70) ระดับอาการปวดบ่า อยู่ในระดับ 5-6 คะแนน (ร้อยละ 53.33) และเคยมีประสบการณ์การรักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนัก (ร้อยละ 76.66)

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพร ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.05 (S.D.=0.82) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D.=1.01) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มควบคุม ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักอย่างเดียว ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 (S.D.=0.83) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.13 (S.D.=1.00) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ พบว่าก่อนการทดลอง องศาการก้มหน้าคางชิดอก องศาการเงยหน้ามองเพดาน องศาการเอียงคอชิดไหล่ขวา และองศาการเอียงคอชิดไหล่ซ้ายของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 18.23 (S.D.= 5.41), 21.77 (S.D.= 4.94), 23.13 (S.D.= 8.55), 22.23 (S.D.= 6.93) ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 40.07 (S.D.= 1.94), 41.63 (S.D.= 2.48), 43.50 (S.D.= 2.51), 42.17 (S.D.= 5.99) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง องศาการก้มหน้าคางชิดอก องศาการเงยหน้ามองเพดาน องศาการเอียงคอชิดไหล่ขวา และองศาการเอียงคอชิดไหล่ซ้ายของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 15.23 (S.D.= 5.41), 20.30 (S.D.= 4.26), 20.15 (S.D.= 4.79), 20.42 (S.D.= 4.78) ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 31.65 (S.D.= 4.68), 39.73 (S.D.= 4.01), 38.21 (S.D.= 4.94), 38.13 (S.D.= 4.68) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และค่าเฉลี่ยระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D.=1.01) กลุ่มควบคุม ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักอย่างเดียว หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.13 (S.D.=1.00) เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ พบว่าหลังการทดลอง องศาการก้มหน้าคางชิดอก องศาการเงยหน้ามองเพดาน องศาการเอียงคอชิดไหล่ขวา และองศาการเอียงคอชิดไหล่ซ้ายของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 40.07 (S.D.= 1.94) 41.63 (S.D.= 2.48) 43.50 (S.D.= 2.51) 42.17 (S.D.= 5.99) ตามลำดับ

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง องศาการก้มหน้าคางชิดอก องศาการเงยหน้ามองเพดาน องศาการเอียงคอชิดไหล่ขวา และองศาการเอียงคอชิดไหล่ซ้ายของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 31.65 (S.D.= 4.68) 39.73 (S.D.= 4.01) 38.21 (S.D.= 4.94) 38.13 (S.D.= 4.68) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพร ในผู้ป่วยโรค Office Syndrome คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สรุปและอภิปรายผล ได้ดังนี้

ผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการกักน้ำมันสมุนไพร ในผู้ป่วยโรค Office Syndrome คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าลดลง และระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคลมปลายปัตคาดสัญญาณ 4 หลัง (โรค Office Syndrome) เป็นโรคลมชนิดหนึ่งเกิดจากการแข็งตัวของเลือด สามารถเป็นได้ทุกส่วนของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เยื่อหุ้มกระดูก ริมหัวต่อกระดูก ยกเว้นตัวกระดูก มีสาเหตุที่เกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดบริเวณบ่าและสัญญาณ 4 หลัง เนื่องจากความเครียด การทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ ท่าทางอิริยาบถต่าง ๆ ไม่ถูกต้อง ความเสื่อมของกระดูกคอ และจากอุบัติเหตุ ถึงไม่มีโรคประจำตัวแต่มีภาวะเครียดสูง ทำให้เกิดผลเสียตามมา เกิดอาการเมื่อยล้า ท้อแท้ และถ้าอาการเป็นไปอย่างต่อเนื่องจะมีอาการรุนแรงขึ้น ซึ่งการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกยาสมุนไพร มีผลทำให้ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าลดลง ระดับองศาการเคลื่อนไหวของการก้มหน้าคางชิดอก และระดับองศาการเคลื่อนไหวของการเงยหน้ามองเพดานเพิ่มขึ้น เนื่องจากการนวดรักษาแบบราชสำนักเป็นการกดจุดบริเวณกล้ามเนื้อเป็นการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ทำให้เกิดการนำสัญญาณประสาททางใยประสาทใหญ่ที่มีผลยับยั้งสัญญาณเกี่ยวกับอาการปวดจากใยประสาทเล็ก ทำให้สัญญาณประสาทไปทำให้อาการปวดลดลงในขณะเดียวกันมีสัญญาณประสาทจากใยประสาทใหญ่บางส่วนเข้าสู่สมองบริเวณลิมบิคในสมองส่วนหน้าเกิดการหลั่งสารเอนเดอร์ฟินออกมา ทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการปวดลดลง และมีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิตซึ่งการไหลเวียนของโลหิต ทำให้เลือดและน้ำเหลืองถูกบีบออกจากบริเวณนั้น และมีเลือดและน้ำเหลืองใหม่มาแทน ระบบไหลเวียนจึงทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยลดอาการบวมและยังทำให้บริเวณที่นวดมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้นกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียน นอกจากนี้ยังมีต่อระบบกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพราะมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้นทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้นอาการเจ็บปวดจะลดลง ลดอาการเมื่อยล้า ลดอาการบวม และช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอ ซึ่งการนวดเป็นกดจุดบริเวณกระดูกและข้อต่อ

โดยข้อต่อเป็นส่วนปลายกระดูกที่มาต่อกันมีพังผืดหุ้มรอบข้อและภายในมีน้ำไขข้อ โดยการนวดทำให้ระบบหมุนเวียนเลือดในข้อต่อดีขึ้นทำให้น้ำไขข้อเพิ่มขึ้นจึงทำให้การเคลื่อนไหวได้คล่องขึ้นและไม่ทำให้ข้อต่อติดสามารถยืดเหยียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับวิราวรรณ ขันสู้[9] พบว่าการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า สามารถลดระดับอาการปวดได้หลังการรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยมีระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มก่อนการรักษาและหลังการรักษาในครั้งที่ 3 ท่าเงยและเอียงซ้ายในครั้งที่ 2 และท่าเอียงขวาในครั้งที่ 1ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่าสามารถลดระดับอาการปวดและเพิ่มระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอได้ โดยระดับอาการปวดที่ลดลงและระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอที่เพิ่มขึ้นซึ่งจะมีแนวโน้มไปตามจำนวนครั้งของการรักษาที่เพิ่มขึ้นด้วย จากการวิจัยการกักน้ำมันด้วยแนวทางและวิธีการของอายุรเวทอินเดีย พบว่า การกักน้ำมันสามารถระงับความเจ็บปวดของการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและลดความตึงของกล้ามเนื้อได้ ในปัจจุบันมีการรักษาด้วยวิธีการกักน้ำมัน โดยใช้น้ำมันหลายประเภท เช่น น้ำมันตำรับมะขาม น้ำมันไพล และน้ำมันตำรับขัดมอน เพื่อใช้ในการคลายกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ซึ่งการกักน้ำมันสมุนไพร คือการการรักษาความผิดปกติของกระดูก ข้อเข่า และกล้ามเนื้อ ใช้ควบคู่กับน้ำมันขัดมอน ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาช่วยเติมน้ำในข้อ ลดอาการปวดบวม อักเสบเฉพาะจุด และเพิ่มความแข็งแรงของข้อและกระดูก ซึ่งการรักษาโดยการนวดแบบราชสำนักจะเห็นผลการรักษาที่ดีขึ้นแต่ผลที่ได้ยังไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ์ และคณะ[10] ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยในการกักน้ำมันงาและน้ำมันตำรับขัดมอนในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง และเพื่อศึกษาความปลอดภัยของน้ำมันตำรับขัดมอน จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการกักน้ำมันงา และกลุ่มที่ 2 ได้รับการกักน้ำมันตำรับขัดมอน โดยทำการตรวจร่างกายและประเมินระดับความเจ็บปวด Visual analogue scale (VAS) ก่อนและหลังจากการกักน้ำมันต่อเนื่อง 5 วัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 1 มีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยก่อนการรักษาเท่ากับ 4.38 (S.D.=1.24) และหลังการรักษาเท่ากับ 2.14 (S.D.=1.59) กลุ่มที่ 2 มีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยก่อนการรักษาเท่ากับ 5.15 (S.D.=1.33) และหลังการรักษาเท่ากับ 1.85 (S.D.=1.09) จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดลดลงระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ 1 มีระดับความเจ็บปวดลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 (S.D.=1.26) และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 3.33 (S.D.=1.21) เมื่อทำการเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดที่ลดลงหลังการรักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$) โดยกลุ่มที่ 2 ได้รับการกักน้ำมันตำรับขัดมอนสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้มากกว่ากลุ่มที่ 1 ได้รับการกักน้ำมันงา เนื่องจากน้ำมันตำรับขัดมอนมีส่วนประกอบของสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการคลายกล้ามเนื้อ ลดการตึงเกร็ง และการอักเสบของกล้ามเนื้อ และไม่มีรายงานการแพ้ หรือการได้รับอันตรายของอาสาสมัครจากการกักน้ำมันตำรับขัดมอน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนและผู้รับบริการได้หันมาใช้บริการแพทย์แผนไทยในการบำบัดรักษา

2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางให้แก่หน่วยงานที่สนใจนำไปใช้ในการรักษา และเป็นแนวทางให้ประชาชนมีทางเลือกเพื่อการดูแล

สุขภาพของตนเองและอนุรักษ์ภูมิปัญญาของไทยด้านการนวดให้เป็นที่รู้จักแพร่หลายมากขึ้น

3. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการนวดรักษาแบบราชสำนักและการกักน้ำมันสมุนไพรให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ไพฑูรย์ เบ็ญจพรเลิศ. ออฟฟิศซินโดรม โรคน่ากลัวของคนวัยทำงาน [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article
2. สำนักงานสถิติแหงชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการมีการใชเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 (ไตรมาส 1). กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2566.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สัญญาณเสี่ยงโรคออฟฟิศซินโดรม [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 67].เข้าถึงจาก: https://www.thaihealth.or.th/?p=260013
4 กรมควบคุมโรค. ออฟฟิศซินโดรม. นนทบุรี: สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ; 2560.
5. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: https://fdasamutprakan.com/wp-content
6. ทวีศักดิ์ มากละม้ายและสุวภัทร บุญเรือน. ผลของการนวดรักษาแบบราชสานักร่วมกับการพอกเข่าในผู้ป่วยโรคจับโปงน้าเข่า [อินเตอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2017/proceeding/1504080545756650004753.pdf
7. คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล. การประเมินความปวด [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 67]. เข้าถึงจาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/images/knowledge/CPOT-2564.pdf
8. กัลยา ปานงูเหลือม และวิชัย อึงพินิจพงศ์. ความน่าเชื่อถือและความตรงของเครื่องมือวัดการเคลื่อนไหวคอ “WE-CAP”. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2561; 30:237-243.
9. วิราวรรณ ขันสู้. ผลการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน 2566; 1:16-29.
10. ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ์, ธวัชชัย กมลธรรม, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ และสรรใจ แสงวิเชียร. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยในการกักน้ำมันงา และน้ำมันตำรับขัดมอนในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารหมอยาไทยวิจัย 2563; 6:35-44.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

Effects of health Literacy Promotion Program on Stroke Preventive Behaviors of Risk Groups Luang Nuea Subdistrict, Ngao District, Lampang Province.

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 25,2025)

อักษร พรหมเมศร์[1]
Aksorn Phrommet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โปรแกรมพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามวัดความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (กลุ่มทดลอง M = 8.73, กลุ่มควบคุม M = 8.83) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 12.00) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 9.07) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลอง (M = 4.38, 4.19) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 3.70, 3.79) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะการรับประทานยา (M = 5.00) เทียบกับกลุ่มควบคุม (M = 4.98) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่า (จาก 150.07 เป็น 131.37 mmHg) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (จาก 154.17 เป็น 138.07 mmHg) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a health literacy promotion program on stroke preventive behaviors among high-risk patients in Luang Nuea Subdistrict, Ngao District, Lampang Province. The study involved 60 hypertensive patients, randomly divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The program was developed based on the health literacy framework and implemented over 12 weeks. Data collection tools included questionnaires measuring knowledge, perception, and stroke prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The results showed that before the intervention, both groups had moderate levels of knowledge (experimental group M = 8.73, control group M = 8.83). After the intervention, the experimental group demonstrated a significant increase in high knowledge levels (M = 12.00, $p < 0.001$), while the control group remained at moderate levels (M = 9.07). Perceptions of stroke risk and severity in the experimental group (M = 4.38, 4.19) were significantly higher than the control group (M = 3.70, 3.79, $p < 0.001$). Health behaviors in the experimental group improved across all aspects, particularly medication adherence (M = 5.00) compared to the control group (M = 4.98). Regarding clinical outcomes, the experimental group showed a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง

significantly greater reduction in systolic blood pressure (from 150.07 to 131.37 mmHg) compared to the control group (from 154.17 to 138.07 mmHg, $p < 0.001$).

Keywords: Stroke, Health Literacy, Health Literacy Promotion Program

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6.5 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 12.2 ล้านคน[1] โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่[2] การป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาระโรคในระดับประชากร

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดย Nutbeam นิยามว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเอง[3] ซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และวิธีการป้องกัน ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อาทิ การควบคุมระดับความดันโลหิต การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเลิกสูบบุหรี่[4]

ข้อมูลจากระบบสารสนเทศสุขภาพของจังหวัดลำปาง (Health Data Center [HDC]) แสดงแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่น่ากังวล โดยพบอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2563-2565 อยู่ที่ร้อยละ 8.88, 9.56 และ 9.29 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน และประวัติโรคในครอบครัว เพื่อป้องกันและควบคุมโรค[5] กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายระดับชาติในการคัดกรองความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานตั้งแต่ พ.ศ. 2559 โดยกำหนดให้สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการคัดกรอง เฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ[6]

แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดย Nutbeam ได้เสนอแนวคิดที่ประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) (2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) (4) การจัดการตนเอง (Self-management) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ (6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)[3] โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเพิ่มความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการยอมรับว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการดำเนินการในสามด้านหลัก ได้แก่ การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนในระยะแรกผ่านการบรรยายและการอภิปรายแบบมีปฏิสัมพันธ์[7] การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีและการตรวจพบปัจจัยเสี่ยงในระยะแรก[8] และการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมี

บทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพ[9] อย่างไรก็ตาม การนำกลยุทธ์เหล่านี้ไปใช้ยังเผชิญกับความท้าทายจากทรัพยากรที่จำกัดและความแตกต่างในระดับความรู้พื้นฐานของประชากรในแต่ละพื้นที่

จากหลักการและเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ แรงจูงใจ และความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรค ภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ และอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง มีอายุระหว่าง 35-60 ปี และมีภูมิลำเนาในตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จำนวน 1,085 คน

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.11[10] กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) = 1.425 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน เมื่อเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็น

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม

2. กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจากตำบลอื่นในความรับผิดชอบของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลงาว

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยต้องเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับปานกลาง (ร้อยละ 10-20) ตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค โดยต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน หรือโรคหัวใจ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตที่เป็นอุปสรรค มีภูมิลำเนาในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ประกอบด้วย การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม การมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันระหว่างการศึกษา และการขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[3] ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจพื้นฐานโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยง ฝึกการประเมินความเสี่ยงของตนเอง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม รวมทั้งใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การฝึกทักษะ เน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ประกอบด้วยการฝึกวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การประเมินอาการผิดปกติเบื้องต้น การจัดการอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามและประเมินการปฏิบัติตัวที่บ้าน ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเฉพาะราย ส่งเสริมการสนับสนุนและเสริมแรงจากครอบครัว พร้อมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและให้คำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

โปรแกรมดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งมีการติดตามทางโทรศัพท์ระหว่างสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 12 ข้อ ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลผลระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-8 คะแนน) และระดับสูง (9-12 คะแนน) แบบทดสอบมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.87

2. แบบสอบถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง 10 ข้อ และการรับรู้ความรุนแรง 10 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 (ระดับต่ำ) 2.34-3.67 (ระดับปานกลาง) และ 3.68-5.00 (ระดับสูง) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

3. แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ด้านละ 10 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 (ระดับต่ำ) 2.34-3.67 (ระดับปานกลาง) และ 3.68-5.00 (ระดับสูง) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91

4. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วยการวัดระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลที่ได้มาตรฐาน การคำนวณดัชนีมวลกายจากน้ำหนักและส่วนสูง (กิโลกรัม/เมตร^2) และการวัดเส้นรอบเอวด้วยสายวัดที่ตำแหน่งเหนือสะดือ 1 นิ้ว (เซนติเมตร) โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและทดสอบความแม่นยำในการวัดจากพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดตามมาตรฐานทุกสัปดาห์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย

1.2 ประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบทดสอบ

1.3 ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคด้วยแบบสอบถาม

1.4 ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยแบบประเมินพฤติกรรม

1.5 บันทึกค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว

2. ระยะดำเนินการทดลอง (12 สัปดาห์) กลุ่มทดลอง

2.1 สัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ให้ความรู้เรื่องโรค ฝึกประเมินความเสี่ยง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง

2.2 สัปดาห์ที่ 5-8 ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต การประเมินอาการผิดปกติ การจัดการอาหารและออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

2.3 สัปดาห์ที่ 9-12 ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พร้อมติดตามทางโทรศัพท์ระหว่างสัปดาห์

2.4 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติจากคลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีการตรวจติดตามทุก 1-2 เดือนตามนัด และได้รับคำแนะนำทั่วไปในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ระยะประเมินผล

3.1 เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบประเมินชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

3.2 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ตามเอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ E2566-063

ผลการวิจัย

1.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศชายและหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ย 51.60 ปี (S.D. = 6.79) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 70) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 50) และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 63.3) สำหรับกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 52.90 ปี (S.D. = 5.97) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 53.3) และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 63.4)

เมื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันในด้านระดับการศึกษาและอาชีพ แต่มีความแตกต่างในด้านสถานภาพสมรสและรายได้ โดยกลุ่มทดลองมีผู้ที่ยังโสดมากกว่า (ร้อยละ 70.0 เทียบกับร้อยละ 30.0) และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีสมาชิกที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 86.7 เทียบกับร้อยละ 6.7) ส่วนระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.73 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.00 คะแนน ความรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.001 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง 3.27 คะแนน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 คะแนน การรับรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่าก่อนการทดลอง 0.46 คะแนน

การรับรู้ความรุนแรงก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 คะแนน การรับรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่าก่อนการทดลอง 0.60 คะแนน

3. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.73 คะแนน (S.D. = 1.53) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 8.83 คะแนน (S.D. = 1.49) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.00 คะแนน (S.D. = 0.00) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.07 คะแนน (S.D. = 1.46) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = -11.696) โดยมีคะแนนความรู้มากกว่า 2.93 คะแนน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

การเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.77) และการรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.69) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.68) และการรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.34)

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 4.38 (S.D. = 0.35) และการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็น 4.19 (S.D. = 0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = -4.051 และ -5.625 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงลดลงเล็กน้อยเป็น 3.700 (S.D. = 0.566) และการรับรู้ความรุนแรงลดลงเป็น 3.789 (S.D. = 0.406) โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.057 และ 0.190 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้มีผลต่อการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พฤติกรรมสุขภาพ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉลี่ย 3.16 (S.D. = 0.63) การรับประทานยาเฉลี่ย 2.70 (S.D. = 0.99) และการออกกำลังกายเฉลี่ย 2.81 (S.D. = 1.51) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉลี่ย 3.17 (S.D. = 0.66) การรับประทานยาเฉลี่ย 3.08 (S.D. = 0.73) และการออกกำลังกายเฉลี่ย 2.64 (S.D. = 1.01)

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นเป็น 4.10 (S.D. = 0.30) การรับประทานยาเพิ่มขึ้นเป็น 5.00 (S.D. = 0.00) และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็น 3.65 (S.D. = 0.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = 7.661, 1.361 และ 6.207 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนน

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็น 3.33 (S.D. = 0.48) การรับประทานยาเป็น 4.98 (S.D. = 0.10) และการออกกำลังกายเป็น 2.59 (S.D. = 0.87) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลลัพธ์สุขภาพ

การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตและผลลัพธ์สุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 150.07 mmHg (S.D. = 9.840) ความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 88.37 mmHg (S.D. = 10.893) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.96 (S.D. = 4.22) และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 85.97 ซม. (S.D. = 10.009) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 154.17 mmHg (S.D. = 8.840) ความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 87.17 mmHg (S.D. = 12.852) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.37 (S.D. = 6.41) และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.03 ซม. (S.D. = 17.608)

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในเกือบทุกตัวชี้วัด โดยมีค่าความดันซิสโตลิกลดลงเหลือ 131.37 mmHg (S.D. = 10.206) ดัชนีมวลกายลดลงเหลือ 23.93 (S.D. = 4.10) และเส้นรอบเอวลดลงเหลือ 84.17 ซม. (S.D. = 9.531) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าความดันซิสโตลิก 138.07 mmHg (S.D. = 8.725) ดัชนีมวลกาย 27.33 (S.D. = 6.41) และเส้นรอบเอว 87.50 ซม. (S.D. = 12.985) ส่วนค่าความดันไดแอสโตลิกของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .092$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 79.57 mmHg (S.D. = 9.626) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 78.73 mmHg (S.D. = 11.823) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 8.73) เป็นระดับสูง (M = 12.00) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 9.07) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura[11] ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสังเกต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nutbeam[3] ที่พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ความสำเร็จของโปรแกรมเกิดจากการผสมผสานวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งการบรรยายอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านที่ช่วยเสริมความเข้าใจและแก้ไขความเข้าใจผิดได้ทันที การใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วม และการสร้างแรงจูงใจผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับและการเสริมแรงทางบวก

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพบว่า กลุ่มทดลองมีการพัฒนาการรับรู้ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง (M = 4.38) และความรุนแรง (M = 4.19) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 3.70, 3.79) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman และคณะ[4] ที่พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพได้ดีขึ้น การเพิ่มขึ้นของการรับรู้นี้เป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมได้ประเมินความเสี่ยงของตนเอง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม ซึ่งช่วยให้เกิดความตระหนักและเข้าใจความเสี่ยงของตนเองได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านยังช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถประเมินความเสี่ยงในสภาพแวดล้อมจริงและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความ

เสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยเฉพาะการรับประทานยา (M = 5.00) และการรับประทานอาหาร (M = 4.10) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rosenstock และคณะ[12] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fisher และคณะ[10] ที่พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษารายบุคคลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นนี้เป็นผลมาจากการฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การวัดความดันโลหิต การจัดการอาหาร และการออกกำลังกาย รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านที่ช่วยให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเฉพาะราย ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถนำความรู้และทักษะไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่ลดลง (จาก 150.07 เป็น 131.37 mmHg) มากกว่ากลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Whelton และคณะ[13] ที่พบว่าการให้ความรู้และการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mills และคณะ[14] ที่แสดงให้เห็นว่าการจัดการความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการผสมผสานทั้งการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง การลดลงของความดันโลหิตในการศึกษานี้เป็นผลมาจากการที่ผู้เข้าร่วมได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านที่ช่วยให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) อย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเฉพาะการติดตามค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่ลดลง (จาก 150.07 เป็น 131.37 mmHg) ว่าสามารถคงอยู่ได้นานเพียงใดและมีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

2. ควรขยายการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว การขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จะช่วยทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านมีส่วนสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยควรศึกษาว่าปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชนใดที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล โดยเฉพาะคลินิกความดันโลหิตสูง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้อย่างมีนัยสำคัญ (จาก 150.07 เป็น 131.37 mmHg) และพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในทุกด้าน

2. ควรพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมิน ให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาเฉพาะรายในสภาพแวดล้อมจริง ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การวัดความดันโลหิต การจัดการอาหาร เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Stroke: Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Feb 17]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke
2. American Heart Association. Stroke Risk Factors [Internet]. Dallas (TX): American Stroke Association; 2023 [cited 2025 Feb 17]. Available from: https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evid Rep Technol Assess. 2011;(199):1-941.
5. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics—2021 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2021;143(8):e254-e743.
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1069820211201024043.pdf
7. Chung BPH, Helmy TAF, Min JH, Boudville IC, Lim SM, Tan NC, et al. Health literacy in stroke: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2021;124:104093.
8. MacKay-Lyons M, Billinger SA, Eng JJ, Dromerick A, Giacomantonio N, Hafer-Macko C, et al. Focused update on aerobic exercise in stroke rehabilitation: An updated systematic review and meta-analysis. Stroke. 2020;51(11):3397-407.
9. Young ME, Lutz BJ, Creasy KR, Cox KJ, Martz C. A comprehensive assessment of family caregivers of stroke survivors during inpatient rehabilitation. Disabil Rehabil. 2021;43(7):958-67.
10. Fisher EB, Boothroyd RI, Elstad EA, Hays L, Henes A, Johnson S, et al. Peer support of complex health behaviors in prevention and disease management with special reference to diabetes: systematic reviews. Clin Diabetes Endocrinol. 2017;3:4.
11. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
12. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
13. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. J Am Coll Cardiol. 2018;71(19):e127-e248.
14. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. Circulation. 2016;134(6):441-50.

การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา

Nursing care of the patient Gangrenous cholecystitis with Septic shock and Hypertension: A case study.

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

จันทิมา เอี่ยมภูมิ[1]
Chantima Iampoom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 72 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ปวดทั่วท้อง มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียน 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสำคัญในระหว่างการดูแล มีดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน ปวดท้อง มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย มีไข้สูง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก (เลือดออกในช่องท้อง ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ) ปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ท้องอืดหลังการผ่าตัดเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง วิตกกังวลจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน หลังจากได้รับการรักษาพยาบาล พบว่า ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปลอดภัย แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ: ถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตาย, ภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was case study. The objective was to study the problem and nursing care of a patient Gangrenous cholecystitis with Septic shock and Hypertension. This is a case is a 72-year-old male The patient came with the chief complaint of generalized abdominal pain, fever, diarrhea, hiccups, and vomiting, 7 hours before coming to the hospital.

This study found that an important problem in the preoperative period follows: septic shock, risk of hypoxia, abdominal pain, imbalance of fluid and electrolytes, high fever, and patients and relatives who are anxious and afraid of surgery. This study found that an important problem in the postoperative period follows: risk of inefficient breathing, risk of complications after surgery in the first 24 hours: (intra-abdominal bleeding, fluid imbalance), surgical wound pain, flatulence, risk of complications from hypertension, anxiety from lack of knowledge on how to behave when discharged. After receiving treatment and nursing care, it was found that all problems were resolved until the patient improved and was safe. The doctor then discharged the patient from the hospital to home.

Keywords: Gangrenous cholecystitis, Septic shock, Hypertension

บทนำ

ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะหนึ่งในระบบทางเดินอาหาร มีขนาดเล็กอยู่บริเวณท้องด้านขวาใกล้ตับ ทำหน้าที่เก็บน้ำดีและบีบตัวให้น้ำดีไหลไปยังลำไส้เล็ก เพื่อช่วยย่อยอาหาร โดยเฉพาะอาหารจำพวกไขมัน[1]หากเกิดการอุดตันของน้ำดี จะส่งผลให้ถุง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

น้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม พบบ่อยในผู้ที่มีอายุ 40-60 ปีขึ้นไป เนื่องจากช่วงอายุนี้มักมีไขมันในเลือดสูงมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยสาเหตุการเกิดถุงน้ำดีอักเสบส่วนใหญ่มาจากนิ่วในถุงน้ำดี พบได้สูงถึงร้อยละ 90-95 และส่วนน้อยไม่ได้มาจากนิ่วถุงน้ำดี พบประมาณร้อยละ 5-10 เช่น ผู้ป่วยบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อจำนวนมาก ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางเส้นเลือด ผู้ป่วยที่ได้รับการงดอาหารและน้ำเป็นเวลานาน[2] เมื่อเกิดถุงน้ำดีอักเสบและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อที่ถุงน้ำดี ทำให้ถุงน้ำดีขาดเลือด ส่งผลให้เนื้อเยื่อถุงน้ำดีเน่าตาย ถุงน้ำดีทะลุ ถุงน้ำดีแตก เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง และเกิดภาวะช็อกตามมา ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมักพบการติดเชื้อที่ถุงน้ำดีที่ทำให้ถุงน้ำดีขาดเลือดจนเนื้อเยื่อถุงน้ำดีเน่าตายในผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย และมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 15 – 50[3,4] ซึ่งในภาพรวมผู้ที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 7.6-2.6 และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 1[5] การรักษาเมื่อเกิดเนื้อเยื่อถุงน้ำดีเน่าตายในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเพื่อตัดถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) ขจัดสาเหตุการติดเชื้อ มีทั้งการผ่าตัดแบบใช้กล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) และแบบผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open Cholecystectomy) ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่มีโอกาสเกิดได้ เช่น เลือดออกมาก ติดเชื้อ บาดเจ็บของท่อน้ำดีและตับ น้ำดีรั่ว เป็นต้น[6]

จากสถิติผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 พบมีจำนวนผู้ป่วย 49, 57, 53 ราย ตามลำดับ และได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง (Open cholecystectomy) จำนวน 40, 45, 47 รายตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) จำนวน 22, 19, 28 รายตามลำดับ[7] หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็น ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบ สามารถนำความรู้เหล่านั้น มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสถิติผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดถุงน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงได้คัดเลือกผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง (Open cholecystectomy) มาเป็นกรณีศึกษา โดยค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งต่างๆ นำมาเป็นแนวทางวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของพยาธิสภาพของโรค ปลอดภัยภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบที่มีเนื้อตายร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาทฤษฎีของโรคเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา การพยาบาล และเลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหา และวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดย

ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายอายุ 72 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวและ ไม่เคยตรวจสุขภาพ นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 7 อาชีพค้าขาย เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566 แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรก Abdominal infection with Severe sepsis วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Gangrenous cholecystitis with Septic shock ทำผ่าตัด Open cholecystectomy (Subtotal cholecystectomy) เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำหน่ายทุเลาวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียนมาก 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ไม่มีถ่ายเหลว ไม่อาเจียนและไม่มีไข้ ไปซื้อยาแก้ปวดท้องรับประทานเอง อาการทุเลาเป็นพักๆ 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียนมาก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ รู้สึกตัวดี กระสับกระส่าย หายใจเร็วตื้น ตัวเย็น ปวดท้อง กดเจ็บทั่วท้อง เจ็บมากบริเวณช่องท้องด้านบนข้างขวา ท้องอืด สะอึก สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97 เปอร์เซ็นต์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566 CBC: WBC 26,240 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, Neutrophil 93 เปอร์เซ็นต์ Blood chemistry: BUN 67 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 1.90 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Sodium 124 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 2.9 มิลลิโมล/ลิตร Coagulogram: INR 1.47 Hemo culture: no growth

วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2566 Blood chemistry: Sodium 126 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 3.1 มิลลิโมล/ลิตร

วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 Blood chemistry: BUN 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 0.80 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Sodium 139 มิลลิโมล/ลิตร Potassium 4.1 มิลลิโมล/ลิตร

วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 Blood chemistry: Sodium 137 มิลลิโมล/ลิตร Potassium 4.1 มิลลิโมล/ลิตร

ผลการตรวจอื่นๆ

วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566 CT Abdomen: Gallstone, Gallbladder hydrops with acute calculus cholecystitis

การรักษา

ระยะก่อนผ่าตัด

1. สารน้ำ ยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ดังนี้ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอย่างเร็ว 500 มิลลิลิตร ต่อด้วย 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, NSS 1,000 มิลลิลิตร + KCL 40 มิลลิอิควิวาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง x 2, Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาสะอึก ทุก 6 ชั่วโมง, Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง, Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมงNicardipine 1:10 ทางหลอดเลือดดำ หยด

อัตรา 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 160/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ยารับประทาน Hydralazine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานทันที

ระยะหลังผ่าตัด

1. สารน้ำ ยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ดังนี้ NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาคลื่นไส้อาเจียน ทุก 6 ชั่วโมง, MO 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง, MO 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 2 -4 ชั่วโมง, Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง, Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, Nicardipine 1 : 5 ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 5 -20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

2. ยารับประทาน ดังนี้ Tramol 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานวันละ 1 ครั้ง, Gastab 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

3. อื่นๆ Berodual 1 หลอด พ่นทุก 6 ชั่วโมง และเวลา Dyspnea

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากถุงน้ำดีอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรง กระสับกระส่าย มีอาการหนาวสั่น ท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้อง วัดสัญญาณชีพ พบมีไข้สูง อุณหภูมิร่างกาย 39.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจเบาเร็ว 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/100 มิลลิเมตรปรอท วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 92 เปอร์เซ็นต์ เจาะระดับแลคเตทในเลือด เท่ากับ 5.3 CBC พบ ค่า WBC เท่ากับ 26,240 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil เท่ากับ 93 เปอร์เซ็นต์ **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน และเฝ้าระวังอาการ อาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ซึมลง หายใจเหนื่อย 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ทุก 1 – 2 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ O_2 mask with bag 10 ลิตร/นาที 4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สังเกตอาการหลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ หายใจเหนื่อย หนังตาบวม 5. ค้นหาชนิดของเชื้อ (septic work up) ตามแผนการรักษา โดยติดตามผลเพาะเชื้อจากเลือด และให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังแพทย์มีคำสั่งรักษาเป็น Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง 6. ประเมินภาวะไข้เพื่อติดตามผลการตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ กรณีผู้ป่วยรายนี้ไข้ไม่ลง ทบทวนร่วมกับทีมแพทย์พิจารณาปรับยาเป็น Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 7. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hemo culture, CBC, BUN, creatinine, electrolyte, lactase เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง **การประเมินผล** ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพอุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 38.2 – 38.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย มากกว่า 65 อัตราการเต้นของหัวใจ 100-104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับแลคเตทในเลือดลดลงเหลือ 1.5 ปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากหายใจเหนื่อย **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย หายใจเร็วตื้น อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที หน้าซีด ตัวเย็น มือเท้าเย็น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 92 เปอร์เซ็นต์	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว และปอดสามารถขยายตัวได้มากขึ้น 3. ดูแลให้ผู้ป่วย On O_2 mask with bag 10 ลิตร/นาที 4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ O_2 sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดง ของภาวะพร่องออกซิเจน
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน	5. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความอิ่มตัวของออกซิเจน น้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ การไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย มากกว่า 3 วินาที เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และจำกัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย อัตราการหายใจลดลง 18 – 22 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 95 - 99 เปอร์เซ็นต์ การไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย น้อยกว่า 2 วินาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น แดงดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยปวดท้องใต้ชายโครงข้างขวาเนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดีจากการอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นปวดท้องมาก สีหน้าไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย pain score = 8 คะแนน ท้องอืด ตรวจหน้าท้องพบท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้อง แพทย์วินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีอักเสบ **วัตถุประสงค์** เพื่อลดอาการปวดท้อง และให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น	1. ประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวด โดยสังเกต สีหน้าท่าทาง และสอบถามจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ประเมิน pain score เพื่อประเมินความรุนแรงของการเจ็บปวด 2. ดูแลการงดอาหารและน้ำ อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา พยาบาล การงดอาหารและน้ำ จะช่วยลดการกระตุ้น ทำให้อาการปวดท้องลดลง 3. ให้ Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังได้รับยา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ 4. จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดท่านอนตะแคงซ้ายลง และงอเข่าตำแหน่งนี้ช่วยลดแรงกดบนถุงน้ำดี และสามารถบรรเทาอาการปวดได้ 5. ประเมินอาการปวดซ้ำหลังจากได้ยาบรรเทาปวด และการพยาบาลเพื่อลดปวด ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้น พิจารณารายงานแพทย์ **การประเมินผล** หลังได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1 ครั้ง สีหน้าผู้ป่วยสุขสบายขึ้น นอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย pain score = 3 คะแนน ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะ ไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องทั่วท้อง รับประทานอาหารได้น้อยมา 5 วัน แรก	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ กระหายน้ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง ชีพจรเร็ว ปัสสาวะออกน้อยสีเข้ม 2. ประเมินลักษณะสีและจำนวนของสารคัดหลั่งที่ออกจากสาย NG tube หากไม่มีออกเพิ่ม หรือออกน้อยลง ร่วมกับท้องไม่อืดตึงและไม่มีคลื่นไส้อาเจียน พิจารณาถอดสาย NG tube ตามแผนการรักษา 3. ประเมินสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แรกรับมีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว สะอึกและอาเจียนมาก อ่อนเพลีย ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง ผลตรวจ Electrolyte พบค่า sodium ต่ำเท่ากับ 124 มิลลิโมล/ลิตร และ potassium ต่ำเท่ากับ 2.9 มิลลิโมล/ลิตร BUN 67 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 1.90 มิลลิกรัม/เดซิลิตร NG tube content สีเขียว 200 มิลลิลิตร **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะ ไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย และเพิ่มปริมาณสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	4. ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ NSS 1,000 มิลลิลิตร + KCL 40 มิลลิอิควิวาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง x 2 ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 5.ประเมินและติดตามอาการของภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ในร่างกาย เช่น อาการอ่อนเพลีย ชีพจรเต้นผิดจังหวะ 6. ติดตามผลการตรวจ BUN, creatinine, electrolyte เพื่อประเมิน ความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายอย่างต่อเนื่อง **การประเมินผล** ผู้ป่วยผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น ริมฝีปากไม่แห้ง ผลการตรวจค่า electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ sodium 137 มิลลิโมล/ลิตร potassium 4.1 มิลลิโมล/ลิตร chloride 101 มิลลิโมล/ลิตร bicarbonate 30.4 มิลลิโมล/ลิตร BUN 24 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Creatinine 0.80 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมีสมดุลน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยตัวร้อน บ่นหนาวๆร้อนๆ วัดสัญญาณชีพพบมีไข้สูง อุณหภูมิกาย 39.8 องศาเซลเซียส **วัตถุประสงค์** เพื่อลดไข้และส่งเสริมความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย	1. ดูแลช่วยเหลือเช็ดตัวลดไข้ และสอนสาธิตญาติให้เช็ดตัวลดไข้ โดยวิธีที่ถูกต้องดังนี้ เช็ดตัวโดยใช้น้ำเย็นธรรมดา การเช็ดตัวต้องเช็ดนาน 15 - 30 นาที ขณะเช็ดตัวใช้ผ้าถูตัววางบริเวณซอกคอ รักแร้ ขอพับ หน้าอก เพื่อให้บริเวณนี้ได้สัมผัสน้ำมากที่สุด จะช่วยนำความร้อนออกจากร่างกายได้มาก 2. หลังเช็ดตัวแล้ว 30 นาที วัดอุณหภูมิซ้ำและบันทึกในฟอร์มปรอท เพื่อติดตามผลการพยาบาล 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทางหลอดเลือดดำเป็น NSS 1,000 ml + KCL มิลลิอิควิวาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง แผนการรักษาของแพทย์ 4. จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ เพื่อเป็นการลดกิจกรรมของร่างกาย จะทำให้การเผาผลาญลดน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดความร้อนที่ผลิตขึ้นในร่างกายได้ 5. ติดตามอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการดำเนินของไข้ หากพบความผิดปกติประสานรายงานแพทย์ **การประเมินผล** ผู้ป่วยยังคงมีไข้ 38 – 38.2 องศาเซลเซียส หลังจากได้รับการเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาโดยการผ่าตัดและเป็นการผ่าตัดแบบเร่งด่วน **ข้อมูลสนับสนุน** หลังได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมา 4 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรงขึ้น มีอาการแสดงถึงภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แพทย์จึง Set OR for Open cholecystectomy ทันที ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามซ้ำๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด **วัตถุประสงค์** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ หลังได้รับข้อมูลจากแพทย์ 2. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค และการรักษาโดยการผ่าตัดของแพทย์ ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามถึงสิ่งที่เกี่ยวข้อง กับโรคและการรักษา 3. ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขณะผ่าตัดจากทีมผ่าตัดตลอดเวลา 4. ดูแลความสะอาดของร่างกาย และบริเวณที่จะทำผ่าตัด โกนขนหน้าท้องด้วยการใช้ Electric clipper 5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 6. ดูแลจองเลือด PRC 2 ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7.ประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็น ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด 8. ตรวจสอบฟันปลอม สร้อย แหวนของมีค่าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยถอดฝากของมีค่าไว้กับญาติ ตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วย ให้ครบถ้วนและถูกต้อง เพื่อส่งต่อทีมผ่าตัด 9. วัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปห้องผ่าตัด และให้การดูแลใกล้ชิดจากพยาบาลขณะเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาโดยการผ่าตัดของแพทย์ และร่วมมือในการรักษา คลายความวิตกกังวล ลงนามยินยอมผ่าตัด และได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างถูกต้องครบถ้วน
ระยะหลังผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง และฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกตกค้าง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Subtotal cholecystectomy ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และได้รับยาระงับความรู้สึก Propofol ยาระงับความปวด Fentanyl ผลข้างเคียงทำให้กดการหายใจ และหลังออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซึมหลับปลุกตื่น sedative score 1 คะแนน **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพ	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ประเมินสีของเล็บ ปลายมือและปลายเท้า ลักษณะการซีดเขียว เพื่อดักจับอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 2. สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกและฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ 4. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น 5. กระตุ้นการหายใจ ลึกและช้า เพื่อให้ถุงลมปอดขยายตัว 6. ให้ O_2 T-piece 10 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมารออกซิเจนในเลือด 7. ดูแลพ่นยา Berodual 1 หลอด ทุก 6 ชั่วโมง และเวลา Dyspnea ตามแผนการรักษา **การประเมินผล** ผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี สัญญาณชีพปกติ หายใจเองสม่ำเสมอ การขยายตัวของปอดปกติ เสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ถอดท่อช่วยหายใจ ให้ O_2 cannula และต่อมาหายใจในอากาศปกติได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ เลือดออก ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Subtotal cholecystectomy เสียเลือดจากการผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ใส่สายระบาย jackson – pratt drain 1 เส้น สารคัดหลั่งเป็นเลือดคาสาย **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกมาก และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ	1.ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ 2. ประเมินอาการเลือดออกในช่องท้อง เช่น ปวดในช่องท้องรุนแรง ท้องแข็งตึง หรือมีอาการกระสับกระส่าย ให้รีบรายงานแพทย์ 3. สังเกตสี และบันทึกปริมาณของสารคัดหลั่งจากสายระบาย jackson – pratt drain 4. ติดตามผล Hematocrit ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะเสียเลือด 5. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 60 และ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 6.ประเมินปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้ตัวดี สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม และ สารคัดหลั่ง jackson – pratt drain เป็นเลือดออกเล็กน้อย ไม่มีอาการและอาการแสดงของการมีภาวะตกเลือดในช่องท้องหลังผ่าตัด สารน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล Hematocrit 35.2 เปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Subtotal cholecystectomy มีแผลผ่าตัดใต้ชายโครงข้างขวา บ่นปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ ประเมิน pain score = 8 คะแนน ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท **วัตถุประสงค์** เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย	1. ประเมินพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย และประเมิน pain score ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง ดูแลจิตใจโดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น พักผ่อนได้ 4. แนะนำการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดเพื่อช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ดูแลไม่ให้อุปกรณ์และสายต่างๆ ดึงรั้ง 5. สอนการไออย่างถูกวิธีโดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึกๆช้าๆผ่านทางจมูกและหายใจออกช้าๆผ่านทางปากจำนวน 5 ครั้ง ในขณะหายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมา และลดการสั่นสะเทือนของบาดแผลใช้มือประคองแผลทุกครั้ง 6. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และ MO 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 2 -4 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก 7.ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramol 40 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น 8. ประเมิน pain score และตรวจวัดสัญญาณชีพหลังได้รับยา **การประเมินผล** ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ประมิน pain score = 2 คะแนน ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดและมีสายระบายออกสู่ภายนอก **ข้อมูลสนับสนุน** ได้รับการผ่าตัด Subtotal cholecystectomy มีแผลผ่าตัดใต้ชายโครงข้างขวา แผลมีเลือดเก่าๆ ซึม ใส่สายระบาย jackson – pratt drain 1 เส้น หลังผ่าตัด 3 วันแรกยังมีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 38 -38.5 องศาเซลเซียส **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล สังเกตลักษณะของสารคัดหลั่งจากแผลทุกครั้งที่ทำแผล 2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลและทำแผลโดยยึดหลังปราศจากเชื้อ 3. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ใช้มือหรือสิ่งของถูกบาดแผล 4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติดูแลรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไปเพื่อลดการติดเชื้อ 5. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีนและวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล 6. ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา 7. ดูแล Jackson Pratt drain ดังนี้ ดูแลให้เป็นระบบปิด และต้องบีบกระเปาะให้แบนเพื่อสร้าง Negative pressure ตลอดเวลา บันทึกลักษณะ ปริมาณของสารคัดหลั่งอย่างน้อยเวรละครั้ง เมื่อสารคัดหลั่งเต็มกระเปาะต้องเททิ้ง เมื่อต้องเปิด-ปิด จุกระบาย ใช้ alcohol.70% เช็ดทำความสะอาดก่อนทุกครั้ง 7. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล **การประเมินผล** แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบ รอบแผลไม่บวมแดง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.9 – 37.4 องศาเซลเซียส
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืดหลังการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** หน้าท้องอืดตึง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ บ่นแน่นท้อง เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 1-2 ครั้ง/นาที **วัตถุประสงค์** เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้	1. กระตุ้นการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 2. ดูแลให้งดอาหารและน้ำในช่วง 2 วันแรกหลังผ่าตัด และให้เริ่มรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน ตามแผนการรักษาของแพทย์ และกระตุ้นการลุกเดินโดยเร็ว (Early Ambulation) 3. ประเมินอาการแน่นอึดอัดท้องเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และรายงานแพทย์เพื่อให้ยาลดอาการท้องอืด 4.จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย ปรับหัวเตียงให้สูง ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า Fowler 's Position เพื่อช่วยบรรเทาอาการแน่นอึดอัดท้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ดูแลให้ Gastab 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำสมุนไพรที่มีฤทธิ์ขับลม เช่น น้ำขิง ชามินท์ น้ำลูกยอ เป็นต้น **การประเมินผล** ผู้ป่วยลุกเดินได้ดี ไม่มีอาการแน่นท้อง ผายลมและถ่ายอุจจาระได้ ท้องนิ่ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยไม่เคยตรวจร่างกาย ไม่มีประวัติการรักษาเกี่ยวกับโรคประจำตัวมาก่อน แต่ตลอดการรับการรักษา ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สูง 160/90 – 180/100 มิลลิเมตรปรอท จากการสอบถามประวัติเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ แต่ไม่เคยมารับการตรวจจากแพทย์ **วัตถุประสงค์** เพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันอันตรายจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไต	1. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาเป็น Nicardipine 1 : 5 ทางหลอดเลือดดำ หยดอัตรา 5 -20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ในช่วงวันแรกๆของการเข้ารับการรักษา และปรับเป็นยา Amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 tab วันละ 1 ครั้งหลังอาหาร 2. ติดตามสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตและประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง 4. แนะนำการรับประทานยาลดความดันอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด 5. แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และลดอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง 6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ 6.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย อาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก คล้ายมีสิ่งของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย 6.2 โรคหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติ ได้แก่ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน 6.3 ไตเสื่อมสภาพมากขึ้น อาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะสีส้มหรือสีน้ำล้างเนื้อ อาการบวมบริเวณหนังตา ใบหน้า และขาทั้งสองข้าง **การประเมินผล** ความดันโลหิตไม่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว เจ็บแน่นหน้าอก ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของโรคความดันโลหิตสูง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวล สอบถามเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานอาหารและยา **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน	1. ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน 2. ให้คำแนะนำ ดังนี้ 2.1 ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2.2 งดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2.3 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย 19-23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2.4 ออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างเบาๆ เช่น บริหารแขน ขา และเท้า ยกแขน วันละประมาณ 30-45 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ 2.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง หรืออาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง รับประทานอาหารประเภทกากใย เนื่องจากพบว่าอาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยควบคุมอาการท้องเสียภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดี และอาหารที่มีกากใยจะรวมตัวกับน้ำดีที่ตับสร้างและหลั่งออกมา เพื่อช่วยย่อยไขมันและคอเลสเตอรอล ตลอดจนช่วยการทำงานของลำไส้ รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ เนื่องจากจะช่วยในกระบวนการย่อยและดูดซึมทำให้การขับถ่ายปกติ และควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ผักที่เพิ่มแก๊สในทางเดิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อาหาร เช่น กะหล่ำปลี ดอกกะหล่ำ หัวหอม กระเทียม หน่อไม้ฝรั่ง บล็อกโคลี่ เป็นต้น และผลไม้ที่เพิ่มแก๊สในทางเดิน อาหาร เช่น องุ่น แคนตาลูป แอปเปิล ลูกสาลี่ แครอท ข้าวโพด ถั่วลิสง เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดีกระบวนการย่อยอาหารผิดปกติ ทำให้แน่นและอืดอัดในท้อง และท้องเสียง่าย งดอาหารที่มีรสเค็ม เพื่อลดการดูดกลับน้ำเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูง และลดสารก่อนิ่ว 2.6 ปรับปริมาณมื้ออาหารโดยแบ่งการบริโภคอาหารเป็นมื้อย่อยคือ 5 มื้อ ต่อวัน และลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ เนื่องจากการความเข้มข้นของถุงน้ำดีลดลงจากการตัดถุงน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการย่อยอาหาร 2.7 รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา 2.8 หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด 2.9 นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน 2.10 หลีกเลี่ยงการยกของหนักอย่างน้อย 6 สัปดาห์ (น้ำหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม) เพราะอาจทำให้เกิดแรงดันในช่องท้องเสี่ยงต่อการเกิดแผลปริหรืออักเสบได้ 2.11 จัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด อยู่ในที่อากาศถ่ายเท 2.12 แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด การทำแผลวันละครั้งที่โรงพยาบาล ถ้ามีเลือด น้ำเหลือง สารคัดหลั่งซึมออกมาจากแผลให้ไปทำแผล แต่ถ้ามีอาการปวด บวม แดง ร้อน ร่วมกับมีไข้ ให้รีบกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด 2.13 แนะนำการมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยและตอบข้อสงสัยเพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง **การประเมินผล** ผู้ป่วยคลายความกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น บอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

เนื่องจากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย มีสาเหตุมาจากนิ่วในถุงน้ำดี ทำให้ความดันในถุงน้ำดีสูงขึ้น ถุงน้ำดีจะโป่งตึง ผนังบวม กดทับลงบนท่อน้ำดีจนทำให้ท่อน้ำดีบวม ส่งผลให้น้ำดีไหลไม่สะดวกและขังอยู่ในถุงน้ำดีและมีการอักเสบและติดเชื้อ[2] ในช่วงที่เริ่มมีการติดเชื้อในร่างกายผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และเกิดอวัยวะล้มเหลว ได้แก่ การแข็งตัวของเลือดเริ่มผิดปกติ ไตมีของเสียคั่ง[8] ทำให้แพทย์ต้องตัดสินใจผ่าตัดถุงน้ำดีออกอย่างรีบด่วน การเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจให้พร้อม ทำให้การผ่าตัดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ในระยะหลังผ่าตัดต้องมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออกในช่องท้อง ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ รวมถึงภาวะท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี แต่พบผู้ป่วยมีปัญหาท้องอืด เนื่องจากไม่สามารถกระตุ้นการลุกเดินเร็วได้ จากผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง จึงต้องจัดการความปวดโดยให้ยา Morphine เพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งผลข้างเคียงทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง แพทย์จึงต้องพิจารณาให้ยาลดอาการท้องอืดร่วมด้วย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ในระยะวางแผนจำหน่าย พยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง เพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถุงน้ำดี การติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการ

ดูแลตนเอง และช่วยแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรได้รับการประเมิน คัดกรองเพื่อดักจับภาวะช็อกจากการการติดเชื้อในกระแสเลือดและการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดความถี่ในการประเมินให้มีความไวเพียงพอสำหรับการดักจับตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เช่น SOS score หรือ qSOFA หรือเครื่องมืออื่นๆ ที่องค์กรพัฒนาขึ้น

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี จะทำให้กระบวนการย่อยอาหารผิดปกติ เกิดอาการแน่นและอืดอัดในท้อง และท้องเสียง่าย ควรเน้นการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันอาการท้องอืด แน่นท้อง เช่น การบริโภคอาหารที่ย่อยและดูดซึมง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี พงศ์ชัยเดชา. สรีรวิทยาระบบทางเดินอาหาร.เชียงใหม่: ภาควิชาสรีรวิทยาคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2562.
2. วรรณา สิทธิไชย. 2567. การพยาบาลผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files/)
3. ดรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์สุปัญญาบุตร, และรัชชยา มหาสิริมงคล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาล มหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561; 15(3) : 24-34.
4. Onder A., Kapan M., Burak Veli Ulger BV., Oguz A., Turko A., and Uslukaya O. Gangrenous Cholecystitis: Mortality and Risk Factors. Int Surg 2015; 100: 254 – 260.
5. วิริยาพร ฤทธิทิศ. โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน Acute cholecystitis. กรุงเทพฯ : คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2564.
6. Martínez GA. Summary of Complications of Laparoscopic Cholecystectomy International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies 2023; 3(9) :1989-1991.
7. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 [อินทราเน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data sys/report_/
8. ทิฏฐิ ศรีวิสัย, และวิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9(2): 152- 162.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Self-Care Behavior Modification Program for Individuals with Long-Term Dependency in Bung Mai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

จุฬาภรณ์ จิตพิลา[1]
CHULAPORN CHITPILA[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-care behavior modification program for individuals with long-term dependency in Bung Mai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 60 participants, divided into two groups of 30 each. The experimental group comprised individuals with long-term dependency in Bung Mai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province, while the comparison group included individuals with long-term dependency in Kham Kwang Subdistrict, Warin Chamrap 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, between December 1, 2024, and January 31, 2025. The differences in mean scores within the experimental and comparison groups were analyzed using the paired t-test, while differences between groups were examined using the independent t-test, with a significance level set at 0.05.

The findings revealed that, after the intervention, the mean scores for self-care knowledge, social support, quality of life, medication adherence, and self-care behaviors among individuals with long-term dependency in the experimental group were significantly higher than their pre-intervention scores and those of the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Program, Self-care Behavior, Dependent People

บทนำ

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (long-term dependency) มักจะเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรค

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกางฮุง ตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดตัวเอง และการเคลื่อนไหว การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ส่งผลให้จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[1] พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และคาดการณ์ว่าภายในปี 2030 จำนวนผู้สูงอายุจะเกินร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งทำให้ปัญหาการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงกลายเป็นประเด็นสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศ การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพเป็นความท้าทายสำหรับครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงมีข้อจำกัด นอกจากนั้น ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวมักต้องเผชิญกับภาระทางกายภาพและจิตใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดภาระการดูแลจากผู้อื่น การขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัวและสังคม หรือการทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเสื่อมถอยอย่างรวดเร็ว จากงานวิจัยของ Smith et al.[2] ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ไม่ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ในทางกลับกัน งานวิจัยจาก Jones et al.[3] พบว่าการสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดูแลตนเองได้ในบางเรื่อง เช่น การควบคุมโรคประจำตัว การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีผลดีต่อการลดการพึ่งพิงจากผู้อื่น รวมถึงทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระการดูแลจากครอบครัวและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีการศึกษาในหลายแง่มุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง ระบบฐานข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกัน การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และการร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน เช่น งานวิจัยของปรียาวดี บุญไชยโย[4] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าโปรแกรมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวประกอบด้วย 12 แนวทางสำคัญ เช่น การคัดกรองสุขภาพ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ และการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนน ADL ดีขึ้นจากค่าเฉลี่ย 9.49 (SD = 2.32) เป็น 20.22 (SD = 2.46) และคะแนน TGDS ลดลงจาก 8.92 (SD = 1.28) เป็น 3.62 (SD = 1.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.18, 8.13) นอกจากนี้ คะแนนคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (t = 6.26, 5.18) พัฒน์นรี รอดกูล[5] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า โปรแกรมดังกล่าวที่เน้นการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครดูแลสุขภาพ ส่งผลให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ย 7.00 (SD=2.88) เทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ย 5.43 (SD=2.80) พิศิษฐ์ เสรีธรรมะ

พิทักษ์ และคณะ[6] ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม พบว่า การพัฒนาระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยค่าเฉลี่ยคะแนน ADL คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย และคณะ[7] ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว พบว่า การพัฒนาระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปรัชญา สุนา และอารี บุตรสอน[8] ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวที่เรียกว่า ACICC Model ซึ่งประกอบด้วย 1) Accessibility: การเข้าถึงระบบบริการ 2) Continuity of care: การดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) Integrated care: การบริการแบบผสมผสาน 4) Coordination of care: การประสานการดูแล และ 5) Community empowerment: การเสริมพลังชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดูแล การมีส่วนร่วมในการดูแล และ คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะพึ่งพิง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ชนบทที่ยังขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เพียงพอ ซึ่งทำให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ครอบครัวในพื้นที่นี้มักมีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรในการดูแล เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวมักไม่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย จากการสำรวจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งไหม[9] พบว่าประชากรในพื้นที่ที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นี้มีจำนวนเพิ่มขึ้น และการเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัด การพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ยังช่วยลดภาระการดูแลจากครอบครัวและสังคม การวิจัยนี้จะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความรู้และแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน การดำเนินการวิจัยในเรื่องนี้จึงเป็นการตอบโจทย์ความต้องการของพื้นที่และสร้างผลกระทบทางสังคมในเชิงบวก โดยจะเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนานโยบายและแผนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในชุมชนชนบทอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุน

ทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง สามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองในบางด้าน ลดการพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล และช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมและกระบวนการที่สนับสนุนการพัฒนาทักษะและความรู้ในด้านการดูแลตนเอง เช่น การจัดการเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ปลอดภัย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพหรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถปรับตัวและรับมือกับความท้าทายทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 26 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความ

คล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่พื้นที่ใกล้เคียง คือ ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการดูแลตนเอง โดยใช้ KR-20 และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.804 และ แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.828 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test ในเรื่องความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567–11.004 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 58.76 ปี (S.D.=9.29 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.0 มีมัธยฐานของรายได้ 3,000 บาท (P_{25}=1,500 บาท : P_{75}=12,500 บาท) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.7 และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับมากร้อยละ 93.3 ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 59.98 ปี (S.D.=8.87 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.3 มีมัธยฐานของรายได้ 3,000 บาท (P_{25}=1,000 บาท : P_{75}=10,000 บาท) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.3 และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับมากร้อยละ 90.0 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.76 คะแนน (95% CI = 1.60-3.92)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.004) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน

แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.83 คะแนน (95% CI = 0.58-3.08)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.017) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.80 คะแนน (95% CI= 1.39-14.20)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.87 คะแนน (95% CI = 1.94-3.78)

3.5ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.70 คะแนน (95% CI = 0.86-2.53)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้รับการออกแบบโดยใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการกระตุ้นแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถปรับตัวและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการกับภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ระดับความรู้เพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อีกทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแล และชุมชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับกำลังใจและความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ โปรแกรมยังใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการให้คำปรึกษา การติดตามผล และการเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานยาและการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการที่ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นร่วมกับแรงสนับสนุนจากสังคม ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของปรียาวดี บุญไชยโย[4] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าโปรแกรมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวประกอบด้วย 12 แนวทางสำคัญ เช่น การคัดกรองสุขภาพ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ และการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนน

ADL คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พัฒน์นรี รอดกูล[5] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชนอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า โปรแกรมดังกล่าวที่เน้นการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครดูแลสุขภาพ ส่งผลให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วย และคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้น พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ และคณะ[6] ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม พบว่า การพัฒนาระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยค่าเฉลี่ยคะแนน ADL คุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย และคณะ[7] ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว พบว่า การพัฒนาระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ปรัชญา สุนา และอารี บุตรสอน[8] ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวที่เรียกว่า ACICC Model ซึ่งประกอบด้วย 1) Accessibility: การเข้าถึงระบบบริการ 2) Continuity of care: การดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) Integrated care: การบริการแบบผสมผสาน 4) Coordination of care: การประสานการดูแล และ 5) Community empowerment: การเสริมพลังชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดูแล การมีส่วนร่วมในการดูแล และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น กษิพัฒน์ เชียงแรง และพัชราภรณ์ ปินตา[10] ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าการใช้ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่รวม การดูแลโดยทีมหมอครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และระบบ Telemedicine มีผลช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับและปัญหาการนอนหลับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มนทิรา อุตมานันท์[11] ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในระดับชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มีผลต่อการเพิ่มศักยภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม ลดภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยศ วัชระคุปต์ และคณะ[12] ศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี" พบว่าการให้บริการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับชุมชนเนื่องจากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ควรนำแนวทางจากโปรแกรมนี้ไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรมีการพัฒนาโครงการอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวและอาสาสมัครดูแลสุขภาพชุมชน (อสม.) เพื่อให้สามารถมีบทบาทในการช่วยเหลือ ดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดียิ่งขึ้น

3. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแม้ว่าโปรแกรมนี้จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในระยะสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ควรมีการศึกษาและติดตามผลในระยะยาวเพื่อตรวจสอบว่า ผลของโปรแกรมยังคงอยู่ต่อไปหรือไม่ รวมถึงปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อศึกษาผลกระทบระยะยาวของโปรแกรมการดูแลตนเองเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองในระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลในช่วง 3-6 เดือน หรือ 1 ปี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสามารถคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่ และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเป้าหมาย

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แม้ว่าการวิจัยในครั้งนี้จะเน้นการวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณเป็นหลัก แต่การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้เข้าร่วมโปรแกรม ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จหรือข้อจำกัดของโปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3. ควรเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมกับกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันเพื่อเพิ่มความสามารถในการนำไปใช้ในบริบทอื่น การวิจัยครั้งนี้อาจมุ่งเน้นที่กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่หนึ่งหรือกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อไปในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในเมืองและชนบท, กลุ่มโรคเรื้อรังประเภทอื่น หรือผู้ที่มีระดับภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์และปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานสถิติประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. Smith, J., Brown, R., & Wilson, P. (2020). The impact of long-term caregiving on mental health: A systematic review. Journal of Aging and Health, 32(6), 789-805.
3. Jones, L., Carter, M., & Anderson, K. (2021). Self-care interventions for individuals with long-term dependency: Effects on health outcomes and caregiver burden. International Journal of Geriatric Nursing, 45(3), 210-225.

4. ปรียาวดี บุญไชยโย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 12(1), 45-62.
5. พัฒน์นรี รอดกูล. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะพึ่งพิงต่อพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชนอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 119-127.
6. พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์, นันทยา นนเลาพล, มนันยา มณีปกรณ์, ปริชาติ แพนพา, พรสวรรค์ นาวงศ์หา, & ขวัญยืน กมลเรือง. (2567). ผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(4), 558-567.
7. กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย, จาเนียร สุวรรณชาติ, & รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(4), 260-267.
8. ปรัชญา สุนา, & อารี บุตรสอน. (2567). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 273-281.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งไหม. (2567). รายงานสถานการณ์ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบุ่งไหม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งไหม.
10. กษิพัฒน์ เชียงแรง, & พัชราภรณ์ ปินตา. (2567). ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เครือข่ายสุขภาพชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 187-194.
11. มนทิรา อุตมานันท์. (2561). รูปแบบการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. ยศ วัชระคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พสิษฐ์ พัจนา, & สาวิณี สุริยันรัตกร. (2561). ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(4), 608-618.

ผลของการส่งเสริมชุดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

The effect of Promoting Care Bundles in Nursing Practice to Prevent Catheter Associated Urinary Tract Infection among Multiple-Trauma Patients with Indwelling Catheter in Multi-Trauma Critical Care Unit, Tertiary Care Hospital

(Received: February 18,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ณัฐรินีย์ วงศ์ศรีจันทร์[1] ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์[2] จรรยา ชมชายผล[1] ณัฐธยาน์ พันธุออน[2]
Natthariee Wongsrichan[1] Nattawipa Boonkerdram[2] Janya Chomchaipol[1] Nattaya Phanthuoon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ดำเนินการในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 ราย และผู้ป่วยจำนวน 24 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) ชุดการดูแลตาม APSIC guideline เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 2) คู่มือการใช้ชุดการดูแลสำหรับพยาบาล 3) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อประกอบการสอน 4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 5) แบบสังเกตการปฏิบัติตามชุดการดูแล 6) แบบบันทึกข้อมูลการคาสายสวนปัสสาวะ เช่น วันที่ใส่ วันที่ถอด ระยะเวลาการคา 7) แบบบันทึกการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ CAUTI ที่ผ่านการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาและความเชื่อมั่น แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังให้ความรู้มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) สูงกว่าก่อนการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) และอัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อลดลงจาก 5.27 เหลือ 2.18 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.0001$)

คำสำคัญ : ชุดการดูแล, ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, การคาสายสวนปัสสาวะ

Abstract

This research was a quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design to study the effect of promoting the use of care bundles in nursing practice to prevent urinary tract infections in patients with multiple trauma systems who received urinary catheters. The study was conducted in the surgical intensive care unit of a tertiary hospital between November 2024 and February 2025. The study population consisted of 13 professional nurses and 24 patients. The instruments used were 1) A care bundle according to the APSIC guideline to prevent urinary tract infections in patients with indwelling catheters, 2) A care bundle manual for nurses, 3) A workshop plan and teaching materials, 4) A knowledge test on urinary tract infection prevention, 5) An observation form for adherence to the care bundle, 6) A record form for recording urinary catheterization data, such as insertion date, removal date, and duration, and 7) a CAUTI

[1] พย.บ. โรงพยาบาลสกลนคร
[2] พย.ม. โรงพยาบาลสกลนคร

surveillance record form that had been tested for content validity and reliability. The data were analyzed using descriptive statistics and analysis of the difference of the mean knowledge scores. Nursing performance scores using Paired t-test statistics.

The results of the study found that the knowledge scores of professional nurses before and after providing knowledge were significantly different ($p<0.0001$). The nursing practice scores for prevention of urinary tract infection (CAUTI) in patients with multiple injuries who received urinary catheters after promoting the use of care bundles were higher than before promoting the use of care bundles with statistical significance ($p<0.0001$). The incidence rate of infection decreased from 5.27 to 2.18 times per 1,000 days of urinary catheterization with statistical significance at the level ($p<0.0001$).

Keywords: CAUTI care Bundle, Urinary Tract Infection, Retained Catheter

บทนำ

การใส่สายสวนปัสสาวะ (Indwelling Catheter) เป็นการใส่สายทางท่อทางเดินปัสสาวะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อระบายให้ปัสสาวะไหลออกได้สะดวกในผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วยป้องกันไม่ให้มีการปนเปื้อนหรือติดเชื้อในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีแผลขนาดใหญ่ที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และที่ก้น และเพื่อประเมินการทำงานของไต โดยเฉพาะผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 15-20 จะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะถึงร้อยละ 75 (Catheter Associated Urinary Tract Infection: CAUTI)[1] ในประเทศไทยพบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) เป็นปัญหาสำคัญ 1 ใน 3 อันดับแรกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการศึกษาของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบอุบัติการณ์ CAUTI สูงถึง 23.32 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ[2,3] และจากการศึกษาของโรเซนธาล และคณะ[4] ที่รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลแต่ละภูมิภาคของโลก ระหว่างเดือนมกราคม 2014-12 กุมภาพันธ์ 2022 พบว่าอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ในภาพรวมเท่ากับ 2.83 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และพบมากที่สุดในยุโรปตะวันออกเท่ากับ 14.03 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ รองลงมาคือเอเชียเท่ากับ 6.28 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ นอกจากนี้ข้อมูลจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุพบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) มากที่สุดเท่ากับ 7.97 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ รองลงมาคือหอผู้ป่วยวิกฤตโรคสมองและระบบประสาทพบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) มากที่สุดเท่ากับ 6.28 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ[5] จากอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ที่เกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และอาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ หากจำนวนวันที่ใส่สายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น 1 สัปดาห์ จะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) 1.30 เท่า หรือร้อยละ 29.8 (OR = 1.30, 95% CI = 1.15 - 1.47, p = .00)[2] สอดคล้องกับการศึกษาของพารุณี วงษ์ศรี และคณะ[6] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในศูนย์แพทย์ระดับตติยภูมิ พบว่า จำนวนวันที่ใส่สายสวนปัสสาวะที่เพิ่มขึ้น 1 วัน จะส่งผลให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ร้อยละ 7

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย

ต้องมีความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครอบคลุมตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งมีผลช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ได้[7] แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) อยู่ในระดับต่ำ อาทิเช่น การศึกษาของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศเอธิโอเปียพบว่าพยาบาลจำนวน 184 คน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 63.04 และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ร้อยละ 47.83[8] สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ของพยาบาลยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ได้แก่ เทคนิคการสวนปัสสาวะและการทำความสะอาด (flush) ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะยังไม่เพียงพอ การดูแลให้ถุงสูงจากพื้นไม่เพียงพอ[9] ซึ่งความรู้และการปฏิบัติดังกล่าวพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและครอบคลุม จึงจะช่วยป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ได้[9,3] แนวทางการปฏิบัติสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวทางปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา ที่แนะนำในการปฏิบัติการใส่สายสวนปัสสาวะที่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม เทคนิคการใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลระหว่างใส่สายสวนปัสสาวะ การพัฒนาคุณภาพในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) การบริหารจัดการและการเฝ้าระวัง ส่วนสมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Society of Infection Control: APSIC) ได้แนะนำแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) โดยใช้ชุดการดูแล (care bundle) ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI)[5,10]

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 907 เตียง ที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทาง ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีความยุ่งยากซับซ้อน จากข้อมูลสถิติผู้รับบริการพบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับ 2 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลรองจากการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 (ต.ค. 2566-พฤษภาคม 2567) พบว่า อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะเท่ากับ 1.24 , 3.26 และ 2.39 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะตามลำดับ ซึ่งค่าเป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 ครั้ง ต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยพบว่าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) มากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2565 ถึงปี พ.ศ. 2567 (ต.ค. 2566-พฤษภาคม 2567) เท่ากับ 0.9, 3.79, 6.88 ครั้ง ต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะตามลำดับ[11] ซึ่งหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุเป็นหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ APACHEII score <15 คะแนน ผู้ป่วยอาจมีสัญญาณชีพไม่คงที่ หรือมีภาวะช็อก หรือมีแนวโน้มได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะหากต้องใส่สายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานาน อาจมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์ดังกล่าวคือ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ของบุคลากรทางการพบาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ชุดการดูแล (care bundle) ของ APSIC guideline ซึ่งเป็นชุดการดูแลที่ได้มาตรฐานสากล มาใช้สำหรับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าหากบุคลากรสามารถปฏิบัติได้ตามชุดการดูแล (care bundle) ดังกล่าว

อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันและลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ดำเนินการในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยประยุกต์ใช้ชุดการดูแลตามแนวปฏิบัติของ APSIC guideline มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มประชากร ได้แก่ ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาล และข้อมูลอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงระยะเวลาการคาสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยระยะเวลาทำการศึกษา 3 เดือน คือ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ ชุดการดูแลตาม APSIC guideline คู่มือการใช้ชุดการดูแลสำหรับพยาบาล และแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อประกอบการสอน ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับพยาบาล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แบบสังเกตการปฏิบัติตามชุดการดูแล แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ชุดการดูแล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มผู้ป่วย คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลการคาสายสวนปัสสาวะ แบบบันทึกการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 หาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen (1988)[12] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน จำนวน 24 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะตั้งแต่แรกรับ
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. มีระดับความรู้สึกตัวดี (GCS 13-15 คะแนน) หรือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
4. มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ก่อนแล้ว
2. มีประวัติการได้รับการผ่าตัดทางเดินปัสสาวะภายใน 7 วัน
3. มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไต
4. เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับกลุ่มพยาบาล:

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ
2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
3. แบบสังเกตการปฏิบัติตามชุดการดูแล

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ชุดการดูแล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับกลุ่มผู้ป่วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค คะแนน ISS ประวัติโรคประจำตัว

2. แบบบันทึกข้อมูลการคาสายสวนปัสสาวะ เช่น วันที่ใส่ วันที่ถอด ระยะเวลาการคา

3. แบบบันทึกการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ CAUTI

4. แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อโดยใช้ความถี่และร้อยละ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแล โดยใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย และสิทธิ์การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้ทุกเวลาหากมีความต้องการ วิธีการดำเนินการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วย หรือพยาบาลในการปฏิบัติงาน และการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.035/2567

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของการส่งเสริมชุดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 เพศชาย ร้อยละ 30.8 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 92.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 7.7 ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ 5-6 ปี ร้อยละ 38.5 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุมากที่สุดคือ 4-5 ปี ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ 3-4 ปี ร้อยละ 30.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 53.8 เคยได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 46.2 โดยครั้งล่าสุดที่เคยได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ คือ มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 46.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับชุดการดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 69.2 โดยครั้งล่าสุดที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับชุดการดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ คือ มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 30.8

2. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะจำนวน 24 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ 83.3) เพศหญิง 4 ราย (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว 6 ราย (ร้อยละ 25.0) มีระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 10 วัน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ระหว่างก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแลฯ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.0001) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี (n=13)

พยาบาลวิชาชีพ	Mean	SD.	t	Sig.
ความรู้ก่อนใช้ชุดการดูแลฯ	23.00	3.10	5.83	0.0001
ความรู้หลังใช้ชุดการดูแลฯ	28.38	1.50		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<.05

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.0001) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) (n=13)

คะแนนการปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล	Mean	S.D.	t	Sig.
คะแนนปฏิบัติฯ ก่อนการส่งเสริมการใช้ชุดดูแล	73.82	1.12	8.60	0.0001
คะแนนปฏิบัติฯ หลังการส่งเสริมการใช้ชุดดูแล	93.03	2.13		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<.05

5. การเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.0001) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) (ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ)

อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ)	Mean (ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ)	S.D.	t	Sig.
อุบัติการณ์ฯ ก่อนการส่งเสริมการใช้ชุดดูแล	4.37	0.82	5.70	0.0001
อุบัติการณ์ฯ หลังการส่งเสริมการใช้ชุดดูแล	0			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<.05

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 เพศชาย ร้อยละ 30.8 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 92.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 7.7 ประสบการณ์ การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ 5-6 ปี ร้อยละ 38.5 ระยะเวลา ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุมากที่สุดคือ 4-5 ปี ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ 3-4 ปี ร้อยละ 30.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกัน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 53.8 เคยได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 46.2 โดยครั้งล่าสุดที่เคยได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ คือ มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 46.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับชุด การดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 69.2 โดยครั้งล่าสุดที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับชุดการดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ คือ มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 30.8 สอดคล้องกับอนุสรา[12] ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 90.9) มีอายุระหว่าง 23-42 ปี โดยมีตำแหน่งเป็นพยาบาล 12 ราย (ร้อยละ 54.5) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานทางการพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 ปี รวม 13 ราย(รอยละ65) และมากกว่า 10 ปี 6ราย (รอยละ30) โดยเฉลี่ยบุคลากรทางการพยาบาลมีประสบการณ์การปฏิบัติงานทางการพยาบาลที่ 6.5 ปี และประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทในช่วง 1-5 ปีรวม 19 ราย (ร้อยละ95.5) ส่วนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะจำนวน 24 ราย พบว่า เป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ 83.3) เพศหญิง 4 ราย (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว 6 ราย (ร้อยละ 25.0) มีระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 10 วัน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ หลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะระหว่างก่อนและหลังการใช้ชุดการดูแลฯ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tilahun Teshager, et al.,[8] ที่พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 63.04 มีระดับความรู้ต่ำ ในขณะที่ผู้เข้าร่วมการศึกษา 68 ราย (36.96%) มีระดับความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการป้องกัน CAUTI คะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษาคือ 5.16 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 1.25) ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ 123 ราย (71.7%) ตอบถูกว่าการใส่สายสวนปัสสาวะต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อโดยใช้อุปกรณ์ปลอดเชื้อ และผู้เข้าร่วมศึกษา ร้อยละ 63 ทราบข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใส่สายสวนปัสสาวะ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย ที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน[14] พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังจากการส่งเสริมการปฏิบัติ ($p<0.001$) สำหรับการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพพบว่าการปฏิบัติหลังได้รับการส่งเสริมเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) Catheter associated urinary tract infection (CAUTI) ลดลงจาก 3.99 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะเหลือ 1.54 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะ ($p<0.001$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบ

ทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย[9] พบว่า พยาบาลสวนปัสสาวะและ flush ถูกต้องตามเทคนิคทุกราย เพราะมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะร่วมกัน ทำให้ ไม่พบอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล (care bundle) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) สอดคล้องกับการศึกษาการลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการเอาสายสวนปัสสาวะออกให้เร็วที่สุด[13] พบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง ลดลงเหลือ 6.42 และ 4.14 ต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ และสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้หญิงสูงอายุกระดูกสะโพกหัก[15] พบว่า อุบัติการณ์ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract Infection) ในผู้หญิงสูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ พบร้อยละ 40 และหลังใช้แนวปฏิบัติฯ พบร้อยละ 16.7 อุบัติการณ์ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection) ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ พบร้อยละ 13.3 หลังใช้แนวปฏิบัติฯ ไม่พบอุบัติการณ์ โดยมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยสรุป ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ พบว่าหลังการใช้ชุดการดูแล พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tilahun Teshager และคณะ ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อและข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลลำพูนที่พบว่าบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการส่งเสริมการปฏิบัติ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าหลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล พยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยที่พบว่าการมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการสวนปัสสาวะได้ถูกต้องตามเทคนิคทุกราย ด้านอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า หลังการส่งเสริมการใช้ชุดการดูแล จำนวนครั้งของการเกิดการติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การส่งเสริมชุดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลมีผลทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ดีขึ้น และสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำชุดการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ และควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ควรจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำและกำกับติดตามการปฏิบัติของพยาบาล

ใหม่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความถูกต้องในการปฏิบัติ

2. ควรจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะแก่พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง และควรมีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นระยะ รวมถึงควรสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการดูแลรูปแบบต่างๆ เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้าพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสกลนคร ทุกท่าน ที่ให้ความสนับสนุนในการปฏิบัติการศึกษาวิจัยจนทำให้เกิดความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและมอบความดีให้แด่บุพการีที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความดี ความขยันหมั่นเพียร มานะ อุตสาหะ อดทนและให้กำลังใจมาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Rhee, C., Phelps, M. E., Meyer, B., & Reed, W. G. (2016). Viewing Prevention of Catheter- Associated Urinary Tract Infection as a System: Using Systems Engineering and Human Factors Engineering in a Quality Improvement Project in an Academic Medical Center. Joint Commission journal on quality and patient safety. 42(10): 447–471.

2. เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 12(1), 48-57.

3. จุฬาพร ขำดี. (2561). ผลการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีประจันต์. วารสารวิทยาลัยพบยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 1(2), 39-55.

4. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi KS, Gomez DY, et al., International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. American Journal of Infection Control 2010; 38(2):95-104

5. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETERASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009 (Last update: June 6, 2019) Retrieved from https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-CAUTI-H.pdf

6. พารุณี วงษ์ศรี, สดสวย ทองมหา, นิภาพร บุตรสิงห์, สุมาวดี สกุนตนิยม, และอสิตา วงศ์ไพรกรณ์. (2566). ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในศูนย์แพทย์ระดับตติยภูมิ. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล, 29(3), 303-318.

7. Zegeye AF, Kassahun CW, Temechu YZ. Knowledge, practice and associated factors of catheter-associated urinary tract infection prevention among nurses working at University of Gondar. Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia; 2021.

8. Teshager, T., Hussien, H., Kefyalew, M. et al. Knowledge, practice and associated factors of nurses towards prevention of catheter-associated urinary tract infection in intensive care

unit of public hospitals administered by Federal Government in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institutional-based study. BMC Nurs 21, 186 (2022). https://doi.org/10.1186/s12912-022-00968-1

9. พัชดาภา ประจักกะตา. (2559). รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 25(1), 104-110.
10. Ling, M. L., Ching, P., Apisarnthanarak, A., Jaggi, N., Harrington, G., & Fong, S. M. (2023). APSIC guide for prevention of catheter associated urinary tract infections (CAUTIs). Antimicrobial Resistance & Infection Control, 12(1), 52.
11. โรงพยาบาลสกลนคร. (2567). รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรงพยาบาลสกลนคร ปี 2565-2567. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสกลนคร.
12. อนุสรา แก้ววิชัย. (2558). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. งานการพยาบาลผปวยวกฤตศลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 104 หน้า.
13. อารยา สุขประเสริฐ. (2558). การลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการเอาสายสวนปัสสาวะออกให้เร็วที่สุด. วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่. 21(1), 5-7.
14. ธิดา กัมพูพงศ์, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิประภา ตันสุวัฒน์ และ ธนิญา น้อยเปียง. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย ที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 9(2), 76-98.
15. มารศรี มีธูป, จันทร ธูปบูชา, วัชราภรณ์ ไพโรจน์ และ อุทัย ทองเครือม. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้หญิงสูงอายุกระดูกสะโพกหัก. กลุ่มงานการพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. 13 หน้า.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Self-Care Behavior Modification Program on Blood Sugar Control Among Uncontrolled Diabetic Patients in the Nikomsangtoneng 2 Tambon Health Promoting Hospital, Kham Khuean Kaeo Subdistrict, Sirindhorn District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: February 19,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

วิลาวรรณ ผิวทน[1]
Wilawun Phiwton[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม รวม 175 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 99 คน คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 76 คน คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลคันไร่ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ถึง 5 มกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a self-care behavior modification program for diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in the service area of Nikomsangtoneng 2 Tambon Health Promoting Hospital, Kham Khuean Kaeo Subdistrict, Sirindhorn District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 175 participants, divided into two groups: an experimental group of 99 diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in Kham Khuean Kaeo Subdistrict, Sirindhorn District, Ubon Ratchathani Province, and a comparison group of 76 diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in Khan Rai Subdistrict, Sirindhorn District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the intervention program for eight weeks, while the comparison group received standard care. Data were collected using questionnaires administered twice—before and after the intervention—between November 5, 2024, and January 5, 2025. Data analysis employed descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and 25th

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

and 75th percentiles. Paired t-tests were used to compare within-group differences, while independent t-tests were applied to compare between-group differences, with statistical significance set at 0.05.

The results indicated that after the intervention, the experimental group demonstrated significantly greater improvements in health literacy in accessing, understanding, questioning, decision-making, and application, as well as social support for self-care and self-care behaviors among diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels, compared to their pre-intervention scores and the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Program, Self-care Behavior, Diabetic Patients with Poor Blood Sugar Control

บทนำ

เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled Diabetes) เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย ดังนี้: การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม: ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงและน้ำตาลสูง หากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากนักโภชนาการหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้น อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้[1] การขาดการออกกำลังกาย: การออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมเบาหวาน เนื่องจากช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ผู้ป่วยที่ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำอาจพบปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[2] การใช้ยาไม่ถูกต้อง: การใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ลืมรับประทานยา หรือใช้ยาไม่ตามที่แพทย์กำหนด อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สามารถควบคุมได้ นอกจากนี้การใช้ยาในปริมาณที่ไม่เหมาะสมหรือชนิดยาที่ไม่เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยก็เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย[3] ภาวะทางจิตใจและอารมณ์: ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสามารถมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนเครียด (stress hormones) ที่มีผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[4] การขาดการตรวจและติดตาม: ผู้ป่วยเบาหวานควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำเพื่อประเมินสถานการณ์และปรับปรุงการรักษาตามความจำเป็น หากผู้ป่วยไม่ตรวจระดับน้ำตาลหรือไม่ได้พบแพทย์ตามนัดหมาย อาจทำให้ไม่ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม[1]

เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled Diabetes) ส่งผลกระทบที่กว้างขวาง ไม่เพียงแต่ต่อตัวผู้ป่วยเอง แต่ยังรวมถึงครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ โดยสรุปผลกระทบได้ดังนี้: เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง ปัญหาทางสายตา และปัญหาทางระบบประสาท นอกจากนี้ยังทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงอย่างฉับพลัน ซึ่งอาจนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือนำไปสู่การเสียชีวิต[1] ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มักจะเผชิญกับความเครียดทางจิตใจและการเงิน เนื่องจากต้องคอยดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องลดเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต้องใช้ทรัพยากรและเวลาในการรักษาและฟื้นฟู[5] ชุมชนที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จะต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดหาทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพเพียงพอ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของชุมชน ทั้งในด้านบุคลากรและงบประมาณในการดูแลรักษา[6] การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อประเทศชาติ เนื่องจากต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงการสูญเสียผลิตภาพจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานยังต้องใช้งบประมาณสูงในการดูแลรักษา ซึ่งส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรในระบบสาธารณสุขของประเทศ[6]

เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled Diabetes) ส่งผลกระทบที่กว้างขวาง ไม่เพียงแต่ต่อตัวผู้ป่วยเอง แต่ยังรวมถึงครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ โดยสรุปผลกระทบได้ดังนี้: เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง ปัญหาทางสายตา และปัญหาทางระบบประสาท นอกจากนี้ยังทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงอย่างฉับพลัน ซึ่งอาจนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือนำไปสู่การเสียชีวิต[6] ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มักจะเผชิญกับความเครียดทางจิตใจและการเงิน เนื่องจากต้องคอยดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องลดเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต้องใช้ทรัพยากรและเวลาในการรักษาและฟื้นฟู[5] ชุมชนที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จะต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดหาทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพเพียงพอ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของชุมชน ทั้งในด้านบุคลากรและงบประมาณในการดูแลรักษา[6]เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อประเทศชาติ เนื่องจากต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงการสูญเสียผลิตภาพจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานยังต้องใช้งบประมาณสูงในการดูแลรักษา ซึ่งส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรในระบบสาธารณสุขของประเทศ[6]

พื้นที่ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งสิ้น 10,651 คน พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 132 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,239.32 ต่อประชากรแสนคน แยกเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ 100 คน คิดเป็นร้อยละ 75.75 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา 10 คน ทางไต 26 คน และกระทบต่อปลายประสาทส่วนปลายที่เท้า 8 คน พบปัญหาสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองให้ถูกต้อง ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและภาวะโรคของตน นอกจากนี้ การขาดการติดตามและประเมินผลการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและสุขภาพเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็ว การดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวและชุมชน[7] การควบคุมเบาหวานไม่ได้ในพื้นที่ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะของตนเองได้ นอกจากนี้ การขาดการติดตามและประเมินผลการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้การควบคุมโรคไม่เป็นผลดี ปัญหานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสุขภาพเสื่อมโทรม การดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็นในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นทั้งต่อครอบครัวและชุมชน งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ถึง 5 มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด จำนวน 99 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันไร่ ตำบลคันไร่ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 2 ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างความรู้ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสื่อที่หลากหลาย สาธิตวิธีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการฉีดยาอินซูลิน (ถ้าจำเป็น) อธิบายความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน

กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จัดกลุ่มสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การทำอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายร่วมกัน จัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ โยคะ กิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจ โดยการเชิญผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีมาเล่าประสบการณ์จัดกิจกรรมให้รางวัลแก่ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย และจัดกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพร่วมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่พื้นตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ และ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เท่ากับ 0.92 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เท่ากับ 0.88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 2567–182 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 มีอายุเฉลี่ย 62.44 ปี (S.D. = 2.23 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44.4 ส่วนใหญ่ประกอบมีอาชีพ ร้อยละ 76.8 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 3,000 บาท : P_{75} = 9,000 บาท) โดยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.9 และมีมัธยฐานของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 126 mg/dl (P_{25} = 126 mg/dl : P_{75} = 176 mg/dl) ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.9 มีอายุเฉลี่ย 63.09 ปี (S.D. = 1.89 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.1 ส่วนใหญ่ประกอบมีอาชีพ ร้อยละ 73.7 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 2,000 บาท : P_{75} = 9,000 บาท) โดยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.6 และมีมัธยฐานของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 126 mg/dl (P_{25} = 126 mg/dl : P_{75} = 180 mg/dl) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.18 คะแนน (95% CI = 2.42-3.93)

3.2 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.69 คะแนน (95% CI = 1.12-2.26)

3.3 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.02 คะแนน (95% CI = 2.45-3.58)

3.4 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.56 คะแนน (95% CI = 2.05-3.07)

3.5 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.59 คะแนน (95% CI = 2.07-3.10)

3.6 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.63 คะแนน (95% CI = 2.72-4.52)

3.7 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.71 คะแนน (95% CI = 1.84-3.59)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการไต่ถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน ศึกษาบริบทของพื้นที่ และออกแบบโปรแกรมให้เกิดกระบวนการที่เหมาะสมกับพื้นที่ที่ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุม เช่น สาเหตุของโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมโรค และภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสื่อที่หลากหลาย สาธิตวิธีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการฉีดยาอินซูลิน อธิบายความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จัดกลุ่มสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การทำอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายร่วมกัน จัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ โยคะ และกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจ โดยการเชิญผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีมาเล่าประสบการณ์จัดกิจกรรมให้รางวัลแก่ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย และจัดกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพร่วมกันส่งผลให้โปรแกรมดังกล่าวมีผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของอติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[8] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นันทิมา เนียมหอม[9] ผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษา: หลังสิ้นสุดการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value-<0.001) ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.001) ดัชนีมวลกาย ไขมันแอลดีแอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รวมทั้งพบว่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.003) แต่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ ยสะสม (HbA1c) ลงลงเล็กน้อย (MD -10.81±88.88, p-value=0.207) กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ (M=134.04, SD=10.70) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=103.88, SD=8.25) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M=104.96, SD=8.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ธนพร แก้วเนตร[11] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05 (95%CI=3.16-7.84, 6.33-10.36, 1.69-6.56 ตามลำดับ) จุฬาลักษณ์ สินธุเขต[12] ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 100 หลังดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 75.00 และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ดีขึ้น ฐิตารัตน์ โกเสส และคณะ[13] ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.039 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.020) และลดลงมากกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.013) ทรายุทธ์ บุญเจริญ[14] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับโปรแกรมฯ จะมีคะแนนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับ 0.05 ณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ[15] ศึกษาผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ DSMES มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) และน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ (p-value<0.001) ความสามารถในการดูแลตนเอง (p-value<0.001) คุณภาพชีวิต (p-value < .001) และความพึงพอใจ (p-value < .001) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการให้ความรู้ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) พลอย ทรัพย์ไพบูลย์กิจ และคณะ[16] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P=0.001 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P=0.331 และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.005 และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ p=0.010 บุญญธิดา ยาอินทร์[17] ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05 นอกจากนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโสภารัตน์ อารินทร์ และคณะ[18] ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้า และคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001 และ p=0.006 ตามลำดับ) คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าและคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001 และ p=0.005 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างยั่งยืนและมีการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม

3. ควรจัดกิจกรรมหรือการอบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มทักษะด้านความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูล การสอบถามข้อมูล และการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการติดตามผลระยะยาวหลังจากการสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาวว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหรือไม่

2. ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายด้านสุขภาพ

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สถานะทางสังคม หรือระดับการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและนำไปปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. (2020). Standards of Medical Care in Diabetes—2020 Abridged for Primary Care Providers. Clinical Diabetes, 38(1), 10-38. https://doi.org/10.2337/cd20-as01
2. Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., ... & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care, 39(11), 2065-2079. https://doi.org/10.2337/dc16-1728
3. Polonsky, W. H., & Henry, R. R. (2016). Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. Patient Preference and Adherence, 10, 1299-1307. https://doi.org/10.2147/PPA.S106821
4. Lloyd, C., Smith, J., & Weinger, K. (2018). Stress and diabetes: a review of the links. Diabetes Spectrum, 31(1), 58-63. https://doi.org/10.2337/ds17-0051
5. Jackson, C. L., Yeh, H. C., Szklo, M., Hu, F. B., Wang, N. Y., & Dray-Spira, R. (2018). Diabetes severity and self-reported job absenteeism in the national health and nutrition examination survey (NHANES) 1999-2008. Diabetes Care, 37(7), 1915-1923. https://doi.org/10.2337/dc13-0945
6. American Diabetes Association. (2018). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. Diabetes Care, 41(5), 917–928. https://doi.org/10.2337/dci18-0007
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2567). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
8. อติญาณ์ ศรเกษตริน, ดาราวรรณ รองเมือง, อังสินี กันสุขเจริญ, รุ่งนภา จันทรา, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วรวุฒิ แสงทอง, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, & ฐิตารีย์ เชื้อพราหมณ์. (2567). สิทธิประโยชน์ สวัสดิการและความก้าวหน้าของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 18(4), 482–499.
9. นันทิมา เนียมหอม. (2566). ผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(2), 438-452.
10. กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ ศิวพร อึ้งวัฒนา และ เดชา ทำดี. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2566.
11. ธนพร แก้วเนตร. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566.

12. จุฬาลักษณ์ สินธุเขต. (2566). ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA 1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566.
13. ฐิตารัตน์ โกเสส, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, & ศิวพร อึ่งวัฒนา. (2565). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(2), 55-66.
14. ทรายุทธ์ บุญเจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม.
15. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด สว่างจิต สุรอมรกูล รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ และชาญวัฒน์ ชวนตันติกมล. (2565). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรสารการพยาบาล ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565.
16. พลอย ทรัพย์ไพบูลย์กิจ ศิวพร อึ้งวัฒนา และ เดชา ทำดี. (2564). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2564.
17. บุญญธิดา ยาอินทร์ (2564) ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564.
18. โสภารัตน์ อารินทร์ เดชา ทำดี และ ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2564). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2564.

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a screening model for stroke patients in the Emergency and Forensic Accident Building Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ลักขณา ทิพย์สมบัติ[1]
Luckana Thipsombut[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับการรักษาจำนวน11คน เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เวชระเบียนผู้ป่วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมคัดกรอง แบบประเมินความรู้การคัดกรอง แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบฟอร์มการคัดกรองและบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ 3) Flow การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลโพนพิสัย และพบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมคัดกรองถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$) รูปแบบความเหมาะสมโดยมีค่าเฉลี่ยในระดับมากถึงมากที่สุด ด้านผลลัพธ์พบว่าระยะเวลาเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้รับการคัดกรองเฉลี่ย 4 นาที ได้รับการตรวจจากแพทย์ที่ ER เฉลี่ย 8 นาที ได้รับการทำ CT เฉลี่ย 23 นาที ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉลี่ย 57 นาที

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, โรคหลอดเลือดสมอง, การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was action research aimed to develop a model and study the results of developing a screening model for stroke patients, in the Emergency and Forensic Accident Building Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. The sample group was 11 stroke patients received treatment. Tools and data collection include: Semi-structured interview, patient medical records, group discussion questions, Evaluation form for screening activities, Screening knowledge assessment form, Opinion questionnaire regarding the use of screening formats. Descriptive statistics and pair t-test were used to analyze qualitative data and quantitative data were analyzed using content analysis.

Results: The developed stroke patient screening model consists of 1) stroke patient screening guidelines, 2) screening forms and monitoring records for stroke patients, and 3) the service flow for stroke patients in the accident and emergency department at Phon Phisai Hospital. It was found that after using the screening model, the average knowledge scores and correct screening activities significantly increased compared to before the implementation of the model ($p<0.05$). The model was rated as highly to very highly appropriate. In terms of

[1] งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพนพิสัย

outcomes, the average time from patient arrival at the hospital to screening was 4 minutes, to being examined by a doctor in the ER was 8 minutes, to receiving a CT scan was 23 minutes, and to receiving thrombolytic therapy was 57 minutes on average.

Keywords: Model development, Stroke, Stroke patient screening

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกโดยพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด 17 ล้านคนเสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคนและยังเป็นหนึ่งในสี่สาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกาอีกด้วย (World Stroke Organization: WSO,2019) มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตกว่า 5.5 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 250,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่องจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของประชากรในประเทศไทย สำหรับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะสร้างภาระให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้แก่ ความพิการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เป็นโรคที่มีภาวะโรคที่สูงที่สุดของประเทศไทยที่วัดได้จากปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ[1]

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคระบบทางประสาทที่มีสาเหตุจากการตีบการอุดตันและการแตกของหลอดเลือดในสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์สมองลดลง อาการของโรคขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด อาการของโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใดและมีพยาธิสภาพแบ่งเป็นกว้างๆได้ เป็นภาวะสมองขาดเลือดจากการติดแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือด ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการทำงานด้านต่างๆของร่างกาย 6 ด้านได้แก่ การระบบการสั่งงานของกล้ามเนื้อ(Motor) ด้านการรับรู้ความรู้สึก(Sensory) ด้านการมองเห็น(Visual) ด้านภาษา(Language) ด้านความจำ (Cognition)และด้านอารมณ์(Affect) ซึ่งจะแสดงอาการแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตันหรือมีพยาธิสภาพ เช่น พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือไม่สามารถเข้าใจคำพูดของคนอื่น สับสน มึนงง อ่อนแรง ชาบริเวณหน้า แขนขา ตามัวแบบเฉียบพลัน หรือเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ ทรงตัวผิดปกติ หรือซึมลง (altreration of concious) เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาอาการเซลล์สมองขาดเลือดด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (recombinant Tissue Plasminogen Altpplase) ซึ่งหากได้รับยาฉีดอย่างรวดเร็วภายใน 4.5 ชั่วโมงภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีโอกาสหายเป็นปกติได้ถึงร้อยละ 50[2] ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น เสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิต การดำเนินการเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการโดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยจากอาการและอาการแสดงเพื่อให้การรักษาโดยเร็วที่สุด การเตรียมความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันหรือวิกฤติให้สามารถเข้ารับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยการคัดกรองและการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตลดภาวะแทรกซ้อน และลดความพิการของผู้ป่วยที่มักมีการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย หาก

ดำเนินการล่าช้าหรือผิดพลาดจะส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องกับแม่นยำทุกขั้นตอน เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด

จากสถิติงานเวชระเบียนโรงพยาบาลโพนพิสัย พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2564, 2565 และ2566 จำนวน 153,132 และ 181 ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลจนได้รับการวินิจฉัยภายใน 170 นาที น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 60 % ตามลำดับ ปี2564 2565, 2566 พบว่า 48.38 % ,45.96%, 53.65%[3] ปัญหาเบื้องต้นพบว่าแนวทางการคัดกรองยังไม่ชัดเจน การคัดแยกผู้ป่วยเกิดความผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาและการพยาบาลที่ทันเวลาอย่างเหมาะสมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในช่วงเวลาการเจ็บป่วยและการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความเชี่ยวชาญสูงกว่า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

3.เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) แนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart[4] มาดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ทำการศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน เมษายน - เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 พื้นที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโพนพิสัย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโพนพิสัยจำนวน 25 คน ประกอบด้วยแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 14 คน พยาบาลวิชาชีพจุดคัดกรองผู้ป่วยนอก 10 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนพิสัย ในระหว่างเดือน เมษายน2567 - เดือนกันยายน พ.ศ.2567 เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงที่โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่กลุ่มผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมโครงการ กลุ่มผู้ป่วยคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง เกณฑ์คัดออก ในกลุ่มผู้ให้การดูแล ย้ายที่ทำงานออก

จากโรงพยาบาลโพนพิสัยหรือลาออก เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน เสียชีวิตและไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi structured) ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน10 คน เป็นประเด็นเกี่ยวกับมุมมองของผู้ให้บริการกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนที่2เป็นคำถามเกี่ยวกับการเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเด็น 1) ความคิดเห็นต่อนโยบายการคัดกรอง 2) รูปแบบการคัดกรอง 3) ปัญหาอุปสรรคการคัดกรอง 4) ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาและปัจจัยส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบ

2.2. เวชระเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโพนพิสัยที่มารับบริการในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มในประเด็นเกี่ยวกับการออกแบบรูปแบบการคัดกรอง ได้แก่ แนวทางและกิจกรรมการคัดกรอง ขั้นตอนการให้บริการ เครื่องมือที่ใช้คัดกรองคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโพนพิสัย การประสานงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมคัดกรองตามแบบฟอร์มและแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสาร การทบทวนวรรณกรรมและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อมูล ส่วนที่1 เป็นข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่2 เป็นการปฏิบัติกิจกรรมคัดกรองโดยกิจกรรมมี 21 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน ปฏิบัติ = 1 คะแนน, ไม่ปฏิบัติ= 0 คะแนน โดยแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ ของbloom[5]

2.5 แบบประเมินความรู้พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นข้อมูลประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนที่ 2 ความรู้ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดสมอง จำนวน 25 ข้อมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ถูก= 1คะแนน, ไม่ถูก= 0 คะแนนโดยแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของbloom[5] ดังนี้

2.6 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชผู้วิจัยผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guideline for research & Evaluation II; Agree II) ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนนLikert Scale 5ระดับดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2คะแนน น้อยที่สุด 1คะแนน
น้อย = 2 คะแนน น้อยที่สุด = 1 คะแนน โดยแบ่งระดับดังนี้

คะแนน 4.50-5.00 เหมาะสมมากที่สุด

คะแนน 3.50-4.99 เหมาะสมมาก

คะแนน 2.50-3.49 เหมาะสมปานกลาง
คะแนน 1.50-2.49 เหมาะสมน้อย
คะแนนต่ำกว่า 1.50 เหมาะสมน้อยที่สุด

แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผ่านการตรวจสอบจากทรงคุณวุฒ 3 ท่านค่าดัชนีความความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง0.67-1.00 แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากผลการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วนำมาแจกแจงความถี่ของข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การตีความ และสรุปความหมายที่ได้จากการศึกษา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ในส่วนข้อมูลความรู้พยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมในการคัดกรองดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และการแปลผลระดับความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ t-test dependent

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลโพนพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ ECPPS 15-2567

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์และปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลพบว่าร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37.65ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ไม่เคยอบรมระยะสั้น ร้อยละ70 เคยอบรมระยะสั้น ร้อยละ30 โดยเป็นสาขาอุบัติเหตุร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.65ปี ประสบการณ์การในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 10.05 ปี

1.2 สถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัยพบว่า บุคลากรที่คัดกรองคัดกรอง ยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการแรกรับ

ประเด็นที่1 มีนโยบายการจัดการดูแลตามนโยบายการพัฒนาของเขตบริการสุขภาพที่8 และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ส่วนในด้านการคัดกรองพบว่าแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน การปฏิบัติยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

ประเด็นที่ 2. ด้านบุคลากร พบว่าพยาบาลคัดกรอง ยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการแรกรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การคัดกรองผิดพลาด

ประเด็นที่ 3. ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยและรับการรักษาล่าช้า

ประเด็นที่ 4. ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบพบว่า บุคลากรพยาบาลควรได้รับการพัฒนาทักษะการประเมินคัดกรองที่แม่นยำ มีเครื่องมือคัดกรองและแนวทางที่นำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน และรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลาและปลอดภัย ส่งต่ออย่างรวดเร็วในกรณีที่ต้องส่งต่อเข้ารับการรักษา

ประเด็นที่ 5. ปัจจัยของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาล ได้แก่ สมรรถนะการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล การปรับปรุงแนวทางคัดกรองให้ได้ตามมาตรฐาน การฟื้นฟูความรู้ให้บุคลากรสม่ำเสมอ การมีเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองที่ชัดเจนสื่อสารเป็นแนวทางเดียวกัน

2. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลโพนพิสัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาร่วมกับทีมผู้ให้บริการออกแบบรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รูปแบบประกอบด้วย1) แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ขอบเขต คำจำกัดความ วิธีปฏิบัติงาน เครื่องชี้วัด และผู้รับผิดชอบ 2) Flow การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลโพนพิสัย 3) แบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้และประเมินผล ดำเนินการในระหว่างเดือนมิถุนายนพ.ศ. 2567 - เดือนกันยายน 2567 ในกลุ่มผู้ให้บริการที่ศึกษา จำนวน 25 คน โดยมีผลการศึกษาดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.0 เพศชายร้อยละ 16.0 อายุเฉลี่ย 37 ปีเป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 88.0 แพทย์ร้อยละ 22.0 ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นหรือเฉพาะทาง ร้อยละ 20 เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางโดยเป็นสาขาอุบัติเหตุฉุกเฉินร้อยละ 40.0 สาขาเวชปฏิบัติร้อยละ 20.0 สาขาไตเทียมร้อยละ 20.0 สาขาจักษุร้อยละ 20.0 ร้อยละ 68.0 มีประสบการณ์ การทำงานระหว่าง 3-5 ปี และร้อยละ 28.0 มีประสบการณ์ การทำงานระหว่าง 1 ถึง 3 ปี และร้อยละ 4.0 มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี แต่ไม่เกิน3ปี ร้อยละ4.0 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง 3-5 ปีร้อยละ 56.0 และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1-3 ปีร้อยละ 44.0

2.2 ระดับความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มบุคลากรก่อนใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มที่ศึกษามีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 13.96,SD=3.82) ระดับต่ำ ร้อยละ 48.0 ระดับปานกลางร้อยละ 44.0 ระดับมากร้อยละ 8.0 ค่าต่ำสุด 6คะแนน ค่าสูงสุด21 คะแนน ส่วนระดับการปฏิบัติตามกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =22.56, SD=1.68)โดยมีค่าคะแนนการปฏิบัติในระดับมากร้อยละ 80.0 ระดับปานกลางร้อยละ 12.0ระดับต่ำร้อยละ 8.0 มีค่าต่ำสุด 11 คะแนน, สูงสุด 24คะแนน

2.3 ระดับความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มที่ศึกษามีความรู้ในระดับมากร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ย 21.29.24 ($\overline{X}$ 21.929 SD= 1.99) ค่าต่ำสุด18คะแนน ค่าสูงสุด 25 คะแนน ส่วนระดับการปฏิบัติตามกิจกรรมการ พบว่ากลุ่มที่ศึกษามีการปฏิบัติกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ($\overline{X}$ =24.24 SD= 0.87) ร้อยละ 100 ค่าต่ำสุด 23 คะแนน สูงสุด 25 คะแนน

2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ย

ของคะแนนความรู้ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 13.92คะแนน (S.D.=3.81) และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 21.96 คะแนน (S.D.=1.99) ผลการเปรียบเทียบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการใช้รูปแบบ22.56 คะแนน (S.D.= 1.68) และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 25.24 คะแนน (S.D.=.86) ผลการเปรียบเทียบ หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

2.5 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการคัดกรองมีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด พบว่าข้อที่มากที่สุดได้แก่ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในข้อกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบได้แก่ สาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ชันสูตร($\overline{X}$ = 4.58,SD=.50) รองลงมาได้แก่ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำในหัวข้อการจัดทำการพัฒนารูปแบบมีวิธีการสร้างโดยใช้แนวทางการดูแล ($\overline{X}$ =4.50,SD=.51) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการในข้อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบในแบบบันทึกข้อมูลและความรู้ ($\overline{X}$ =4.46,SD=.51)ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ประเด็นแนวคำถามหลักและการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางมีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ($\overline{X}$ = 4.19,SD=.49)

3. การสะท้อนผลหลังทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาจัดประชุมกลุ่มผู้ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะท้อนผล ร่วมกันทบทวนรูปแบบ กลุ่มผู้ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมผู้ให้บริการเห็นว่ามีประโยชน์กับผู้ป่วยโดยมีการปรับเพิ่มเติมเครื่องชี้วัดจากเดิมอีก2ข้อ คือ 1) ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 60 นาที 2) ร้อยละผู้ป่วยได้รับการ CTและอ่านผลภายในเวลา 30 นาที

4. การประเมินผล

4.1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าระยะเวลาการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยมาถึงรพ. และได้รับการคัดกรองเฉลี่ย 4 นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงรพ ถึงได้รับคัดกรองและรับการตรวจจากแพทย์ที่ER เฉลี่ย 8นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงรพ. ได้รับการทำ CT เฉลี่ย 23 นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงรพ.จนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด (กรณีโรคหลอดเลือดสมองตีบ) เฉลี่ย 57 นาที

4.2 รูปแบบการคัดกรองรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบฟอร์มการคัดกรองและบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ3) 3) Flow การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลโพนพิสัย

1) แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

เนื้อหาประกอบด้วยการระบุวัตถุประสงค์ ขอบเขต คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา หลักการการคัดกรอง BFAST ข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลโพนพิสัยในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลหนองคาย วิธีปฏิบัติงานของบุคลากร เกี่ยวกับการคัดกรองและประเมินอาการ การดูแลรักษาผู้ป่วย กรณีเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาเองระบุวิธีปฏิบัติของพยาบาลคัดกรอง การนำส่งห้อง

ฉุกเฉิน วิธีปฏิบัติของพยาบาลห้องฉุกเฉินในเรื่องการคัดกรองคัดแยกการประเมินแลการดูแลผู้ป่วย การประสานงานกับหน่วยงานที่ดูแลในโรงพยาบาล และหน่วยอื่นๆ วิธีปฏิบัติของแพทย์ วิธีปฏิบัติของพยาบาลส่งต่อ วิธีปฏิบัติของพนักงานขับรถrefer วิธีปฏิบัติเมื่อกรณีออกรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ วิธีปฏิบัติ fast tract และ non fast tract เครื่องชี้วัดคุณภาพการคัดกรอง กำหนดผู้รับผิดชอบ และทบทวนแนวทาง อบรมชี้แจงวิธีปฏิบัติ ขั้นตอนการคัดกรองฟื้นฟูความรู้การคัดกรองให้บุคลากร ทุก1ปี

2) แบบฟอร์มการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ สกุล HN ชื่อผู้คัดกรอง วันที่ เวลาที่เริ่มมีอาการ วันที่ เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล แบบคัดกรองอาการStroke BFAST ข้อกำหนดเวลาของอาการที่ส่งตรวจที่ER ข้อกำหนดเวลาของอาการที่ส่งตรวจที่ OPD Fast Tract ข้อกำหนดของSOS score ที่ส่งเข้าER การประเมินและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุก30 นาที ได้แก่ Vital signs, O2 sat ,SOS score, ความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตา จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง

3) Flow การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยมีขั้นตอนและกิจกรรมปฏิบัติ
ตั้งแต่การคัดกรอง การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการประเมิน การตรวจEKG การส่งตรวจ Lab CT X-ray การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ และมีระยะเวลากำหนดในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการ

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาการคัดกรองพบว่าแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจนไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรขาดความรู้และทักษะ ทำให้การคัดกรองผิดพลาดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุวรรณบุตร[6] และการศึกษาของนวรัตน์ บุญนาน[7] ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาล คือบุคลากรด่านหน้าขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการแรกรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้คัดกรองผิดพลาดและขาดความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ขั้นตอนการตรวจรักษามีความล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า แนวทางคัดกรองผู้ป่วยไม่เป็นในแนวเดียวกัน ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้และความสามารถในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วถูกต้องจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทันเวลาเช่นการศึกษาของศุภลักษณ์ ชูวงศ์[8] ที่พบว่าพยาบาลได้รับการพัฒนาทักษะในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขั้นตอนต่อไปได้ถูกต้อง รวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา

2. รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลโพนพิสัยที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับบริบทสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติ กระบวนการจัดประชุมทำความเข้าใจและการอบรมเชิงปฏิบัติการก่อนนำไปใช้ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้และเกิดทักษะปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการติดตามการปฏิบัติและสะท้อนข้อมูลทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเวลาที่รวดเร็วตามมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสามารถนำสู่การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับการศึกษาของของศุภลักษณ์ ชูวงศ์[8] ที่

พบว่ารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อเข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการการคัดกรองและส่งต่อเข้าช่องทางด่วน แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน การร่วมแบ่งปันประสบการณ์ การทบทวนความรู้ การแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบปัญหา การาสรุปอภิปรายร่วมกันและสะท้อนความคิด ทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการคัดกรองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา และการศึกษาของจันทจร เสนามาตย์[9] ทำการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังพัฒนาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Stroke ได้รับการคัดกรองเข้า Stroke fast track ที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการประเมินคัดแยกและส่งต่อตามแนวทางที่รวดเร็วทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย rt-PA ทุกรายและไม่มีผู้เสียชีวิต เช่นเดียวกันกับการศึกษาของมนัส สุวรรณบุตร[6] ได้พัฒนาระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมประกอบด้วย จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พัฒนาเครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วย มาใช้ในการคัดกรองที่หน่วยบริการด่านหน้าของโรงพยาบาลทำให้คัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องและส่งเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ทันที พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้รวดเร็วขึ้น จัดทำแผนผังการดูแลผู้ป่วย(Flow Chart) ทำให้ผลลัพธ์ระยะเวลาทุกตัวต่ำกว่าเป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น

3. การประเมินผลจากผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ารูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เกิดผลดีทั้งในด้านการให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย เนื่องจากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการคัดกรองใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองมองเห็นประเด็นปัญหาและมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนโครงการพัฒนา ดำเนินการพัฒนามีส่วนร่วมในผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา ร่วมกันปรับปรุงแก้ไขติดตามผลทำให้ได้เรียนรู้ และหาทางแก้ไขปัญหาในบริบทพื้นที่นั้นๆ จึงได้รูปแบบการคัดกรองที่มีความเหมาะสม สามารถนำไปสู่การไปใช้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริยา หล้าก่ำ[10] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตำบลเหนือเมืองอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการพัฒนาโดยใช้การร่วมกันดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ ร่วมตรวจสอบร่วมกันปรับปรุง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เกิดมุมมองใหม่ๆสามารถแก้ไขปัญหาในบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของเสกสรรค์ จวงจันทร์และคณะ(2562) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ภาคีสุขภาพเครือข่ายทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อนำมาออกแบบระบบบริการประสานการทำงานกับวิชาชีพสาธารณสุขและอื่นๆเพื่อให้เกิดความร่วมมือโดยดำเนินการทั้งในด้านนโยบาย ศักยภาพการบริการดูแลผู้ป่วย ระบบสนับสนุนทั้งด้านการรักษาพยาบาลการป้องกันโรคส่งผลให้ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบได้รับการวินิจฉัยและรักษาเข้าถึงStroke fast tract ได้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 จากการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นบุคลากรผู้ให้บริการเห็นว่าเหมาะสมกับบริบทสามารถนำไปใช้ใน
หน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติ โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนให้นำไปใช้ในหน่วยงานและประเมินผลการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องรวมทั้งควรมีนโยบายให้

บุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลนำไปใช้ในการคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ

1.2 การนำไปใช้ในด้านปฏิบัติการพยาบาล 1) พยาบาลควรนำไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาล ญาติผู้ดู และผู้ป่วย ให้มีความเข้าใจอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถสังเกตอาการและประเมินอาการผิดปกติที่สงสัยว่าอาจเกิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้เข้ารับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น 2) พยาบาลควรร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบ แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพและติดตามประเมินผลลัพธ์อย่างเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

จากการศึกษาพบว่าความรู้และทักษะของบุคลากรที่ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญต่อคุณภาพของการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่ให้บริการในหน่วยบริการของเครือข่ายเช่น รพ.สต. หน่วยกู้ภัย และเครือข่ายอื่นๆในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Posai V, Pipatsombat P,Thangkratok,P.(2019). Neuropsychiatric symptom cluster and quality of life among patients with stroke. Rama Med Journal, (42)2,1-11
2. เสกสรร จวงจันทร์,กมลรัตน์ จูมสีมา,วีรชาติ วรธรรม.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนคูน จังหวัดศรีษะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10, 17(2),5-18.
3. โรงพยาบาลโพนพิสัย. (2566). รายงานผู้มารับบริการโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2566, หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์2567.
4. Kemmis, S., and McTaggart, R. (1990). The action research planner. Geelong, Deakin University Press.
5. Bloom,Benjamin S.,et.al.(1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York, Mc Graw-Hill Book Company.
6. มนัส สุวรรณบุตร.(2567). การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองแสง และเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี.*วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ,* 5 (1), 141-152
7. นวรัตน์ บุญนาน.(2566).การพัฒนารูปแบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ,3(3),386-395
8. ศุภลักษณ์ ชูวงศ์,พัทยา แก้วสาร,ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (2564).การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อเข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารพยาบาลทหารบก ,23(1),511-519.
9. จันทรจร เสนามาตย์. (2566). การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลดอนตาลและเครือข่ายบริการ.วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยนครพนม,1(2),1-12.
10. สุริยา หล้าก่ำ, ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่ และอยุทธ์ จินตะรักษ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 10(2),282-291.

รายงานการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถปิคอัพ บริเวณหน้าโรงน้ำคูลสปริง บ้านเปือย อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

Investigation of Injuries and Fatalities from a Motorcycle-Pickup Truck Collision in front of Kool Spring Water Factory, Ban Pueai, Phayu District, Sisaket Province

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ชญานิน กฤติยะโชติ[1] อรุณี สุวรรณโชติ[2] ปรียาภรณ์ เชสูงเนิน[2] กุสุมา มีศิลป์[3]
Chayanin Grittiyachote[1] Arunee Suwannachote[1] Preeyaporn Cheasoongnern[1] Kusuma Meesin[3]

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุชนกันระหว่างรถจักรยานยนต์และรถปิกอัพ เกิดขึ้นบนถนนพยุห์-ขุนหาญ บริเวณหน้าโรงน้ำคูลสปริง บ้านเปือย ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2567 เวลา 10.30 น. การสอบสวนอุบัติเหตุมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดเหตุ หาสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตของผู้ประสบเหตุ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยานผู้เห็นเหตุการณ์ เจ้าหน้าที่กู้ภัย ตำรวจ การสำรวจสภาพถนนและยานพาหนะ รวมถึงการทบทวนข้อมูลทางการแพทย์ของผู้บาดเจ็บทั้งจากโรงพยาบาลพยุห์และศรีสะเกษ แล้ววิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บโดยใช้ Haddon Matrix Model

ผลการสอบสวนพบว่า รถจักรยานยนต์ขับตัดข้ามเลนไปทางด้านซ้ายมือ ถูกรถปิกอัพที่วิ่งมาจากด้านหลังชนเข้าอย่างจัง คนขับรถจักรยานยนต์เป็นชาย อายุ 65 ปี มีประวัติดื่มสุรา ไม่ได้สวมหมวกนิรภัย มีการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ มีเลือดในช่องท้องจากตับและไตฉีกขาด กระดูกขาซ้ายหักเปิด และซี่โครงหัก ส่วนผู้ซ้อนท้ายเป็นหญิง อายุ 58 ปี ไม่สวมหมวก บาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะและกระดูกต้นขาซ้ายหัก ต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษในเวลาต่อมา ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ คือ พฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ของคนขับจักรยานยนต์ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการขับรถตัดข้ามเลนกะทันหัน ส่วนสภาพถนนเป็นทางตรง ผิวจราจรปกติ และทัศนวิสัยดี จึงไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม ลักษณะถนนที่เป็นสองช่องจราจรและไม่มีเกาะกลาง ก็ทำให้ผู้ขับขี่มีโอกาสตัดหน้ากันได้ง่าย ปัจจัยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิต ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัยทำให้ศีรษะได้รับการกระแทกอย่างแรงจนเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง กะโหลกศีรษะแตก และการชนด้านข้างยังส่งผลให้มีการบาดเจ็บรุนแรงที่ช่องท้องอีกด้วย แม้ว่าจะมีการช่วยเหลือและนำส่งผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว แต่ความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยเฉพาะบริเวณศีรษะและช่องท้อง ทำให้เสียชีวิตทั้งสองราย

คำสำคัญ: อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ การบาดเจ็บรุนแรง การเสียชีวิต การสวมหมวกนิรภัย มาตรการป้องกันอุบัติเหตุ

Abstract

A collision between a motorcycle and a pickup truck occurred on the Phayu-Khun Han Road, in front of the Cool Spring water factory, Ban Puey, Phrom Sawan Subdistrict, Phayu District, Sisaket Province, on October 24, 2024, at 10:30 a.m. The objective of the accident investigation was to examine the circumstances of the incident, identify the causes and contributing factors leading to severe injuries and fatalities, and collect data through interviews with eyewitnesses, rescue personnel, and police officers, as well as by inspecting road and vehicle conditions. Additionally, medical records of the injured parties from Phayu and Sisaket hospitals were reviewed. The investigation utilized the Haddon Matrix Model to analyze the factors contributing to the accident and injuries.

The findings indicated that the motorcycle abruptly crossed into the left lane, resulting in a direct collision with the pickup truck approaching from behind. The motorcycle driver, a 65-year-old man with a history of alcohol

[1] แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด (สอจร.) โรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ
[2] โรงพยาบาลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ
[3] สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ **Correspondence author: kusuma.m@sskru.ac.th**

consumption, was not wearing a helmet. He sustained severe head injuries, internal bleeding from liver and kidney lacerations, an open fracture in the left leg, and fractured ribs. The passenger, a 58-year-old woman, also without a helmet, suffered severe head injuries and a fractured left femur and was later transferred to Sisaket Hospital for further treatment. The primary causes of the accident were the motorcycle driver's risky driving behaviors, including alcohol consumption, failure to wear a helmet, and sudden lane cutting. The road conditions—a straight road with a normal surface and good visibility—did not contribute as risk factors. However, the two-lane road without a central median increased the likelihood of sudden lane crossings. The factors leading to severe injuries and fatalities included the absence of helmet use, which resulted in significant head impacts, subdural hemorrhages, skull fractures, and severe abdominal injuries due to the side collision. Although emergency assistance and hospital transportation were promptly provided, the severity of the injuries, particularly to the head and abdomen, ultimately resulted in the deaths of both individuals.

Keywords: Motorcycle Accidents, Severe Injuries, Fatalities, Helmet Use, Accident Prevention Measures

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนถือเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพสำคัญของโลกและในประเทศไทย โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์และรถปิคอัพ ซึ่งเป็นยานพาหนะที่พบเห็นได้ทั่วไปในหลายพื้นที่ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยหนุ่มสาวที่มักใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักในการเดินทาง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่ายานพาหนะประเภทอื่นๆ[1]

ในประเทศไทย สถิติจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระบุว่าอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยอุบัติเหตุจากการชนกันระหว่างรถจักรยานยนต์กับรถปิคอัพเป็นประเภทอุบัติเหตุที่พบบ่อย เนื่องจากการใช้ความเร็วสูงและความไม่ระมัดระวังของผู้ขับขี่ทั้งสองฝ่าย นอกจากนี้ลักษณะของถนนในบางพื้นที่ยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ทั้งนี้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยยังคงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดในประเทศ[2]

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับรถปิคอัพมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ขับขี่เองและผู้ร่วมทาง อุบัติเหตุเหล่านี้สามารถนำไปสู่การบาดเจ็บที่รุนแรง รวมถึงการสูญเสียชีวิต ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งในด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และแรงงานของประเทศ การลดอุบัติเหตุเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจของสังคม การจัดการกับปัญหานี้ไม่เพียงแต่จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ใช้ถนน แต่ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม[3] รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่ได้รับความนิยมในการใช้งานอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีขนาดเล็ก คล่องตัว ประหยัดน้ำมัน แต่ในขณะเดียวกันก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง เพราะมีโครงสร้างที่ไม่แข็งแรง ผู้ขับขี่ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันที่มั่นคง และมักมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนน โดยจากสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่ารถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการไม่สวมหมวกนิรภัย และการขับรถย้อนศร ขับฝ่าไฟแดง เปลี่ยนช่องจราจรกะทันหัน ขับย้อนศร รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่

สำหรับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนถนนสายพยุห์-ขุนหาญ บริเวณบ้านเปือย ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ในวันที่ 24 ตุลาคม 2567 ก็เป็นอีกเหตุการณ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงของคนขับขี่รถจักรยานยนต์ ทีมสอบสวนจากโรงพยาบาลพยุห์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้เข้าไปทำการสอบสวนอุบัติเหตุในครั้งนี้ เพื่อศึกษาถึงลักษณะการเกิดเหตุ วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ และระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของการบาดเจ็บและเสียชีวิต

2. วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงด้านคน ยานพาหนะ และสภาพแวดล้อม ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต

3. เสนอแนะมาตรการในการควบคุมป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในลักษณะเดียวกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยาเพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต รวมถึงนำเสนอมาตรการป้องกันที่เหมาะสม ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถปิคอัพ บริเวณหน้าโรงน้ำคูลสปริง บ้านเปือย อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ พยานผู้เห็นเหตุการณ์ เจ้าหน้าที่กู้ภัย และตำรวจที่รับผิดชอบคดี เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ และสภาพการบาดเจ็บของผู้ประสบเหตุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์พยานผู้เห็นเหตุการณ์ เจ้าหน้าที่กู้ภัย และตำรวจที่รับผิดชอบคดี เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ และสภาพการบาดเจ็บของผู้ประสบเหตุ การสำรวจสภาพยานพาหนะที่เกิดเหตุ และถนนบริเวณจุดเกิดอุบัติเหตุ ศึกษาข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ใช้ศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

(1) สัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) พยานผู้เห็นเหตุการณ์ เจ้าหน้าที่กู้ภัย และตำรวจที่รับผิดชอบคดี เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ และสภาพการบาดเจ็บของผู้ประสบเหตุ

(2) สัมภาษณ์หน่วยกู้ภัยที่ปฏิบัติงานในที่เกิดเหตุ ได้แก่ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS) ของโรงพยาบาลพยุห์และทีมสว่างจิตฯ เกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการนำส่งโรงพยาบาล

2. สำรวจสภาพยานพาหนะที่เกิดเหตุ และถนนบริเวณจุดเกิดอุบัติเหตุ

(1) ตรวจสอบรถจักรยานยนต์และรถปิกอัพคันที่เกิดเหตุ บันทึกภาพความเสียหาย ร่องรอยการชน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ

(2) สำรวจลักษณะทางกายภาพของถนนบริเวณที่เกิดเหตุ ได้แก่ ประเภทถนน ผิวจราจร ช่องจราจร ไหล่ทาง สภาพข้างทาง และอุปกรณ์อำนวยความปลอดภัย

(3) ประเมินสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นและการขับขี่ เช่น ทัศนวิสัย สภาพอากาศ แสงสว่าง กิจกรรมของคนในพื้นที่ เป็นต้น

3. ศึกษาข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(1) ขอข้อมูลประกันภัยรถจักรยานยนต์และปิกอัพคันที่เกิดเหตุ รวมถึงประวัติการกระทำผิดของผู้ขับขี่ จากตำรวจภูธรอำเภอพยุห์

(2) รวบรวมแผนที่ แบบสำรวจออกแบบถนนจากแขวงทางหลวงศรีสะเกษที่ 2 เพื่อพิจารณาลักษณะเชิงวิศวกรรมของถนน

4 ทบทวนข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต จากเวชระเบียนและรายงานการชันสูตรศพ

(1) รวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุครั้งนี้ จากแฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาลพยุห์ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ

(2) ทบทวนรายงานการชันสูตรพลิกศพ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตและกลไกการบาดเจ็บ

(3) จัดทำสถิติเชิงพรรณนาของผู้ประสบเหตุ เช่น เพศ อายุ การวินิจฉัย ความรุนแรง สถานะการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บโดยใช้แนวคิด Haddon's Matrix Model[4]

4.1 นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผลการสำรวจ ทะเบียนประวัติ และการทบทวนเวชระเบียนมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงตามแนวคิดเมตริกซ์ของแฮดดอน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะเวลา (ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ หลังเกิดเหตุ) และ 4 องค์ประกอบ (คน ยานพาหนะ ถนน สิ่งแวดล้อม)

4.2 สรุปสาเหตุหลักและปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ รวมถึงปัจจัยที่ทำให้การบาดเจ็บมีความรุนแรง โดยพิจารณาปัจจัยด้านมนุษย์ ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม

4.3 เสนอแนะมาตรการป้องกันที่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบ ทั้งมาตรการเชิงวิศวกรรม (Engineering) การบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) และการให้ความรู้ (Education)

5. จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษา โดยผู้วิจัยมีการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น คำตอบหรือข้อความทุกอย่างแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วได้ถูกเก็บมิดชิด มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่าน และรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาถูกนำเสนอในภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

อุบัติเหตุครั้งนี้เกิดขึ้นบนถนนพยุห์-ขุนหาญ บริเวณก่อนถึงโรงผลิตน้ำดื่มคูลสปริงส์ บ้านเปือย ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2567 เวลาประมาณ 10.30 น. เป็นการชนกันระหว่างรถจักรยานยนต์ที่ขับตัดข้ามเลนไปชนกับรถปิกอัพที่วิ่งสวนทางมา ทำให้ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บสาหัสจนเสียชีวิตในเวลาต่อมา ดังภาพที่ 1

2. ลักษณะของถนน

ถนนพยุห์-ขุนหาญ บริเวณที่เกิดเหตุเป็นถนนลาดยาง 2 ช่องจราจร กว้างช่องละ 3 เมตร ผิวจราจรเรียบ ไม่มีร่องรอยการชำรุด สภาพแวดล้อมโดยรอบเป็นพื้นที่โล่งแจ้ง ไม่มีสิ่งบดบังทัศนวิสัย อากาศแจ่มใส ขณะเกิดเหตุมีปริมาณการจราจรค่อนข้างน้อย ลักษณะถนนช่วงที่เกิดอุบัติเหตุเป็นทางตรง ราบเรียบ ไม่ใช่จุดเสี่ยงที่เคยเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง

3. ข้อมูลผู้ประสบเหตุ

ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นชายไทย อายุ 65 ปี ได้รับบาดเจ็บสาหัส ส่วนผู้ซ้อนท้ายเป็นหญิงไทย อายุ 58 ปี ซึ่งเป็นภรรยาของผู้บาดเจ็บเพศชายที่เป็นผู้ขับขี่ และได้รับบาดเจ็บสาหัสเช่นกัน

จากการสอบสวน ไม่พบว่าผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นผู้ขับขี่เพศชายมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ แต่มีประวัติดื่มสุรา ขณะเกิดเหตุทั้งสองคนไม่ได้สวมหมวกนิรภัย จากคำให้การของเจ้าหน้าที่กู้ภัยและรายงานการชันสูตรศพ พบว่าทั้งคู่ได้รับบาดเจ็บสาหัสบริเวณศีรษะ มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง กะโหลกศีรษะแตก โดยนายตียังมีการบาดเจ็บรุนแรงที่ช่องท้อง มีเลือดออกในช่องท้องและลำไส้ฉีกขาด กระดูกขาซ้ายหักเปิด และกระดูกซี่โครงหัก ส่วนนางลำไยนอกจากบาดเจ็บที่ศีรษะแล้ว ยังมีกระดูกต้นขาซ้ายหัก

4. การเกิดอุบัติเหตุและการช่วยเหลือ

จากการสัมภาษณ์พยานที่อยู่ในเหตุการณ์ ให้ข้อมูลว่า ขณะนั้นรถจักรยานยนต์วิ่งมาจากทิศตะวันตก โดยนายตีขับรถเร็วและกะทันหันเลี้ยวตัดข้ามเลนไปทางซ้ายเพื่อจะเลี้ยวเข้าซอย แต่ถูกรถปิกอัพที่วิ่งตามมาด้านหลังชนเข้าอย่างจังที่ด้านข้างซ้าย ทำให้รถจักรยานยนต์ล้มลง คนขับและคนซ้อนกระเด็นออกจากรถ ศีรษะกระแทกพื้น มีเลือดออกมาก

หลังเกิดเหตุมีรถที่ผ่านไปมาจอดลงมาช่วยเหลือ พร้อมโทรแจ้งเหตุไปยัง 1669 ในเวลาต่อมาทีม ALS ของโรงพยาบาลพยุห์และทีมสว่างจิตฯ ได้มาถึงจุดเกิดเหตุ ประเมินอาการของผู้บาดเจ็บทั้งสองพบว่า มีภาวะวิกฤต GCS น้อยกว่า 8 จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ดามคอ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พยุงตรึงกระดูก แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลพยุห์ ซึ่งต่อมาได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ แต่นางลำไยได้เสียชีวิตลงในช่วงเย็นของวันเดียวกัน ส่วนนายตีเสียชีวิตในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567 จากภาวะติดเชื้อและระบบไหลเวียนล้มเหลว

ภาพที่ 1 แสดงจุดเกิดเหตุและการลงพื้นที่สอบสวนอุบัติเหตุในเบื้องต้น

5. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Haddon Matrix พบว่า ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ได้แก่

5.1 พฤติกรรมเมาแล้วขับของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ทำให้ขาดสติ ตัดสินใจผิดพลาด

5.2 การเลี้ยวตัดหน้ารถปิกอัพกะทันหัน โดยไม่ให้สัญญาณจะเลี้ยว

5.3 การไม่สวมหมวกนิรภัยทั้งคนขับและคนซ้อน

ส่วนปัจจัยเสริม พบว่า สภาพถนน อากาศ แสงสว่างและสภาพการจราจร ณ เวลานั้น ไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงเพราะเป็นถนนตรง ผิวจราจรดี ทัศนวิสัยชัดเจน ปริมาณรถไม่หนาแน่น

ปัจจัยที่ทำให้การบาดเจ็บรุนแรงจนถึงเสียชีวิต คือ การไม่สวมหมวกนิรภัย ทำให้ศีรษะได้รับการกระแทกโดยตรง มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง และการชนรถจักรยานยนต์ด้านข้างทำให้มีการบาดเจ็บรุนแรงต่ออวัยวะภายในช่องท้อง

สรุป การศึกษาปัจจัยเสี่ยงตามสภาพคน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยการวิเคราะห์ตามหลัก Haddon's Matrix Model[4] ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต

เหตุปัจจัย (Factors)	ปัจจัยด้านบุคคล (Human)	ปัจจัยด้านยานพาหนะ (Vehicle)	ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment)	
			ทางกายภาพ (Physical)	ทางสังคม (Socio-economic)
ก่อนเกิดเหตุ (Pre-event)	- คนขับจักรยานยนต์มีประวัติเมาแล้วขับ ขาด	- รถจักรยานยนต์มีอายุใช้งานนาน ไม่ได้รับการตรวจสภาพสม่ำเสมอ	- ถนนเป็น 2 ช่องจราจร แต่ไม่มีเกาะ	- ขาดการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการดื่มแล้วขับและการสวม

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต

เหตุปัจจัย (Factors)	ปัจจัยด้านบุคคล (Human)	ปัจจัยด้านยานพาหนะ (Vehicle)	ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment)	
			ทางกายภาพ (Physical)	ทางสังคม (Socio-economic)
	ความชำนาญในการขับขี่ - คนซ้อนท้ายไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย - คนขับและคนซ้อนท้ายไม่สวมหมวกนิรภัย - ขาดความตระหนักถึงอันตรายในการขับขี่อย่างประมาท	- ขาดการบำรุงรักษาระบบเบรกและไฟสัญญาณ - ไม่มีอุปกรณ์เสริมความปลอดภัย เช่น กันชนข้าง - รถจักรยานยนต์ไม่มีโครงสร้างนิรภัย ผู้ขับขี่ไม่ได้รับการปกป้อง	กลาง จึงทำให้ผู้ขับขี่ชอบตัดหน้ากันได้ง่าย - ถนนตรงเป็นระยะทางยาว ทำให้ผู้ขับขี่มักใช้ความเร็วสูง - ผิวถนนเป็นแอสฟัลต์มีความลื่นในขณะฝนตก	หมวกนิรภัยอย่างเข้มงวด - ไม่มีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการขับขี่ปลอดภัย - ขาดมาตรการควบคุมและแก้ไขจุดเสี่ยงบนท้องถนน
ขณะเกิดเหตุ (Event)	- คนขับจักรยานยนต์ขับด้วยความประมาทตัดหน้ารถปิคอัพกะทันหันโดยไม่ให้สัญญาณ - คนขับและคนซ้อนกระเด็นออกจากรถศีรษะกระแทกพื้นอย่างแรง - คนขับและคนซ้อนได้รับบาดเจ็บรุนแรงเนื่องจากไม่สวมหมวกนิรภัย	- รถจักรยานยนต์ไม่สามารถตัดกลับเข้าช่องจราจรเดิมได้ทัน เนื่องจากไม่มีเกาะกลางถนน - รถจักรยานยนต์ ไม่มีโครงสร้างป้องกันการชน ทำให้ถูกชนด้านข้างได้รับความเสียหายมาก - เกิดการชนกันระหว่างรถจักรยานยนต์และรถปิคอัพ โดยมีจุดชนที่กระจกหน้ารถ ทำให้คนขับจักรยานยนต์และคนซ้อนกระเด็นศีรษะกระแทกกับกระจก	- ขณะเกิดเหตุเป็นเวลากลางวัน ท้องฟ้าแจ่มใส แสงสว่างเพียงพอ ไม่ได้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอุบัติเหตุ	-ไม่มีข้อมูล
หลังเกิดเหตุ (Post-event)	- คนขับและคนซ้อนได้รับบาดเจ็บสาหัสต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน - คนขับมีบาดแผลฉีกขาดหลายแห่งที่ศีรษะ กระดูกซี่โครงหักหลายซี่ มีเลือดในช่องอกและช่องท้อง กระดูกแขนและขาหัก - คนซ้อนได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง กะโหลกร้าว มีเลือดคั่งในสมอง กระดูกต้นขาซ้ายหัก	- รถจักรยานยนต์เสียหายเกือบทั้งคัน คาดว่าค่าซ่อมแซมสูงมาก อาจไม่คุ้มค่าในการซ่อม - รถปิคอัพได้รับความเสียหายตรงกระจกหน้าแตก และมีรอยบุบตรงฝากระโปรงหน้า	-ไม่มีข้อมูล	- มีผู้พบเห็นเหตุการณ์แจ้ง 1669 ให้มารับผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลพยุห์อย่างรวดเร็ว - ทีมกู้ชีพ นำผู้บาดเจ็บสาหัสทั้ง 2 ราย ส่งต่อมายังโรงพยาบาลศรีสะเกษซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า แต่ก็ไม่สามารถช่วยชีวิตทั้งสองรายได้ - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต

เหตุปัจจัย (Factors)	ปัจจัยด้านบุคคล (Human)	ปัจจัยด้านยานพาหนะ (Vehicle)	ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment)	
			ทางกายภาพ (Physical)	ทางสังคม (Socio-economic)
				ผู้บาดเจ็บรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงตามแนวคิดแนวคิด Haddon's Matrix Model[4] ชี้ชัดว่า ปัจจัยด้านคน คือ สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ประกอบด้วย การดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับ การไม่สวมหมวกนิรภัย และ การขับรถประมาทโดยตัดหน้ากะทันหัน เป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุชนกับรถปิคอัพ ส่งผลให้ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารได้รับบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

จากผลรายงานการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถปิคอัพ บริเวณหน้าโรงน้ำคูลสปริง บ้านเปือย อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านคน คือ สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้ ทั้งการขับขี่มอเตอร์ไซค์ขณะมึนเมา การขับรถประมาทตัดหน้ากระชั้นชิด และการไม่สวมหมวกนิรภัย ซึ่งนำไปสู่การบาดเจ็บสาหัสจนถึงขั้นเสียชีวิตทั้งคนขับและคนซ้อน ผลการสอบสวนอุบัติเหตุครั้งนี้ยืนยันว่าการดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับขี่และการไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตในอุบัติเหตุครั้งนี้ สาเหตุนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ขับขี่ที่มึนเมามีความสามารถลดลงในการควบคุมยานพาหนะ และพฤติกรรมการขับรถตัดหน้ากะทันหันทำให้รถปิคอัพไม่สามารถหยุดรถได้ทัน ส่งผลให้เกิดการชนอย่างรุนแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ World Health Organization ระบุว่าแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการบริโภคแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการตัดสินใจ การตอบสนอง และการควบคุมรถ ซึ่งเพิ่มโอกาสการชนอย่างมีนัยสำคัญ[5] การขับรถประมาทการขับรถตัดหน้ากะทันหันโดยไม่ได้ให้สัญญาณ ทำให้เกิดอุบัติเหตุโดยตรงและรุนแรง การศึกษานี้จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้สัญญาณและการรักษาระยะห่างในขณะขับขี่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhang et al. พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ความสามารถในการตัดสินใจและการตอบสนองช้าลง รวมถึงเพิ่มโอกาสการเกิดอุบัติเหตุชนกันถึง 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับการขับขี่ปกติ[6] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hassan et al. ชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมในการขับขี่ เช่น การตัดหน้ารถคันอื่นในระยะกระชั้นชิด เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง โดยเฉพาะในถนนสองเลนที่ไม่มีเกาะกลาง[7] จากผลการสอบสวนอุบัติเหตุครั้งนี้ พบว่า การไม่สวมหมวกนิรภัยของทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารทำให้ศีรษะได้รับแรงกระแทกโดยตรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บสาหัสและการเสียชีวิต ข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าหมวกนิรภัยช่วยลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ Liu et al. ระบุว่าการไม่สวมหมวกนิรภัยเพิ่มโอกาสการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่าการใช้หมวกนิรภัยสามารถลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ศีรษะได้มากถึง ร้อยละ 70.0[8]

อย่างไรก็ตามจากผลการรายงานสอบสวนอุบัติเหตุครั้งนี้ ยังพบว่า ปัจจัยอื่นๆ ก็ล้วนมีส่วนในการเพิ่มโอกาสและความรุนแรงของอุบัติเหตุด้วย อาทิ รถจักรยานยนต์ขาดการตรวจสภาพและไม่มีอุปกรณ์เสริมความปลอดภัย โครงสร้างของรถก็ไม่แข็งแรงพอที่จะป้องกันการบาดเจ็บของผู้ขับขี่ ส่วนลักษณะของถนนที่เป็นสองช่องจราจรโดยไม่มีเกาะ

กลางก็เปิดโอกาสให้ผู้ขับขี่ตัดหน้ากันได้ง่าย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วก็ไม่สามารถตัดกลับเข้าช่องทางเดิมได้ทัน ซึ่งการตรวจสภาพรถและอุปกรณ์ความปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hurt et al. ใน The Hurt Report เป็นหนึ่งในงานวิจัยคลาสสิกเกี่ยวกับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ พบว่าการขาดอุปกรณ์ความปลอดภัย เช่น หมวกนิรภัย ถุงลมนิรภัย และไฟสัญญาณที่ใช้งานไม่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความรุนแรงของการบาดเจ็บในกรณีเกิดอุบัติเหตุ[9] ด้านโครงสร้างรถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clarke et al. ระบุว่ารถจักรยานยนต์ที่มีโครงสร้างอ่อนแอและไม่ออกแบบมาให้รองรับแรงกระแทกจากอุบัติเหตุ เช่น การไม่มีระบบป้องกันแรงกระแทกด้านข้างหรือระบบเบรกที่มีประสิทธิภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงในผู้ขับขี่[10] ส่วนลักษณะถนนที่ไม่มีเกาะกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Montella พบว่าถนนสองช่องจราจรที่ไม่มีเกาะกลางเพิ่มโอกาสการชนประสานงาและอุบัติเหตุที่รุนแรง เนื่องจากผู้ขับขี่สามารถเปลี่ยนเลนหรือตัดหน้ารถในช่องทางตรงข้ามได้โดยง่าย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ไม่มีการควบคุมสัญญาณจราจร[11] ปัจจัยด้านสภาพรถและถนนสามารถจัดอยู่ในมิติ Physical Environment และ Post-Crash Factors ของ Haddon's Matrix Model[4] ซึ่งเน้นถึงความสำคัญของการออกแบบยานพาหนะและถนนที่ปลอดภัย รวมถึงการจัดการหลังเกิดอุบัติเหตุ

ดังนั้น นอกจากมาตรการด้านการป้องปรามพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่แล้ว การปรับปรุงลักษณะทางกายภาพของถนนโดยการขยายช่องจราจรให้กว้างขึ้น และมีเกาะกลางแบ่งช่องทางไปและกลับให้เป็นสัดส่วน ก็จะช่วยลดโอกาสของการขับตัดหน้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์บนท้องถนน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งพิจารณาดำเนินการโดยเร็ว เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ควบคู่ไปกับการรณรงค์ให้ความรู้และควบคุมพฤติกรรมการขับขี่ให้ปลอดภัย เพื่อลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านคน

1.1 เพิ่มความเข้มข้นในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้าย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและในกลุ่มเยาวชน

1.2 จัดอบรมให้ความรู้ถึงพิษภัยของการดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ รวมถึงเทคนิคการขับขี่อย่างปลอดภัยให้แก่ประชาชนในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

1.3 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ทั้งทางตรงและออนไลน์ ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการขับขี่ด้วยความรับผิดชอบ รักษาวินัยจราจร และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

2. ด้านยานพาหนะ

2.1 บังคับใช้กฎหมายการจดทะเบียนและทำประกันภาคบังคับรถจักรยานยนต์อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ขับขี่มีความรับผิดชอบมากขึ้น

2.2 ดำเนินการตรวจสภาพรถจักรยานยนต์อย่างน้อยปีละครั้ง โดยเน้นที่ระบบเบรก ไฟสัญญาณ และยางรถ เพื่อให้มั่นใจว่าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

2.3 สนับสนุนให้มีการติดตั้งอุปกรณ์เสริมความปลอดภัย อาทิ กันชนด้านข้าง ระบบป้องกันล้อล็อค เพื่อช่วยลดความรุนแรงหากเกิดอุบัติเหตุ

3. ด้านถนน

3.1 เร่งขยายถนนให้เป็น 4 ช่องจราจรและมีเกาะกลาง เพื่อลดพฤติกรรมการตัดหน้ากระชั้นชิดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

3.2 ปรับปรุงไหล่ทางให้กว้างขึ้น และจัดทำช่องทางสำหรับรถจักรยานยนต์โดยเฉพาะ เพื่อลดความเสี่ยงในการชนและล้ม

3.3 ติดตั้งป้ายเตือน สัญญาณไฟกระพริบ หรือจุดตรวจวัดแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะบริเวณทางแยกและทางเข้าออกหมู่บ้านที่เป็นจุดเสี่ยง

3.4 ควบคุมการจอดรถและการตั้งร้านค้าบริเวณไหล่ทาง ไม่ให้บดบังทัศนวิสัยหรือกีดขวางการจราจร

4. ด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

4.1 พัฒนาศักยภาพและทักษะของบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้นในการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ

4.2 สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ให้สามารถเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุสู่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็ว

4.3 จัดให้มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์จำเป็นสำหรับการกู้ชีพ ณ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต่างๆ ให้เพียงพอและพร้อมใช้งานได้ทันที

4.4 ซักซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่เป็นประจำ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บจำนวนมากอย่างมีระบบ

ข้อเสนอแนะ

ผลที่ได้จากการสอบสวนอุบัติเหตุในครั้งนี้ ควรถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ ตั้งแต่ท้องถิ่น อำเภอ ไปจนถึงจังหวัด เพื่อสร้างแรงผลักดันในการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันอุบัติเหตุตามที่ได้เสนอแนะไว้ ทั้งการเพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย การปรับปรุงโครงสร้างถนนให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมถึงการผลักดันให้เกิดการแก้ไขและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน เช่น พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ร.บ.รถยนต์ เป็นต้น

นอกจากนี้ ข้อมูลดังกล่าวยังสามารถนำไปใช้เป็นกรณีศึกษาในการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงอันตรายของพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ รวมถึงการสร้างจิตสำนึกในการใช้รถใช้ถนนอย่างมีวินัยและคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสำคัญ

ในมิติของสถานบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมดื่มแล้วขับ การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและสอบสวนการบาดเจ็บ เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงขึ้นอีกในอนาคต

ทั้งนี้ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน ตลอดจนองค์กรอิสระต่างๆ ในการร่วมกันขับเคลื่อนมาตรการป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ ผ่านการบูรณาการการทำงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกมิติ อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยของประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยุห์ ที่สนับสนุนทีมสอบสวนอุบัติเหตุ ขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่ร่วมทีม ทั้งสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เข้ามามีส่วนร่วมและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการสอบสวน โดยเฉพาะขอบคุณทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลพยุห์ ทีมสว่างจิตฯ ที่เสียสละ ทุ่มเท ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บอย่างเต็มความสามารถ รวมถึงบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยหนัก และทีมนิติเวช ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2023 Nov 7]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684
2. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย; 2565.

3. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. แนวทางการจัดการและป้องกันอุบัติเหตุบนถนนประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน; 2564.
4. Haddon W. The basic strategies for reducing damage from hazards of all kinds. Hazards Prevention. 1973;10:8-12.
5. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: WHO; 2018.
6. Zhang J, Wang F, Ma Y. Alcohol consumption and its influence on traffic accidents: A meta-analysis of epidemiological studies. J Safety Res. 2021;77:59-67.
7. Hassan HM, Abdel-Aty MA, Lee J. Exploring the factors associated with risky driving behaviors on two-lane rural highways in Egypt. Accid Anal Prev. 2020;143:105585.
8. Liu BC, Ivers R, Norton R, Boufous S, Blows S, Lo SK. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. Cochrane Database Syst Rev. 2008;1.
9.Hurt HH, Ouellet JV, Thom DR. Motorcycle Accident Cause Factors and Identification of Countermeasures. Final Report, Volume 1. 1981.
10. Clarke DD, Ward P, Truman W. Fatal vehicle-occupant collisions: Analysis of causes and trends. Accid Anal Prev. 2007;39(5):1156-1163.
11. Montella A. A comparative analysis of hotspot identification methods. Accid Anal Prev. 2011;43(6):2139-2151.

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

The Development of Advance Care Plan Model in Palliative Care at Khokpho Hospital.

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

นันท์นภัส ประไพ[1] นันทิกานต์ หวังจิ[1]
Nannapas Prapai[1] Nanthikarn wangji[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา สภาพ ปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังแบบประคับประคอง และเพื่อประเมินประสิทธิผลแนวทางการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายในโรงพยาบาลโคกโพธิ์และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ พบว่า การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแลและหลังได้รับการดูแลในรายข้อดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(P<.001)* ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับพึงพอใจมาก *(M= 2.73, SD=0.45)* ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพัฒนารูปแบบพบว่ามีความพึงพอใจมากเช่นกัน *(M= 3.00, SD=0.00)* และเปรียบเทียบจำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลวางแผนล่วงหน้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจำนวนวันนอนรักษาพยาบาลลดลง และ ค่ารักษาพยาบาลลดลงตามไปด้วย

คำสำคัญ: รูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า , การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This research and development aimed to study the conditions and problems in palliative care for terminally ill patients at Khok Pho Hospital, Pattani Province, to develop a self-care plan in advance for palliative care for terminally ill patients, and to evaluate the effectiveness of the self-care plan in advance for palliative care for terminally ill patients. The sample consisted of 30 patients and relatives who were caring for terminally ill patients at Khok Pho Hospital and Subdistrict Health Promotion Hospital, Khok Pho District, Pattani Province, who were diagnosed by doctors as patients who needed palliative care. Data were collected from questionnaires and assessment forms. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the evaluation of the results of the use of the model found that the comparison of the results of the sample group's practice in initiating a conversation in palliative care for terminally ill patients using the POS assessment form (for patients) before and after receiving care in each case showed a statistically significant improvement (P<.001). The results of the evaluation of the satisfaction of patients and relatives who received palliative care were at a very satisfactory level (M= 2.73, SD=0.45). The average satisfaction of the model development team was also found to be very satisfactory (M= 3.00, SD=0.00). In addition, comparing the number

[1] โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

of days of stay and medical expenses in the group receiving care according to the advance care planning model with the group not receiving advance care planning, it was found that the group receiving advance care planning had fewer days of stay and medical expenses.

Keywords: advance self-care planning model, palliative care.

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องสำคัญต่อสังคม เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้การรับมือกับโรค โรคเรื้อรังที่มีผลกระทบในชีวิตมีความสำคัญ เช่น โรคมะเร็ง ที่เพิ่มจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรประมาณ 56.8 ล้านคนต่อปี ต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบระคับประคอง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 70) และอาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางโดยมีมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในแอฟริกา องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้ทุกประเทศบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อรักษาคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพในการเผชิญกับสถานการณ์การเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต[1] การดูแลผู้ ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ โดยเน้นการป้องกันและบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น การดูแลนี้ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ เช่น กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย วัตถุประสงค์หลักคือลดความทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[2] การบริหารทำให้ผู้ป่วยสามารถ "ตายดี" และมีการดูแลครอบครัวหลังจากการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care)[3]

การรักษาเพื่อยืดชีวิตและการรักษาที่เกินความจำเป็น เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการรุนแรงและมีความทุกข์ทรมาน เพราะผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการรุนแรง มักไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง การสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะท้ายมีการดูแลที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อนแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาด เช่น โรคมะเร็งระยะท้าย หรือโรคเรื้อรังอื่นๆในระยะท้ายอื่นๆ มักมีอาการลุกลามของโรคจนต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตอยู่ต่อแต่ไม่ได้มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง และเมื่อร่างกายเข้าสู่สภาวะความเสื่อม การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆไม่สามารถฟื้นกลับเป็นปกติ มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป การจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆรวมถึงบทบาทการมีส่วนร่วมในการเลือกวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า และการเลือกสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยในวาระท้าย การวางแผนดูแลล่วงหน้า(Advance care plan) เป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจในระยะท้าย เพื่อตัดสินใจแนวทางในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองในอนาคตตามที่ต้องการ[4] ปัจจุบันในหลายๆประเทศมีความพยายามที่จะนำรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น[5]

การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแล และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจ หารือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ป่วยที่

ดูแลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสภาวะที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพตนเองได้ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าสามารถใช้ได้กับผู้ใหญ่ทุกขั้นตอนของชีวิต ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นกระบวนที่สำคัญ ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแล และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การรักษาทำความเข้าใจ และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต เป็นกระบวนการที่นำมาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 อย่างได้แก่ สิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญในชีวิต การตัดสินใจเลือกยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา และการมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว[2] กระบวนการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินของโรคและครอบครัว เตรียมตัวรับความเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้า มีการวางแผนชีวิต เตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และเป็นการเตรียมจิตใจให้สมาชิกในครอบครัวพร้อมรับความสูญเสียก่อนที่วาระสุดท้ายจะมาถึง จากการทบทวนวรรณกรรมของฉัตรกมล เจริญวิภาดา[6] พบว่าแนวคิดการพยาบาลชุมชน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แนวคิดการตายดี และแนวคิดการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้บริการดูแลด้านสุขภาพ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และผู้ให้คำปรึกษา บทบาทผู้นำและผู้นำการเปลี่ยนแปลง บทบาทของผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ผู้ประสานงาน ผู้บริหารจัดการและผู้ให้ความร่วมมือจากสิทธิ์การตายดี ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ตามความปรารถนาและจากไปอย่างสงบตามศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ลดความขัดแย้ง ความกังวลของญาติในการตัดสินใจเพื่อการรักษาในยามที่บุคคลไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของMoody, S. Y.[7] พบว่าการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการและยังเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ เกิดประโยชน์ช่วยลดภาระการตัดสินใจของครอบครัว ทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวการณ์ของโรคได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของสายฝน ไทยประดิษฐ์[8] ; Sedini, C., Biotto, M., Crespi Bel'skij, L. M., Moroni Grandini, R. E., & Cesari, M.[9] พบว่าการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยแบบประคับประคองลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำเอาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง LIFESS เป็นระบบการประเมินผู้ป่วยประคับประคองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และการแสดงเจตจำนงในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ก่อนเข้าถึงวาระสุดท้ายของชีวิต(ลดารัตน์ สาภินันท์,2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ บุญมรกตและ โสเพ็ญ ชูนวล[3] และ Zhang, X., Jeong, S. Y.-S., & Chan, S. ที่พบว่า ผลของการนำรูปแบบประคับประคองไปใช้ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคลายความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายมีการดูแลตนเองล่วงหน้า เพิ่มคุณภาพชีวิตจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และปัญหาอื่นๆตั้งแต่ระยะเริ่มแรก[10]

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ 2560 จากข้อมูลการดำเนินงานของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลโคกโพธิ์ พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าระบบการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ในปี 2563 จำนวน 46 ราย ปี 2564 จำนวน 62 ราย และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 93 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายชนิดต่างๆ 69 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆระยะท้าย 24 ราย ได้รับ

การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าจากทีมประคับประคองร้อยละ 73.01 ทำสำเร็จร้อยละ 43.25 เสียชีวิตตามความต้องการร้อยละ 30.05 แต่หากผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายไม่ได้รับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า พบว่าทำสำเร็จเพียงร้อยละ 13.09 เท่านั้น จากผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดำเนินงานที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลต่อมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ทางทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย พบว่าการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลโคกโพธิ์ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าช้าเกินไปและมีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ส่วนใหญ่มักจะเริ่มวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะและประสบการณ์การสื่อสาร ให้ข้อมูลคำแนะนำ ในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะ มีความยุ่งยากในการใช้แบบฟอร์มการวางแผนตนเองล่วงหน้า จากสาเหตุดังกล่าวทำให้กระบวนการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมตามความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง จึงมีการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขึ้น มีกระบวนการปฏิบัติได้แก่ 1.การเริ่มต้นสนทนาและแนะนำการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า 2.การประเมินความเข้าใจสภาวะสุขภาพและความวิตกกังวล 3.การให้ข้อมูลพยากรณ์โรค (Share prognisis) 4.ค้นหาเป้าหมายการดูแลและผลลัพธ์ที่ต้องการ/ไม่ต้องการ (Explore preference out come) 5.การบันทึกและจัดเก็บเอกสาร ทบทวนเป็นระยะ 6.มีกระบวนการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งทางทีมผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า มีความครอบคลุม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติระยะท้ายแบบประคับประคอง ลดความทุกข์ทรมานยืดชีวิตจากการรักษา และช่วยส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศในการลดค่ารักษาที่ไม่จำเป็นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่อาจมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย:

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโคกโพธิ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลโคกโพธิ์

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองที่ในโรงพยาบาลโคกโพธิ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มุ่งศึกษาพัฒนารูปแบบวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ในช่วงเดือนมิถุนายน 2566 - ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:

1. ประชากร ประกอบด้วย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 รูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคอง

1.2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิด LIFESS

1.3 การเชื่อมโยงการดูแลจากบ้านสู่ชุมชน และมีฐานข้อมูล Electronic

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย และพยาบาล เป็นเครื่องมือประเมินประสิทธิผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยแบบประคับประคองได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สภาพการมีงานทำ การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 3 เดือนก่อน ระดับ PPS และผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ลักษณะเป็นลำดับการประเมินคะแนนรายข้อ โดยมีการประเมินทั้งหมด 10 ข้อ คืออาการปวด,อาการอื่นๆที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ,ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย, ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย,การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา,การได้ระบายความรู้สึก,ความรู้สึกเศร้า,ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า,การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา และการได้รับความช่วยเหลือปัญหาทางด้านการเงิน/ปัญหาอื่นๆที่เกิดจากความเจ็บป่วย

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ลักษณะเป็นมาตรส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมาก จนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางของทีมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พอใจมากคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00, พอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 และพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00- 2.33 (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุดจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00, มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66และ มีความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย1.00- 2.33 (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุดหารจำนวนช่วงที่ตั้งไว้)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องความตรงของเนื้อหา (Content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 : การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์

การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองใช้ข้อมูลการวิจัยจาก 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

กับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง

1.2 ศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย

แบบประคับประคอง โดยการสนทนาแบบไม่เป็นทางการและการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า

1.3 เก็บข้อมูลการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ระหว่างเดือน มีนาคม 2566 – ธันวาคม 2566 โดยดำเนินการศึกษาจากสถิติการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย และรายงานตัวชี้วัดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Advance Care Plan เป็นลายลักษณ์อักษร และ จำนวนผู้ป่วยและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตามACP เรื่องPlace of death และNO CPR นำข้อมูลว่ามาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง

ระยะที่ 2. การพัฒนารูปแบบวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระยะที่ 1 เสนอในการประชุมของทีมนำด้านคลินิกและระบบบริการ (Patient care team/ PCT) คณะทำงานตามแผนแม่บทการพัฒนาสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Service Plan Palliative Care) โรงพยาบาลโคกโพธิ์ เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง มีการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. *เข้าใจตน เข้าใจโรค* (ความเข้าใจในสถานการณ์และสภาวะโรค)

ขั้นตอนที่ 2. *สะท้อนคิด ชีวิตตน* (การคิดสะท้อนถึงความต้องการในชีวิตของตนเอง)

ขั้นตอนที่ 3. *สู่เป้าหมาย คลายกังวล* (การพัฒนาแผนการเฉพาะตัวสู่เป้าหมายการดูแล Goal of care เมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตมาถึง)

ขั้นตอนที่ 4. *ค้นหาตัวแทนแห่งใจ* (ค้นหาและกำหนดผู้มีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้

นำรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลโคกโพธิ์ 4) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในเดือนตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566 จำนวน 30 ราย มีการดำเนินการดังนี้

3.1 ประกาศใช้รูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ลงสู่การปฏิบัติ

3.2 สะท้อนผลการปฏิบัติ และผลกระทบของการนำรูปแบบไปทดลองใช้ โดยการจัดประชุมวิพากษ์กับผู้ปฏิบัติในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คณะทำงานโรงพยาบาลโคกโพธิ์และเครือข่าย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับฟังปัญหาอุปสรรคต่างๆในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย เพื่อนำไปปรับปรุงในผู้ป่วยรายต่อไป

3.3 ประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ทีมให้บริการ รวมถึงการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมให้บริการ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กระทรวงสาธารณสุขเลขที่ 35/66 รับรองตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2566-30 กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมวิจัยในคน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.56 กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 41-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.64 สถานภาพคู่ร้อยละ 75.54 มีอาชีพเป็นข้าราชการเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 45.67 รองลงมาอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 34.67

2. สถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า พบว่าการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลโคกโพธิ์ยังไม่มีแนว

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าช้าเกินไปและมีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ส่วนใหญ่มักจะเริ่มวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะและประสบการณ์การสื่อสาร ให้ข้อมูล คำแนะนำ ในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย และไม่คุ้นชินกับการใช้แบบประเมินต่างๆ ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะ PPSV2 และแบบประเมินความไม่สุขสบาย ESAS มีความยุ่งยากในการใช้แบบบันทึกการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว (Family meeting) และ หนังสือแสดง เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will) ซึ่งต้องใช้เวลาค่อนข้างมากเป็นการเพิ่มภาระงาน ขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว มีการจัดการอาการทางกายแต่ไม่ได้เน้นการดูแลทางจิตใจทำให้ประเด็นนี้ถูกละเลย ไม่ครอบคลุมการประเมินแบบองค์รวม เกิดประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม ไม่มีรูปแบบและแนวปฏิบัติในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า นอกจากนี้บริบทการปฏิบัติงานในพื้นที่ในสามจังหวัดชายแดนใต้แบบพหุวัฒนธรรมที่มีความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันนั้นทำให้การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย จำเป็นต้องมีรูปแบบที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของคนในพื้นที่ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบองค์รวม LIFESS (สำนักงานคณะกรรมการดูแลสุขภาพแห่งชาติ, 2555) บูรณาการมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (สำนักงานคณะกรรมการดูแลสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ได้รูปแบบการดำเนินงานดังนี้ 1) มีแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิด LIFESS 2) การวางแผนการดูแลโดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Palliative care ward nurse: PCWN) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ 3) มีความต่อเนื่องในระบบบริการดูแลโดยมีการเชื่อมโยงการดูแลจากบ้านสู่ชุมชนและมีฐานข้อมูลและคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยพยาบาลเจ้าของไข้(Palliative care ward nurse: PCWN) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

3. รูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม LIFESS ในการสื่อสาร ให้ข้อมูล และการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้าดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบองค์รวม LIFESS

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าทีมสุขภาพมีความจำเป็นต้องมีการประเมินสภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินระดับความเจ็บป่วย การจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ
และเป้าหมายสำคัญคือการให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและมีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า และมีการเสียชีวิตอย่างสงบตามความต้องการของผู้ป่วย โดยได้รูปแบบในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 1) มีแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม

ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิด LIFESS 2) การวางแผนการดูแล(แบบฟอร์มบันทึก)โดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Palliative care ward nurse: PCWN) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) มีความต่อเนื่องในระบบบริการดูแลโดยมีการเชื่อมโยงการดูแลจากบ้านสู่ชุมชนและมีฐานข้อมูล Electronic

4. ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีกว่าก่อนพัฒนารูปแบบทุกข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p<.001)* และประเมินความแตกต่างกันที่เรียงลำดับจากมากที่สุดดังนี้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา, ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย, การได้ระบายความรู้สึกและความรู้สึกเศร้า ตามลำดับ

5. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับพอใจมาก *(M=2.73,SD=0.45)*

6. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของทีมสุขภาพ พบว่าความพึงพอใจของทีมพัฒนาต่อรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับพอใจมาก *(M=3.00,SD=0.00)*

7. เปรียบเทียบจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในระยะท้ายที่ได้รับรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) พบว่า จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในระยะท้ายที่ได้รับรูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าลดลง

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเข้าระบบการดูแลแบบประคับประคองยังน้อย เนื่องจากความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ในการคัดกรองการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะการสื่อสารให้ข้อมูลที่สำคัญของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองและความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลการดูแล การจัดการอาการตั้งแต่โรงพยาบาลและชุมชนยังน้อย เนื่องจากรูปแบบการดูแลแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลการสื่อสารยังไม่ชัดเจน และแบบฟอร์มการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าแบบเดิมมีการใช้ยากสำหรับเจ้าหน้าที่จึงส่งผลต่อคุณภาพของระบบบริการดูแลในผู้ป่วยระยะท้ายไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น[11]

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ เนื่องจาก ได้รับความร่วมมือจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มาร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่ผ่าน และเสนอแนะการพัฒนาร่วมกันในการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบ พัฒนาแบบฟอร์มตามาตรฐานและใช้ได้ง่ายในบริบทของผู้ปฏิบัติ ไม่เกิดความซับซ้อน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมากขึ้นทั้งในด้าน บุคลากร และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนซึ่งเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมเข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหา ทำให้การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น โดยการใช้แนวคิดการพยาบาลแบบประคับประคองแบบองค์รวม LIFESS และแนวคิดการวาแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า เกิดระบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติและ

ตรงตามความต้องการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล PCWN ในแต่ละหอผู้ป่วย มีระบบให้คำปรึกษาจากพยาบาล PCCN ในกรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลและการประสานงานกับครอบครัวหรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็ว และต่อเนื่องโดยมี 1) มีแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิด LIFESS 2)การวางแผนการดูแลโดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Palliative care ward nurse: PCWN)และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายได้รับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าก่อนเสียชีวิต 4 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอนที่ 1. เข้าใจตน เข้าใจโรค (ความเข้าใจในสถานการณ์และสภาวะโรค) ขั้นตอนที่ 2. สะท้อนคิด ชีวิตตน (การคิดสะท้อนถึงความต้องการในชีวิตของตนเอง)ขั้นตอนที่ 3. สู่เป้าหมาย คลายกังวล (การพัฒนาแผนการเฉพาะตัวในการดูแลเมื่อระยะท้ายของชีวิตมาถึง)ขั้นตอนที่ 4. ค้นหาตัวแทนแห่งใจ (ค้นหาและกำหนดผู้มีบทบาทในการตัดสินใจแทน) และ 3) มีความต่อเนื่องในระบบบริการดูแลโดยมีการเชื่อมโยงการดูแลจากบ้านสู่ชุมชนและมีฐานข้อมูลและคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยพยาบาลเจ้าของไข้(Palliative care ward nurse: PCWN) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนตามบทบาทของทีมบุคลากรลดความซับซ้อนของการปฏิบัติงานและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[12]

3. ผลการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบพบว่า การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการเริ่มต้นสนทนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแลและหลังได้รับการดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่าผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) ผลการประเมินความพึงพอใจค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและญาติอยู่ในระดับพึงพอใจมาก(M= 2.73, SD=0.45) และคะแนนความพึงพอใจของทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจมาก (M= 3.00, SD=0.00) และเปรียบเทียบจำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลวางแผนล่วงหน้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจำนวนวันนอนรักษาพยาบาลลดลง และ ค่ารักษาพยาบาลลดลงตามไปด้วย[13]

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดทำคู่มือการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองฉบับภาษามลายู

2. ควรมีการศึกษาการทำโปรแกรมการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในบริบทของ อำเภอโคกโพธิ์

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(3), 40-51.

2. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาลีกุล, นิภาพร อภิสิทธิวาสนาและ มณีรัตน์ เทียมหมอก. (2561). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ), 33(3), 138–145.

3. ประไพ บุญมรกตและ โสเพ็ญ ชูนวล. (2565). ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 9(1), 270–282.

4. Dinescu, A. (2021). Advance Care Planning. Clinics in Geriatric Medicine, 37(4), 605–610.

5. ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร, เพชรรัตน์ บุญนาคและ สวณี เต็งรังสรรค์. (2564). ความรู้ ประสบการณ์ และอุปสรรคในกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(4), 460–468.
6. ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. (2561). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หน่วยงาน ให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. วารสารกระบี่การแพทย์l; 1(1), 11–22.
7. Moody, S. Y. (2021). “Advance” Care Planning Reenvisioned. Journal of the American Geriatrics Society, 69(2), 330–332.
8. สายฝน ไทยประดิษฐ์. (2560). บทบาทพยาบาลสำหรับการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยวิกฤต. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 44(4), 189-194.
9. Sedini, C., Biotto, M., Crespi Bel’skij, L. M., Moroni Grandini, R. E., & Cesari, M. (2022). Advance care planning and advance directives: An overview of the main critical issues. Aging Clinical and Experimental Research, 34(2), 325–330.
10. Zhang, X., Jeong, S. Y.-S., & Chan, S. (2021). Advance care planning for older people in mainland China: An integrative literature review. International Journal of Older People Nursing, 16(6), 124-139. 11. ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับการได้รับการดูแลจริงในวาระสุดท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารแพทย์และสาธารณสุขเขต 4; 14(1), 149-158.
12. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณและ ศิริจิต เนติภูมิกุล. (2564). ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารสุขภาพจิต; 4(1), 96-111
13. รัตนาภรณ์ ศิริเกต, ธีระศักดิ์ งามสิทธิ์, รัตนาวดี บัวบาลบุตร,ปาริชาติ เพียสุพรรณ์และ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2566). ผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2566; 38(5), 499-506.

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Development of seamless elderly clinic service model, Khok Pho District, Pattani Province.

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[1] นันทิกานต์ หวังจิ[1]
AMORNRAT SANGSUWAN[1] NANTIKARN WANGJI[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (Quasi – Experimental One group Pretest Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวน 60 ราย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพัฒนา และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล และ 4) แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการในคลินิก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .85 -.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับพึงพอใจมาก *(M= 4.47, SD=0.51)* 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ สูงกว่า กลุ่มที่เข้ารับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p< .05) และ 3) ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม/หกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ, คลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐาน, ไร้รอยต่อ

Abstract

The quasi-experimental one group pretest posttest design aimed to analyze the situation, develop a model, and evaluate the results of the development of a seamless elderly clinic service model in Khok Pho District, Pattani Province. The sample consisted of 60 elderly people who received services at the elderly clinic in Khok Pho Hospital. The research instruments were a semi-structured questionnaire, a satisfaction assessment form of the development team, and a satisfaction assessment form of elderly people who received services at the hospital, and 4) a record of the care of elderly people who received services at the clinic. The Cronbach's alpha coefficient was between .85 and .92. The data were analyzed using descriptive statistics and the Independent t-test.

The results of the research found that the average satisfaction of the model development team was at a very satisfactory level (M = 4.47, SD = 0.51). 2) The average satisfaction score of the elderly in the group receiving seamless elderly clinic services was significantly higher than the group receiving regular services at a statistical level of .05 (p < .05). 3) 100 percent of the elderly who were screened and found to be at risk of dementia/falling received care in the elderly clinic.

Keywords: Model development, Standard elderly clinic, Seamless

[1] โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ในปี 2564 ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปี ข้างหน้า ในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พัฒนาการด้านต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมลงในตามธรรมชาติ อาการที่อาจพบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน เรียกว่า กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ซึ่งเกิดจากการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และความเสื่อมเนื่องจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การที่จะคงสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุได้คือการค้นหาปัญหาสุขภาพโดยการคัดกรองหรือการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอายุในแต่ละระดับ เพื่อที่จะได้สามารถวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุ มีการบริการคลินิกผู้สูงอายุอย่ามีคุณภาพและมาตรฐานแบบไร้รอยต่อ จะส่งผลต่อการลดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ[1]

ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric Clinic) เป็นกระบวนการที่ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดย มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Compressive Geriatric Assessment); CGA) และให้การดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ รวมทั้งการเชื่อมโยงการบริการอย่างชัดเจน ทันสถานการณ์ และไร้รอยต่อ (Seamless) และรองรับการส่งต่อเพื่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชน ในปัจจุบันพบว่าการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งรวมกันกับคลินิกผู้ป่วยนอกที่ผู้สูงอายุมารับบริการด้วยกลุ่มโรคอื่นซึ่งการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในระยะแรกมักถูกมองข้ามจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มารับบริการจำนวนมาก และมักมาด้วยอาการเจ็บป่วยหลายโรค รวมถึงมีอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการสูงอายุไม่ชัดเจน นอกจากนี้เครื่องมือการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุมีความซับซ้อนบุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ[2] ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทของอำเภอโคกโพธิ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565 มีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.45 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.10 ในปี 2566 ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 95.57 ติดบ้านร้อยละ 3.52 และติดเตียงร้อยละ 0.82 ในกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการคัดกรองในชุมชน 9 ด้าน พบปัญหา ข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 48 สมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 25 ปัญหาช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 22.15 (ฐานข้อมูล HDC สสจ.ปัตตานี, 2566) และพบว่าแนวโน้มการเกิดผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นกันในแต่ละปี[3]

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุจึงเริ่มทำในระยะที่ผู้สูงอายุแสดงกลุ่มอาการสูงอายุขึ้นอย่างชัดเจนจากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและส่งต่อดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ทั้งยังช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต อันนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งสิ่งที่สำคัญนอกจากการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุแบบองค์รวมแล้ว ต้องมีการบริการที่เชื่อมโยงแบบไร้ต่อ อย่างต่อเนื่องจากบ้านสู่โรงพยาบาลและจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและเชื่อมโยงบูรณาการข้อมูลเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ

ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูชะลอความเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี[4]

ดังนั้นทีมผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุติดสังคมในการจัดระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อใน อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อให้ผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการดูแลครอบคลุม ตั้งแต่การคัดกรอง วินิจฉัย ดูแล รักษาและฟื้นฟู เพื่อลดการเกิดผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุข และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและการดูแลระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อใน อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อใน อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (Quasi – Experimental One group Pretest Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวน 60 ราย ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 1 มีนาคม 2566-
31 ตุลาคม 2566 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ร่วมกับการถอดบทเรียน (Lesson Learned)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ โดยนำผลวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 พร้อมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อเสนอร่างรูปแบบจากการทบทวนศึกษาวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมตามบริบท และปรับเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของทีมพัฒนารูปแบบและนำเสนอร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t – test ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขจริยธรรมหมายเลข RECPTN No.044/66 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2566 การดำเนินงานขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษา

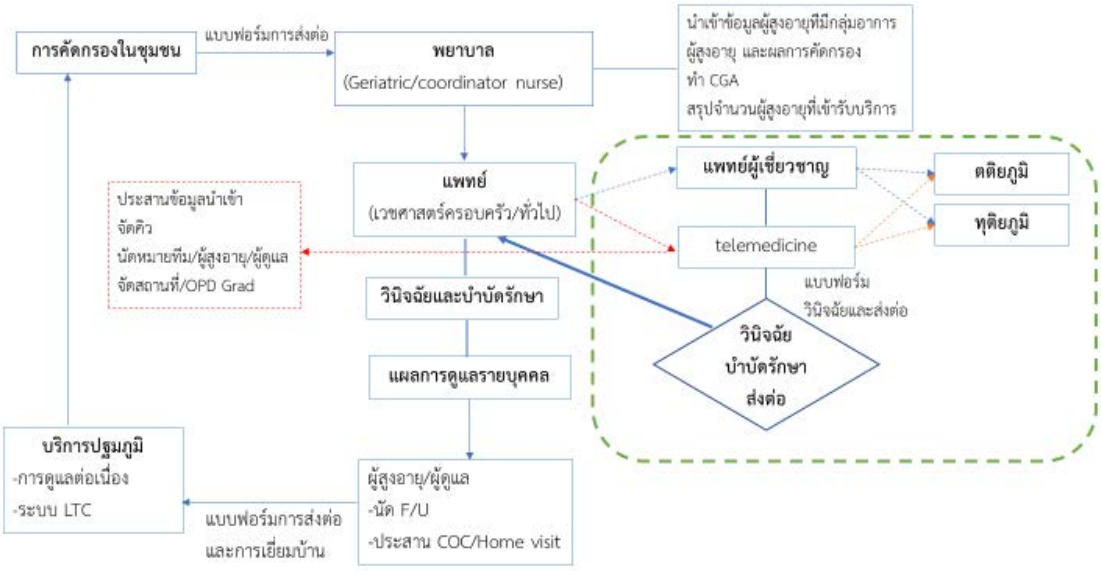
ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดสังคมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ ซึ่งการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Health Care)ของพัฒนาระบบปฐมภูมิ (2562) กล่าวไว้ว่า การดูแลแบบไร้รอยต่อคือการบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงการบริการของหน่วยบริการทั้งในระดับเดียวกัน และระดับที่สูงขึ้นไป อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลในชุมชน ตั้งแต่การคัดกรอง 9 ด้านโดยมีขั้นตอนและแบบฟอร์มการคัดกรองในแต่ละระดับ เช่นแบบคัดกรองในระดับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนและเมื่อพบปัญหาส่งต่อเพื่อให้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคัดกรองต่อ โดยมีการค้นหาปัญหาและส่งต่อในระดับโรงพยาบาลในกรณีผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการคัดกรอง 9 ด้าน

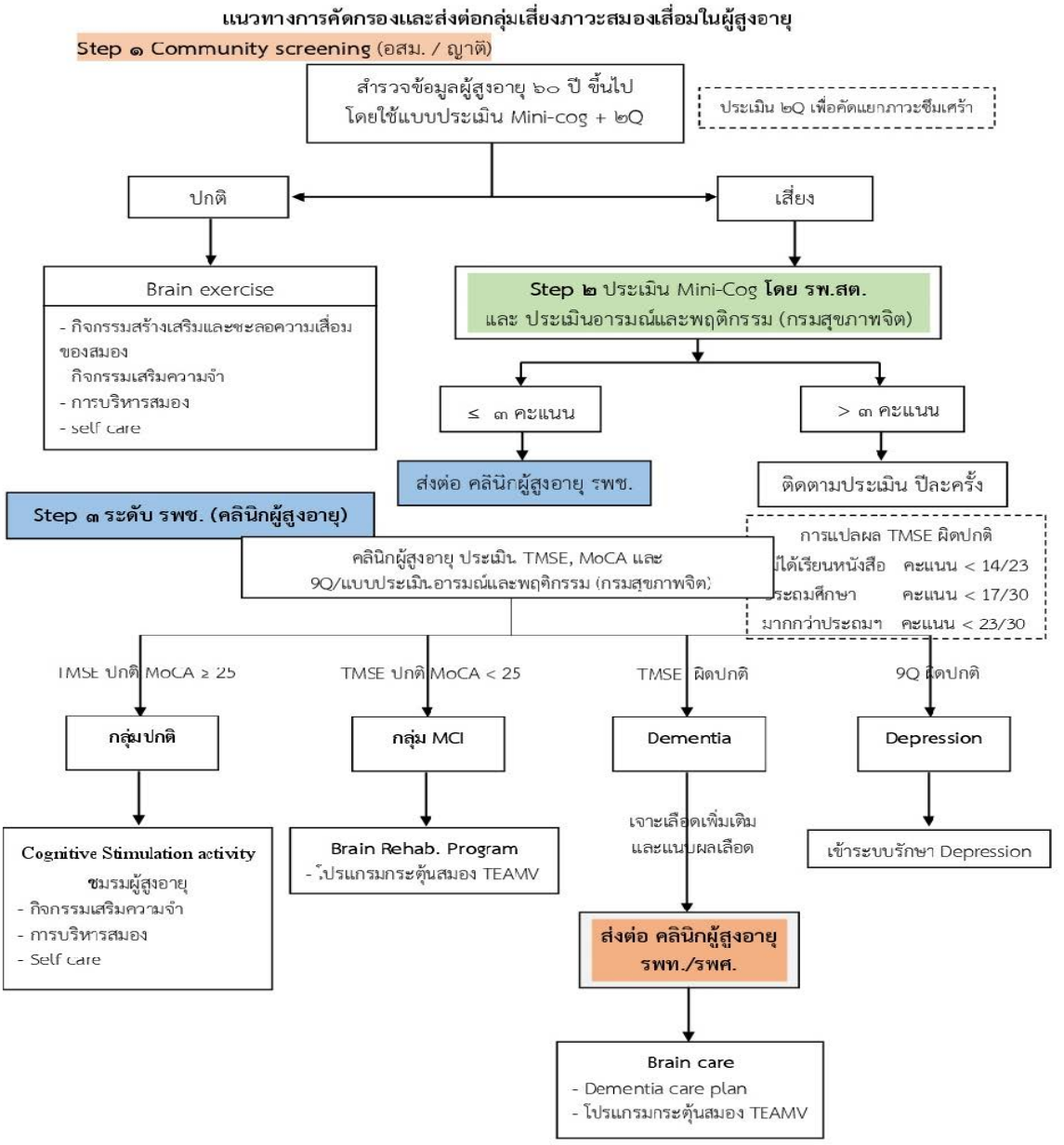
กระบวนการที่ 2 การส่งต่อ มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหา 9 ด้านผ่าน Google Sheet เชื่อมโยงข้อมูลปัญหาของผู้สูงอายุ ให้กับคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพื่อวางแผนในการจัดการข้อมูลล่วงหน้าเพิ่มช่องทาการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในการมารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุแบบ One Stop Service ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การคัดกรองในชุมชนและการส่งต่อ



กระบวนการที่ 3 การดูแลในคลินิกผู้สูงอายุทั่วไป และคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ (Geriatric Clinic) โรงพยาบาล มีการคัดกรองเบื้อต้น อย่างง่ายและรวดเร็ว เกี่ยวกับกลุ่มอาการข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อมในผู้ป่วยนอกทั่วไปที่ผู้สูงอายุมารับบริการ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มสูงอายุ (Geriatric) และเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอกนำแบบฟอร์มการคัดกรองส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ (Geriatric Clinic) เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงเข้าคลินิกผู้สูงอายุ และ มีการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ โดยการคัดกรองแบบฟอร์มการคัดกรอง 9 ด้าน โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม

ทางด้าน Geriatric มีการประเมินปัญหาในแต่ละด้านและมีการประสานทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น ทีมจิตเวช ประเมิน MMSEและภาวะซึมเศร้า ซ้ำเมื่อเจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุประเมิน พบ Minicog positive และประเมินซ้ำ แบบประเมิน MOCA โดยเจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุ ส่งพบเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย และกายภาพ เมื่อประเมินพบปัญหาข้อเข่าเสื่อม หรือหกล้ม ส่งพบเจ้าหน้าที่ทันตกรรม เมื่อประเมินปัญหาพบปัญหาการเคี้ยว และมีการนัดเข้าคลินิกฟื้นฟูสมองเพื่อทำกิจกรรมในกรณีพบภาวะ MCI ตามภาพ 2



4. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับ พึงพอใจมาก *(M= 4.47, SD=0.51)* 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ สูงกว่า กลุ่มที่เข้ารับบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p< .05$) และ 3) ร้อยละ100 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม/หกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับ พึงพอใจมาก (M= 4.47, SD=0.51) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ สูงกว่า กลุ่มที่เข้ารับบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p< .05$) และร้อยละ100 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม/หกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจาก การดูแลในชุมชน ตั้งแต่การคัดกรอง 9 ด้านโดยมีขั้นตอนและแบบฟอร์มการคัดกรองในแต่ละระดับ การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหา 9 ด้านผ่าน Google Sheet เชื่อมโยงข้อมูลปัญหาของผู้สูงอายุ ให้กับคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพื่อวางแผนในการจัดการและการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุทั่วไป และคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ (Geriatric Clinic) โรงพยาบาล มีการคัดกรองเบื้อต้น อย่างง่ายและรวดเร็ว เกี่ยวกับกลุ่มอาการข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อมในผู้ป่วยนอกทั่วไปที่ผู้สูงอายุมารับบริการ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มสูงอายุ (Geriatric) และเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอกนำแบบฟอร์มการคัดกรองส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ (Geriatric Clinic) เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงเข้าคลินิกผู้สูงอายุ และ มีการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ โดยการคัดกรองแบบฟอร์มการ คัดกรอง 9 ด้าน โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมทางด้าน Geriatric จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องผ่านการอบรมเฉพาะด้านเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มโรคผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มโรค ผู้สูงอายุมีอาการไม่เด่นชัด ต้องใช้สมรรถนะ ของพยาบาลเฉพาะ ที่เชี่ยวชาญในการคัดกรองประเมิน และ ต้องใช้ระยะเวลานานในการคัดกรอง เพื่อประเมินสภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างครอบคลุม และ มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ต้องใช้ระยะเวลา ดังนั้น การนัดผู้สูงอายุเข้ามารับบริการในแต่ละครั้งมีจำนวนจำกัดประกอบกับสิ่งแวดล้อมภายในคลินิก และสิ่งสำคัญในเรื่องของความตระหนัก ของผู้สูงอายุและญาติในการเข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นอาการกลุ่มโรคไม่เด่นชัด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุและญาติคิดว่าเป็นอาการปกติ ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการเข้ารับบริการ เกิดความยุ่งยากในการจัดหาผู้สูงอายุ ในแต่ละครั้งของการเข้ารับบริการ[5,6]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรดำเนินการต่อในการจัดโปรแกรมในคลินิกผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมชะลอความเสื่อมทางด้าน สมองเสื่อม /ข้อเข่าเสื่อม

2.ควรมีการบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานจัดกิจกรรม

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงในการใช้แอพลิเคชั่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่2). สำนักงานกิขการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
2. รัตนา พึ่งเสมา. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสภากชาดไทย, 13(1), 15-24.
3. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. (2566) ฐานข้อมูล HDC. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2566)
4. ดวงพร หุ่นตระกูล, นัดดา คำนิยมและ จุฑามาศ รัตนอัมภา. (2566). สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: กิจกรรมทางสังคมในยุควิถีใหม่. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 17(2), 1-13
5. ณรงกรณ์ ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, ปัณณทัต บนขุนทดและ กัญปะนา ภาพยนตร์. (2565).ชุดกิจกรรมพัฒนาสมองแบบผสมผสานภูมิปัญญาชุมชนต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ชุมชนตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(2), 225-238.
6. จิรากร กันทับทิม. (2565). บทบาทพยาบาลในการบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา. วารสารพยาบาลตำรวจ, 14(2), 416-424.

การส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

Promoting the prevention of suicide problems in Long District (Hug Long City, Hug Long People).

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

พชรภา ขันทอง[1]
Patcharapha Khanthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Actio Research : PAR) มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) โดยระยะเวลาในการพัฒนาครั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - วันที่ 30 กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q พบข้อใดข้อหนึ่ง มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) สามารถที่จะป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยผลการศึกษาพบว่าภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอลองลดลงเป็น 12.97 ต่อแสนประชากร

คำสำคัญ: การส่งเสริมป้องกัน การฆ่าตัวตาย

Abstract

This research was participatory action research (PAR) research. The objective of the research is to develop a model to promote and prevent suicide problems in Long District (Hug Muang Long, Hug Khon Long). The development period is from October 1, 2022 to September 30, 2023. The sample group used in this study is patients with depression who were assessed for depression using the 2Q assessment tool and found any one of the following: 9Q score greater than or equal to 7, 8Q score less than or equal to 17, by selecting a specific sample of 18 people. Data were collected from the assessment form and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The research results found that after implementing the model of promoting and preventing suicide problems, Long District (Hug Muang Long, Hug People Long) was able to prevent successful suicides. The results of the study found that after implementing the model of promoting and preventing suicide problems, Long District (Hug Muang Long, Hug People Long), the successful suicide rate of Long District decreased to 12.97 per 100,000 population.

Keywords: promotion, prevention, suicide

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งองค์กรอนามัยโลกประมาณการว่า จะเป็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดภาระของโรคและมีความสูญเสียทางสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 4 ของโลก ในปี

[1] โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่

ค.ศ. 2020 ความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกในประเทศที่มีรายได้สูงเท่ากับร้อยละ 5.5 และในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางร้อยละ 5.9[1] สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.7 หรือคาดประมาณว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,311,797 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive episode) และจำนวน 181,809 คน มีอาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นในทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งหากปล่อยไว้ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้[1]

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในระดับประเทศ ปี 2563 -2565 พบข้อมูล 6.64, 7.38 และ 7.97 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2563 – 2565 พบข้อมูล 14.64, 14.95 และ 15.54 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดแพร่ ปี 2563 – 2565 พบข้อมูล 19.17, 16.01 และ19.66 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอลอง ปี 2564 – 2565 พบข้อมูล 25.80 และ 23.98 ตามลำดับ[2] จากการวิเคราะห์ข้อมูลในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุด คือ การแขวนคอ อายุที่น้อยที่สุดที่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ คืออายุ 13 ปี อายุมากที่สุด คืออายุ 88 ปี สาเหตุการฆ่าตัวตายที่พบได้บ่อยที่สุดคือ น้อยใจ ถูกดุด่า หรือไม่ได้ในสิ่งที่ขอ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีการดื่มสุราก่อนการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ไม่มีคนดูแล อยู่คนเดียว และผู้ป่วยผู้สูงอายุสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 รายเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว และมีประวัติป่วยโรคซึมเศร้ารับการรักษาด้วยยา การฆ่าตัวตายในบุคคลแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป 2) มีสิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) 3) การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่ายหรือด่านกั้นล้มเหลว 4) การเฝ้าระวังล้มเหลว และ5) บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่อ่อนแอ ดังนั้น ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นการติดตามเฝ้าระวังสังเกตอย่างต่อเนื่องในการเกิดการกระจายของโรคหรือปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลเพื่อควบคุมป้องกัน การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ แล้วให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ รวมถึงการให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนแก่ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมถึงมีช่องทางให้ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงสามารถติดต่อเพื่อขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือหรือประสานการส่งต่อได้อย่างสะดวกรวดเร็ว[3]

จากสภาพการณ์ดังกล่าว กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ได้มีการดำเนินงานในการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยทุกราย การประเมินภาวะซึมเศร้าตามประเมิน 2Q ในผู้ป่วยที่มารับบริการทุกราย หรือแม้แต่การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านประชาสัมพันธ์ของทางโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การแจกเอกสารแผ่นพับความรู้ต่างๆ แก่ผู้มารับบริการ แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้เท่าที่ควร เพราะส่วนใหญ่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ การรักษาแบบจิตบำบัดรายบุคคล ทำได้เพียงบางรายเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วย บางรายไม่สามารถที่จะให้เวลาในการทำจิตบำบัดที่เหมาะสม บางรายผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีญาติดูแล หรือบางรายมีญาติดูแลแต่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่อยาก

ให้ญาติเข้ามามีบทบาทในการดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยบางรายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ไม่ได้รับการติดตามหรือมาติดตามอาการตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระยะทางการเดินทางไม่สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล รวมถึง บางรายอาการจะเป็นๆ หายๆ ช่วงที่อาการทุเลา คิดว่าตัวเองหายจากอาการเจ็บป่วยแล้ว จึงหยุดรับประทานยาเอง ทำให้มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นอีก นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการคัดกรองจากบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดกรองไม่ถูกต้อง ขาดทักษะในการคัดกรอง หรือบางคนไม่ได้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแต่ใส่ข้อมูลที่เป็นเท็จมา ซึ่งไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยแต่อย่างใด ที่สำคัญคือ การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยชุมชนมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องปัญหาส่วนตัว บุคคลภายนอกไม่ควรเข้าไปยุ่งหรือไปสอบถาม เพราะเป็นการไม่สมควร ทำให้บางครั้งผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย แต่คนในครอบครัว ในชุมชน ยังขาดการตระหนักและยังไม่เห็นความสำคัญของการใส่ใจในสัญญาณเตือนดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายมีการฆ่าตัวตายจนสำเร็จ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า หยกฟ้า เพ็งเลีย[4] ได้ศึกษารูปแบบการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ หลังดำเนินกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมครอบครัวมีสุข แกนนำสดใส ใส่ชุมชน หลังดำเนินกิจกรรม 3 และ 6 เดือน ไม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน และ คะนึงนิจ ศรีสอนใจ[5] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุเรื่องโรคซึมเศร้ามีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 93.30 นอกจากนี้ เนตรนภา ภมะราภา[6] ได้พัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงถึงสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) พัฒนาระบบการค้นหาคัดกรอง 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วม 4) พัฒนาระบบข้อมูล ซึ่งผลจากการใช้รูปแบบดังกล่าว ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง[6]

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า รูปแบบในการป้องกันปัญหาของภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ การทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยใช้กระบวนการร่วมประเมินปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา และติดตามประเมินผลการดำเนินการ และร่วมรับผิดชอบทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้นจึงได้นำรูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุตรดิตถ์ มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอลองก่อนนำไปใช้และศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Actio Research : PAR) โดยระยะเวลาในการพัฒนาครั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - วันที่ 30 กันยายน 2566 โดยการวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จของประวัติของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 รวมถึงการวิเคราะห์แนวทางการปฏิบัติงานช่วยเหลือดูแลการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมา มีการศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ การทบทวนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การทบทวนรูปแบบการช่วยเหลือ การส่งเสริมป้องกันในส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการไม่ครบถ้วน นำรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทหรือมีความคล้ายคลึงกันที่สามารถส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย นำมาปรับใช้และพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q พบข้อใดข้อหนึ่ง มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) ที่พัฒนามาจากรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุตรดิตถ์[6] ดังนี้

ระยะที่ 1 .ขั้นเตรียมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) โดยมีขั้นตอนการเตรียมการดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสารวิชาการงานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2) ศึกษาทบทวนประวัติผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2564 -2565 จากแฟ้มจัดเก็บ รายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล

3) ผู้วิจัย จัดทำแผนงานโครงการ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อขออนุมัติจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

4) ติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องที่จะทำการวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. / แกนนำสุขภาพ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อทราบถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ แผนงานระยะเวลาที่จะดำเนินงาน เครื่องมือ ที่ใช้ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

5) ศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เลือกรูปแบบที่เหมาะสมใกล้เคียงกับพื้นที่อำเภอลอง

6) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ตามกระบวนการที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดแผน โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาในชุมชน และศักยภาพของผู้มีส่วนร่วม ที่เรียกว่า A-I-C (Appreciation Influence Control) เป็นกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยการสร้างให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนของชุมชน ตัวแทนองค์กรของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนาร่วมกัน มีการระดมความคิดให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ทำให้รู้สึกอยากเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตัวเอง ซึ่ง

ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการสร้างความรู้ร่วมกัน (Appreciation : A) 2) กิจกรรมการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) 3) กิจกรรมการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) 4) กิจกรรมการร่วมกันจัดทำรายละเอียดของแผน 5) กิจกรรมการร่วมสังเกตและสะท้อนผล หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเปิดโอกาสให้ทีมพัฒนา ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

7) ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ปาน เพื่อประสานงานสำหรับการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) และเตรียมแผนการจัดกิจกรรม กำหนดวันเวลา และดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

8) ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกจากผู้ที่ได้รับการประเมินคัดกรองเครื่องมือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พบคำตอบว่า มี เพียง 1 ข้อ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ตำบลแม่ปาน จำนวน 12 ราย

9) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ปาน เพื่อดำเนินการตามแผนงานกิจกรรมตามรูปแบบ โดยมีดำเนินการในการประเมินรูปแบบที่พัฒนา ได้แก่ 1) การส่งเสริมภาคีเครือข่าย มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย/แกนนำ โดยบูรณาการร่วมกับการประชุมฟื้นฟูความรู้ประจำปีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) พัฒนาระบบการค้นหากลุ่มเสี่ยงมีการจัดทำช่องทางส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมและการรักษาตามแนวทาง โดยเทศบาลตำบลแม่ปาน สนับสนุนรถกู้ชีพกู้ภัยสำหรับรับ - ส่ง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามแนวทาง 3) พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการจัดช่องทางสื่อสาร การส่งต่อ การเฝ้าระวังในชุมชนในแอพพลิเคชั่น ไลน์โอเพ่นแชท ชื่อ “ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง” และแอพพลิเคชั่นเฟสบุ๊ค ชื่อ “ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง” 4) การพัฒนาระบบการ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยมีการให้ความรู้ การคัดกรองโรคซึมเศร้าแก่ อสม. โดยบูรณาการร่วมกับการอบรมฟื้นฟูความรู้ประจำปีของ อสม. ตำบลแม่ปาน ผลการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลแม่ปาน ภายหลังได้นำมาวิเคราะห์การดำเนินงานร่วมกับทีมพัฒนา พบว่า ยังมีบางกิจกรรมที่ยังไม่มีความเหมาะสม ได้แก่ 1) การคัดกรองโดย อสม. ยังไม่ครอบคลุม จากการสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า อสม. บางรายไม่มีทักษะในการประเมินคัดกรอง รวมถึงภาระงานของ อสม. มีมากทำให้ อสม. บางคนรู้สึกว่าการคัดกรอง โรคซึมเศร้าเป็นภาระและ ไม่อยากคัดกรอง รวมถึง อสม. บางคนคิดว่า เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรไปยุ่ง เป็นต้น 2) ยังขาดการประสานงาน การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น 3) ขาดการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การติดตามผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง รวมถึงการไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรจากหน่วยงานหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากไม่มีหน่วยงานที่ขับเคลื่อนอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมศิราณี ซึ่งเน้นการการให้ความรู้เรื่องการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รวมถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การแนะนำแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมถึงการแจ้งผลการประเมินและการให้การปรึกษาเบื้องต้น โดยคัดเลือกกลุ่มผู้สนใจเท่านั้นในการเข้ารับการอบรมนวัตกรรมศิราณี แบ่งกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรองออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ โดยคำนึงถึงความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง ดังนี้ 1) กลุ่มนักเรียนอายุ 12 – 18 ปี จะมีชื่อว่า “ศิราณีน้อย” เน้นการคัดกรองในโรงเรียน และ 2) ในกลุ่ม อสม.

/ แกนนำสุขภาพ จะมีชื่อว่า “ศิราณีชุมชน” เน้นการคัดกรองในชุมชนในประชาชนอายุ 19 ปีขึ้นไป

ระยะที่ 2 ขั้นประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) โดยมีขั้นตอนการเตรียมการดังนี้

1) ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อขออนุญาตประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการอบรมนวัตกรรมศิราณี โดยเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.1 ศิราณีน้อย ประกอบด้วย ตัวแทนนักเรียนโรงเรียนลองวิทยา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 40 คน

2.2 ศิราณีชุมชน ประกอบด้วย แกนนำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

3) ผู้วิจัยประสานงานกับเครือข่ายคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ เพื่อแต่งตั้งคณะทำงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับอำเภอ มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยบูรณาการในกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

4) ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและการส่งต่อในหน่วยงานที่เหมาะสม เน้นการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งผู้วิจัยมีการประสานงานขอความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เพื่อขอเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน

5) ผู้วิจัยเพิ่มช่องทางการสื่อสารปัญหาสุขภาพจิตผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ ชื่อ “ฮักเมืองลองฮักคนลอง” เพื่อเป็นช่องทางในการส่งข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ จิตเวชในพื้นที่ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึงและทันเวลา โดยเน้นการรักษาความลับ และสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

6) ผู้วิจัยจัดทำช่องทางสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและการส่งต่อในหน่วยงานที่เหมาะสม ผ่านแอพพลิเคชั่นเฟสบุ๊ค ชื่อ ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง

7) ผู้วิจัยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงแนวทางการปรึกษาจิตแพทย์โรงพยาบาลแพร่ หรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแพร่ กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง มีการประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ทางประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การคัดกรองโรคซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือประเมิน 2Q ในการให้บริการผู้ป่วยทั้งในคลินิกจิตเวชและคลินิกบำบัดยาและสารเสพติด การให้บริการปรึกษาส่งเสริมสุขภาพจิต การบำบัดจิตรายบุคคล การบำบัดครอบครัว การจัดให้มีเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย สำหรับไว้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการทั้งในกลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติด งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน รวมถึง งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชด้วย

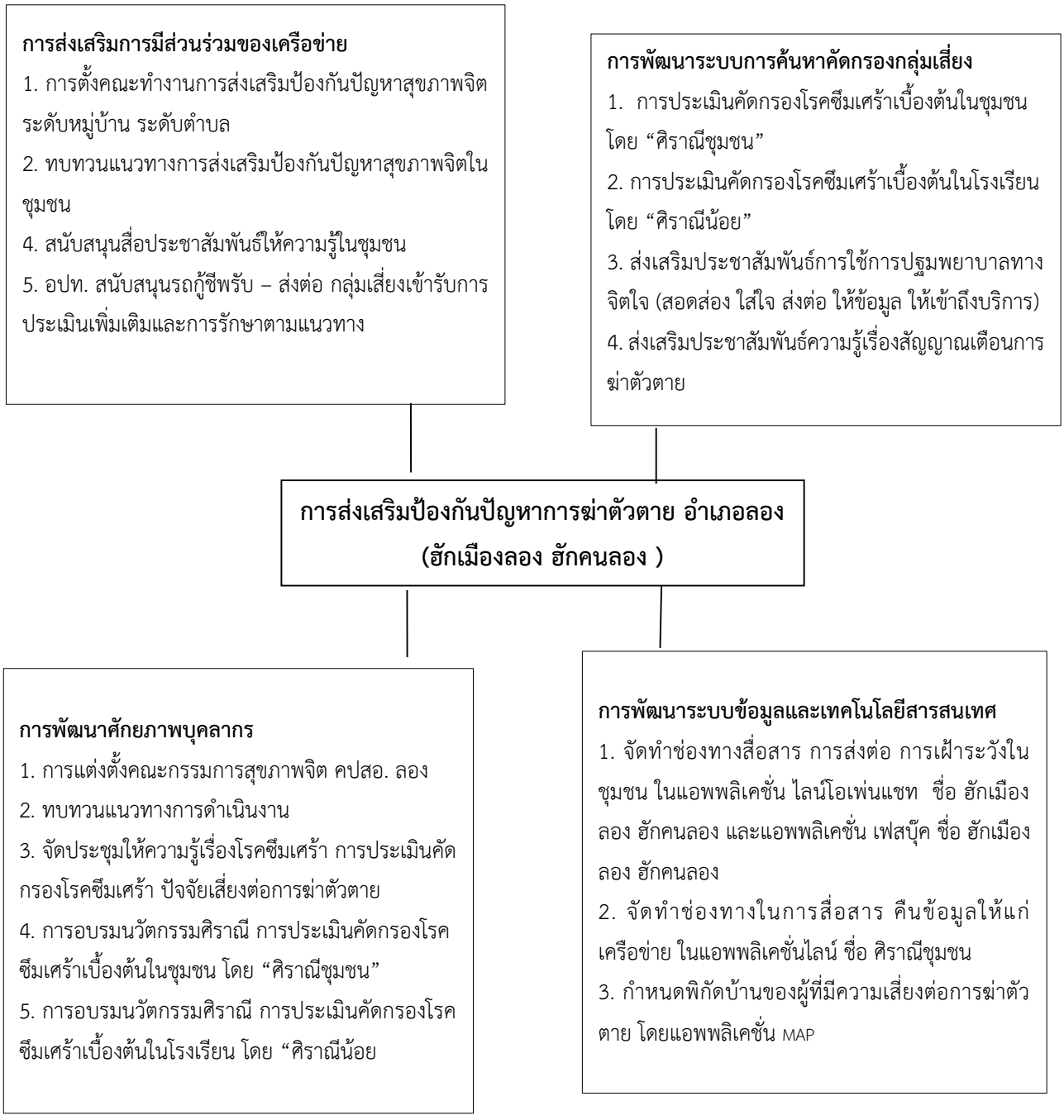
8) ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือแบบ

คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พบคำตอบว่า มี เพียง 1 ข้อหรือ ทั้ง 2 ข้อ จะต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ต้องประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย

8) ประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ขอ้มูลเชิงปริมาณ จากการใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบประเมินการฆ่าตัวตาย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลการการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 72.12 เพศชายร้อยละ 27.78 อายุระหว่าง 20 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.56 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.44 อาชีพ สถานภาพโสด ร้อยละ 16.67 คู่ ร้อยละ 72.22 หย่าร้าง/เสียชีวิต ร้อยละ 11.11 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.33 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 16.67 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.89 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 27.78 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ยังมีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย เพราะผู้ป่วยเป็นอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีคนดูแลในบ้าน มีเพียงบุตรบุญธรรมที่เป็นลูกของภรรยาที่เสียชีวิตไปแล้วมาดูแล สอบถามพูดคุยบ้างเป็นบางครั้ง บางครั้งผู้ป่วยคิดว่าตัวเองไม่มีภาระที่ต้องคอยรับผิดชอบ จึงคิดว่า ถ้าหากตัวเองตายไป ก็คงไม่ต้องมีใครห่วง หรือต้องห่วงใคร แต่ตอนนี้ไม่ได้มีความคิดในการพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่มีแผนในการฆ่าตัวตายเหมือนเดิมแล้ว เนื่องจากได้รับความรู้เรื่องโรคที่ตัวเองป่วยคือโรคซึมเศร้า ได้มีการรับประทานยาและมีการนัดติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอจากโรงพยาบาล รวมถึงการได้พบปะ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน รู้สึกว่าตัวเองสบายใจขึ้น ไม่ได้รู้สึกอาย หรือละอายใจ ที่ตัวเองเก็บตัวแยกตัวเหมือนเช่นเคย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทุเลา ไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย ให้ข้อมูลว่าหลังจากที่ได้รับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาด้วยยา การติดตามอาการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึง การติดตามจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่า มีคนเข้าใจและรับฟังเรื่องคับข้องใจของตนเอง รวมถึงได้รับการประสานงานในการเข้ารับการรักษาที่สะดวกรวดเร็ว และได้รับบริการคำแนะนำที่ดี ทำให้รู้สึกว่า ความตายไม่ใช่เรื่องที่ดี ยังคงมีคนที่คอยห่วงใยตัวเองอยู่ ยังมีครอบครัวที่ยังให้ความรัก ความใส่ใจดูแลกันและกันต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

จากการทบทวนผลการดำเนินการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอลอง จังหวัดแพร่ และการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) โดยปรับปรุงจากรูปแบบในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการสนทนากลุ่ม มีการพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานทุกระดับจัดระบบให้คำปรึกษา การสอนงานด้วยระบบพี่สอนน้อง 2) พัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดประชุมเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ได้มาตรฐานเพิ่มความถี่ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ประชาสัมพันธ์การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตในชุมชน 3) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแล ป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการจัดตั้งเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน จัดอบรมให้ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในเครือข่ายในการดำเนินงาน สร้างระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายชุมชนกับหน่วยบริการ 4) พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

โดยการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน

ดังนั้นทีมพัฒนารูปแบบจึงมีการประชุมแบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการ A-I-C โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนของชุมชน ตัวแทนองค์กรของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนาร่วมกัน โดยให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ทำให้รู้สึกอยากเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตัวเอง มีการปรับกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแต่งตั้งคณะกรรมสุขภาพจิต คปสอ.ลอง มีการทบทวนแนวทางการดำเนินงานรวมถึงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมนวัตกรรมศิราณี การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้น เน้นการประเมินคัดกรองในโรงเรียน ภายใต้ชื่อ ศิราณีน้อย และเน้นการประเมินคัดกรองในชุมชน ภายใต้ชื่อ ศิราณีชุมชน 2) การพัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในชุมชนโดย “ศิราณีชุมชน”การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในโรงเรียนโดย “ศิราณีน้อย”และส่งเสริมประชาสัมพันธ์การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ(สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ การให้ข้อมูล และการให้เข้าถึงบริการ)และการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการตั้งคณะทำงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล , ทบทวนแนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน, สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน, อปท. สนับสนุนรถกู้ชีพรับ – ส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมและการรักษาตามแนวทาง 4) การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีจัดทำช่องทางสื่อสาร การส่งต่อ การเฝ้าระวังในชุมชน ในแอพพลิเคชั่น ไลน์โอเพ่นแชท ชื่อ ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง และแอพพลิเคชั่นเฟสบุ๊ค ชื่อ ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง , จัดทำช่องทางในการสื่อสาร คืนข้อมูลให้แก่เครือข่าย ในแอพพลิเคชั่นไลน์ ชื่อ ศิราณีชุมชน , กำหนดพิกัดบ้านของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแอพพลิเคชั่น MAP เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีกรณีผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง

3. ประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) หลังปฏิบัติตามรูปแบบโดยการประเมินผลกระบวนการ และการถอดบทเรียนการวิจัยด้วยการดำเนินการตามกระบวนการสะท้อนกลับ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q พบข้อใดข้อหนึ่ง มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 18 ราย ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.44

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนปฏิบัติตามรูปแบบ (ม.ค 66)		หลังปฏิบัติตามรูปแบบ (ส.ค 66)	
	จำนวน N=18	ร้อยละ	จำนวน N=18	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า			17	94.44
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	5	27.78	1	5.56
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	13	72.22		
รวม	18	100	18	100

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนปฏิบัติตามรูปแบบ (ม.ค 66)		หลังปฏิบัติตามรูปแบบ (ส.ค 66)	
	จำนวน N=18	ร้อยละ	จำนวน N=18	ร้อยละ
ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน			17	94.44
มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	15	83.33	1	5.56
มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง	3	16.67		
รวม	18	100	18	100

จะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) สามารถที่จะป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยผลการศึกษาพบว่าภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอลองลดลงเป็น 12.97 ต่อแสนประชากร

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) สามารถที่จะป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยผลการศึกษาพบว่าภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอลองลดลงเป็น 12.97 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้เนื่องจาก ทีมพัฒนารูปแบบจึงมีการประชุมแบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการ A-I-C โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนของชุมชน ตัวแทนองค์กรของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนาร่วมกัน โดยให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ทำให้รู้สึกอยากเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตัวเอง มีการปรับกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่[7] ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแต่งตั้งคณะกรรมสุขภาพจิต คปสอ.ลอง มีการทบทวนแนวทางการดำเนินงานรวมถึงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมนวัตกรรมศิราณี การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้น เน้นการประเมินคัดกรองในโรงเรียน ภายใต้ชื่อ ศิราณีน้อย และเน้นการประเมินคัดกรองในชุมชน ภายใต้ชื่อ ศิราณีชุมชน 2) การพัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในชุมชนโดย “ศิราณีชุมชน”การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในโรงเรียนโดย “ศิราณีน้อย”และส่งเสริมประชาสัมพันธ์การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ(สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ การให้ข้อมูล และการให้เข้าถึงบริการ)และการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการตั้งคณะทำงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล , ทบทวนแนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน, สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน, อปท. สนับสนุนรถกู้ชีพรับ – ส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมและการรักษาตามแนวทาง 4) การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีจัดทำช่องทางสื่อสาร การส่งต่อ การเฝ้าระวังในชุมชน ในแอพพลิเคชั่น ไลน์โอเพ่นแชท ชื่อ ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง และแอพพลิเคชั่นเฟสบุ๊ค ชื่อ ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง , จัดทำช่องทางในการสื่อสาร คืนข้อมูลให้แก่เครือข่าย ในแอพพลิเคชั่นไลน์ ชื่อ ศิราณีชุมชน , กำหนดพิกัดบ้านของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแอพพลิเคชั่น MAP เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีกรณีผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง[5,7]

เอกสารอ้างอิง

1. Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression across Cultures. Annual Reviews Public Health, 34, 119-138.
2. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตายแห่งชาติ (2565) ระบบรายงาน 506s . ค้นคว้าจาก https://suicide.dmh.go.th/
3. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์,บรรณาธิการ. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 3 เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี .
4. หยกฟ้า เพียงเลียและคณะ (2559). การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561.
5. คะนึงนิจ ศรีสอนใจ (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ . วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี ฉบับที่ 3 มกราคม - มีนาคม 2023.
6. เนตรนภา ภมะราภา (2560) การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจังหวัดอุตรดิตถ์ . วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. พิษณุโลก.ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564.
7. สุภาภรณ์ จันทร์สาม (2559). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร. (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์

Factors in Related with Environmental Management Behavior for Dengue Fever Prevention of People of Khao Chonkan Subdistrict, Mae Wong District, Nakhon Sawan Province

(Received: February 20,2025 ; Revised: February 25,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ธัญลักษณ์ ทองสี[1] จีระศักดิ์ ทัพผา[2]
Thanyalak Thongsi[1] Jerasak Thappha[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม 2) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อม 3) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ ประชากร คือ ประชาชนผู้ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์และอยู่อาศัยในตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 11,890 คน นำไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ยามาเน่ ด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้จำนวน 387 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1) มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก 2) มีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง 3) มีพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก และ 4) ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและด้านผลประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติงาน และด้านการประเมินผล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ : ความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม การจัดการสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรคไข้เลือดออก

Abstract

The objectives of this study were: 1) to examine knowledge about dengue fever and environmental management, 2) to study environmental management participation, 3) to study environmental management behavior and 4) to cultivate relationship between knowledge factor about dengue fever and environmental management, environmental management participation factors with environmental management behavior for dengue fever prevention of people of Khao Chonkan Subdistrict, Mae Wong District, Nakhon Sawan province. The conceptual framework was applied from knowledge, behavior, and participation concept. This study methodology was quantitative research. The population was 11,890 people with 18 years of age whose names were registered as residents in Khao Chonkan Subdistrict, Mae Wong District, Nakhon Sawan province. The sample size of 387 peoples was determined using Taroyamane's formula, and selected by multi-stage sampling. The study instrument was a questionnaire. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

[1] เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชนกัน อ.แม่วงก์ จ.นครสวรรค์
[2] คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

The study results revealed that 1) knowledge about dengue fever and environmental management of the sample group was at a high level. 2) the environmental management participation of the sample group was at a moderate level. 3) the environmental management behavior of the sample group was at a high level., and 4) knowledge factor about environmental management showed positive relationship with environmental management behavior for dengue fever prevention at a statistically significant level of .01. The knowledge factor about dengue fever, benefits and decision participation factor showed positive relationship with environmental management behavior for dengue fever prevention at a statistically significant level of .05, but operation and evaluation participation factor showed not relationship with environmental management behavior for dengue fever prevention.

Keywords: Knowledge, behavior, participation, environment management, dengue fever prevention

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อนำโดยยุงลายที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว และมีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศ ทุกจังหวัดและทุกอำเภอ ทำให้มีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมากมาย[1] โรคไข้เลือดออกเกิดการระบาดใหญ่เป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี พ.ศ.2497[2] ประเทศไทยพบการระบาดในปี พ.ศ.2501 การระบาดของโรคมักต่อเนื่องหลังจากฤดูฝนไปจนสิ้นปี พบในเขตกรุงเทพมหานคร จากนั้นเกิดการกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศไทย ในเดือนมกราคม – ธันวาคม 2563 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 85,849 คน อัตราป่วยเท่ากับ 129.96 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 111 คน คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.13[3] จากการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560–2565 พบว่า มีการหมุนเวียนของสายพันธุ์ไวรัสเดงกีทั้ง 4 ชนิด โดยในปี พ.ศ.2565 พบว่า DENV-4 เป็นชนิดไวรัสและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองลงมา DENV-2 DENV -3 และ DENV-4 ตามลำดับ โดย DENV-3 มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น 5-16 เท่าเมื่อเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา[4]

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (รายงาน 506) ในปี 2565 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 45,145 รายอัตราป่วยเท่ากับ 66.97 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา 4.5 เท่าโดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม และเพิ่มสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคมและสูงลอยต่อเนื่องจนถึงปลายปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนและผู้ใหญ่ตอนต้น พบในกลุ่มอายุ 5–14 ปี ร้อยละ 122.6 และกลุ่มอายุ 0–4 ปี ร้อยละ 84.51 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยกระจายทุกภูมิภาคในประเทศไทย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 2,207.33 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ จังหวัดตาก ร้อยละ 252.74 จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 152.29 จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 136.38 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ135.38 ตามลำดับ[5]

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดนครสวรรค์ ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,215 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 119.41 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 1 ราย อัตราตาย 0.10 ต่อแสนประชากร อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.08 อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอลาดยาว มีอัตราป่วย 244.02 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ อำเภอเมืองนครสวรรค์ มีอัตราป่วย 172.17 ต่อแสนประชากร และอำเภอแม่วงก์ มีอัตราป่วย 155.08 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้ป่วย จำนวน 179 ราย ระดับตำบลของอำเภอแม่วงก์ พบว่า ตำบลแม่วงก์ มีผู้ป่วยจำนวน 57 ราย ตำบลแม่เล่ย์ จำนวน 25 ราย ตำบลวังซ่าน จำนวนผู้ 47 ราย ตำบลเขาชนกัน จำนวน 50 ราย ซึ่งจะเกิดการกระจายของโรคไข้เลือดออกจากการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา บางพื้นที่ยังพบผู้ป่วยซ้ำซาก บางพื้นที่พบหลายปีต่อกัน[6]

โรคไข้เลือดออก มียุงลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งยุงลายมักจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส เช่น โอ่งน้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่มีฝาปิดทั้งภายในและภายนอกบ้าน อ่างล้างเท้า ยางรถยนต์ไห ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ เศษภาชนะ กาบใบของพืชจำพวก มะพร้าว กล้วย พลับพลึง ต้นบอน ถ้วยรองน้ำยาง โพรงไม้ กะลา กระบอกไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง ฯลฯ ซึ่งภาชนะดังกล่าวเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน มาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกดีที่สุด คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยจัดการภาชนะต่างๆ ไม่มีน้ำขัง การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น ซึ่งทั้งนี้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนจะได้ประสิทธิผลนั้น ไม่ใช่หน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นผู้ดำเนินการ แต่จะเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนรวมทั้งประชาชนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน[7]

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายนั้น จะส่งผลให้ประชาชนมีความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ การตัดสินใจ แล้วนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกัน ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมในทางปฏิบัติร่วมกันที่ถูกต้อง เหมาะสมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน[8]

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชาชน จึงมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการปฏิบัติงานจากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในชุมชน หน่วยงานต่างๆ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าในระดับส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งด้านทรัพยากร กำลังคน วิชาการ และงบประมาณ[9] ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า ในการดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ ยังไม่สามารถหยุดยั้งการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ เนื่องจากขาดความต่อเนื่องและความไม่ครอบคลุมพื้นที่ในการดำเนินการ ประชาชนในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง ทำให้ยังมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจำนวนมากในชุมชน[10] ซึ่งการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนและในชุมชนให้ถูกสุขลักษณะไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย สะดวก ประหยัดและปลอดภัย ประชาชนสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยกลวิธีดังกล่าวต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการร่วมกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชนเอง จึงจะเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนอันจะนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติที่สม่ำเสมอในการลดปริมาณยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกให้น้อยลง จะทำให้ลดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้[9] จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนได้มีความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการสร้างความร่วมมือของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร คือ ประชาชนผู้ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์ และมีที่อยู่อาศัยในตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 11,890 คน[11]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนผู้ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์ และมีที่อยู่อาศัยในตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 387 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ด้วยการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของทาโร่ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973)[12] โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นเพศชายหรือเพศหญิง
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
3. ยินดี เต็มใจที่จะเข้าร่วมทำการศึกษา
4. อ่านออก เขียนภาษาไทย และสื่อสารได้

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในระหว่างที่มีการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) มี 3 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิ์การรักษา และจำนวนครั้งในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน และที่พักอาศัย แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

2. ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการจัดการสิ่งแวดล้อม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเฉลี่ยรายข้อเป็น 3 ระดับ ดังนี้[13]

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.33 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 0.34 – 0.66 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.00 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก

3. ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการตัดสินใจ 2. ด้านการปฏิบัติ 3. ด้านผลประโยชน์ และ 4. ด้านการประเมินผล ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Ratting Scale) ของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ[9] คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การประเมินผลโดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้[13]

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด

4. ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ต.เขาชนกัน อ.แม่วงก์ จ.นครสวรรค์ เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การประเมินผลโดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้[13]

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.32 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.33–3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก

การทดสอบเครื่องมือนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของแบบสอบถาม แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 สามารถนำไปใช้ได้ จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α-coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.959

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.2 สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบสมมติฐานการวิจัย คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ใบรับรองโครงการวิจัยที่ 019/2567 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.40 กลุ่มอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.10 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 44.70 และส่วนใหญ่พักอยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 95.30

2. กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=0.80, S.D.=0.57) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=0.76, S.D.=0.36) และมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=0.83, S.D.=0.43)

3. กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.43, S.D.=0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มากที่สุด โดยมีส่วนรวมในระดับมาก ($\bar{X}$=3.75, S.D.=0.67) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน โดยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.57, S.D. =0.85) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.48, S.D.=0.84) และน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.93, S.D.=0.94)

4. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.27, S.D.= 0.66)

5. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานและการประเมินผล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ปัจจัยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม เกิดจากการนำเอาความรู้ที่เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือการค้นหา หรือการนำเอาความรู้ที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกตประสบการณ์หรือจากรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงที่ชัดเจนและต้องอาศัยเวลา จึงจะทำให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุด[14] ซึ่งสอดคล้องกับหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย[15] ที่ศึกษาพบว่าความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การที่ผู้นำชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้ให้ความรู้ ความเข้าใจ และการสร้างเจตคติที่ดีแก่ประชาชน จะสามารถดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ ตั้งแต่การค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน การวางแผนงาน การจัดการสิ่งแวดล้อม โดยการปรับปรุงบริเวณบ้านเรือน เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการดำเนินการพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวแก่เมื่อเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ เช่น การได้รับความเชื่อถือจากผู้นำชุมชน/อสม. และประชาชน การได้รับการยกย่องชื่นชม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เช่น การเข้าร่วมติดตามประเมินผลการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือวัสดุภายในชุมชนในกำจัดลูกน้ำหรือยุงลายตัวแก่ ได้แก่ ใช้สมุนไพรไล่ยุง นวัตกรรมกับดักยุงลาย เป็นต้น มีส่วนร่วมในประเมินผลการทำงานของ อสม.และผู้นำชุมชน ในการจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วม จะทำให้ชุมชนมีความสามารถในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนตลอดไป[7]

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. หน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างทั่วถึง สนับสนุนด้านทรัพยากรในการควบคุมป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ และการกระตุ้นเตือนให้ชุมชนมีการปฏิบัติเพื่อจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องตลอดไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงความต้องการของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก และการพัฒนารูปแบบในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก เพื่อเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันของชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนตลอดไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.จีระศักดิ์ ทัพผา อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ความคิดเห็นในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และกราบขอบพระคุณประชาชนทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ไข้เด็งกี่ (Dengue). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี. [เข้าถึงเมื่อ 14 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
2. สำนักควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ. โรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2545.
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา .กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร. 2565.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2565. กรมควบคุมโรค. 2566.
5. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาดโรคติดต่อนำโดยแมลง ปีพ.ศ. 2566. 2566.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. สถานการณ์ไข้เลือดออกในจังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2566. 2566
7. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้เลือดออกฉบับประเกียรณก. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร. 2545.
8. วันชัย วัฒนศัพท์. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. ศูนย์สันติวิธีเพื่อพัฒนาประชาธิปไตย สถาบันพระปกเกล้า. 2551.
9. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. 2564.
10. องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชนกัน. ผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี. 2566.
11. งานทะเบียนราษฎร์อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์. ข้อมูลประชากรอำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์. 2566.
12. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper & Row. 1973.
13. Best,J.W. Research in education. Englewood Cliffs, New jersey: Prentice Hall. 2021.
14. อรพินท์ บัญชาวัง. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลหนองยอง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการสาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขบึงกาฬ. 2560.
15. หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. 2562.

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

Proactive screening to find tuberculosis patients using Mobile X-Ray Portable Digital among at-risk people in Nong Ki District, Buriram Province

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

กัญรัสมิ์ ทิพย์กระโทก[1]
Kanyarat Thiprgatog[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย 1,420 ราย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ระดับ HbA1c ≥7 mg %, ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือมีโรคร่วมเบาหวาน , ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง,บุคลากรสาธารณสุขและตรวจคัดกรองการโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอล ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษาค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอล ในกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค 176 ราย พบรายใหม่ 2 ราย (ร้อยละ 1.14), ผู้ติดเชื้อเอสไอวี186 ราย พบรายใหม่ 0 ราย (ร้อยละ 0), ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C≥7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 568 ราย พบรายใหม่ 3 ราย (ร้อยละ 0.52), ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค 9 ราย พบรายใหม่ 5 ราย ร้อยละ 55.55, ผู้สูงอายุ ≥65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือมีโรคร่วมเบาหวาน 109 ราย พบรายใหม่ 0 ราย ร้อยละ 0, ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 25 ราย พบรายใหม่ 1ราย (ร้อยละ 4), บุคลากรสาธารณสุข 296 ราย พบรายใหม่ 1 ราย (ร้อยละ 0.33), สรุปผลการศึกษา จากการคัดกรองการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ทั้งหมด 1420 ราย พบรายใหม่ 11 ราย (ร้อยละ0.77)

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง,การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค, เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอล

ABSTRACT

This study was survey research aimed to proactively search for tuberculosis patients using a mobile digital x-ray machine in people at risk. The target group is 1,420 people. Target groups are people who come into contact with tuberculosis patients, HIV-infected people, and diabetic patients. Uncontrolled conditions include HbA1c levels ≥7 mg %, elderly people ≥ 65 years of age who smoke or have chronic obstructive pulmonary disease or diabetes, substance users. Chronic alcoholics, public health personnel and screening by taking chest x-rays with a mobile digital x-ray machine between 1 October 2022 and 30 September 2023. Data were analyzed using statistics, frequency, percentage.

Results of the study to find new tuberculosis patients. By taking chest x-rays with a digital mobile x-ray machine. Among the 176 high-risk people who had contact with tuberculosis patients, 2 new cases (1.14%) were found, 186 people were infected with HIV. Found 0 new cases (0%), patients with diseases that cause the immune system to decrease, including diabetic patients whose sugar levels cannot be controlled (HbA1C≥7 mg %), patients with chronic kidney disease or received immunosuppressive drugs, 568 cases, 3 new cases found (0.52 percent), 9 close contacts of TB patients, 5 new cases found, 55.55 percent, Elderly people aged ≥65 years who smoke or have chronic obstructive pulmonary disease or diabetes mellitus: 109 cases, found 0 new cases, 0%, substance users. 25 chronic alcoholics, 1 new person found (4 percent), 296 public health personnel, 1 new

[1] กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

person found (0.33 percent), Summary of study results From a total of 1420 cases of chest radiograph screening, 11 new cases (0.77%) were found.

Keywords: screening, tuberculosis patient search, digital mobile **x-ray machine**

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้รณรงค์ให้มีการยุติโรคนี้ตาม Stop TB campaign การค้นพบผู้ป่วยวัณโรคให้ได้รวดเร็วจะทำให้สามารถลดอัตราป่วย (morbidity) ลดอัตราการเสียชีวิต (mortality) และลดการแพร่กระจายได้ อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยนั้นยังต่ำกว่าที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ การค้นหาเชิงรุกจึงเป็นยุทธวิธีที่จะทำให้ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้มากขึ้นโดยนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยให้ทำการค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นวัณโรคมากกว่าคนทั่วไป โดยเลือกการเอกซเรย์ปอด เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง เนื่องจากมีความไวมากกว่า เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงาน โดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ ดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้อง 1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ 2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเบาหวาน เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ระดับ HbA1c ≥ 7%, ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือมีโรคร่วมเบาหวาน, ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง, บุคลากรสาธารณสุข[1] อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของอำเภอหนองกี่ ที่ผ่านมา มากกว่าเป้าหมายวัณโรคที่กำหนดเพียงเล็กน้อย คือต้องพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ไม่น้อยกว่า 10 รายต่อปี ในขณะที่ความสำเร็จจากการรักษาวัณโรค(Success rate) ปี 2560-2565 มากกว่าเป้าหมายร้อยละ 85 คือ ร้อยละ 88.9 เนื่องจากมีการปรับนัดผู้ป่วยวัณโรครับยาระยะเข้มข้นนัดทุก 2 สัปดาห์ระยะต่อเนื่องนัดทุก 1 เดือนเมื่อผู้ป่วยขาดนัดมีการติดตามภายใน 1 วัน และในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเช่นผู้สูงอายุที่อาจจะมีผลข้างเคียงของยา การadmitและรับเปลี่ยนสูตรยาให้ผู้ป่วย เป็นผลให้อัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าจัดระบบติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเดิมอัตราผู้ป่วยวัณโรคขาดยาค่อนข้างสูง (ร้อยละ 20 ปี 2552) จึงได้ปรับวิธีการติดตามการรักษาโดยการใช้กลวิธีการ DOTS ที่เข้มข้น สร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จัดระบบการติดตามเยี่ยมที่มีประสิทธิภาพของเครือข่าย โดยผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับการเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์แรกของการขึ้นทะเบียน ปรับระบบการนัดเป็นทุก 2 สัปดาห์ในระยะเข้มข้น ติดตามเยี่ยมที่บ้านเมื่อไม่มาตามนัดใน 1 วัน - อัตราความสำเร็จจากการการรักษาวัณโรค(Succesrateเป้าหมาย =85%)ปี 560=96.67%,ปี2561=100% ปี2562 = 97.50% ปี2563 = 94.74% ปี2564 = 96.43% ปี2565 = 88.90% ปี2566 = 91.89 ตั้งแต่ปี 2560 – 2565 ผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับการคัดกรองการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 2,444, 973, 1,326, 1,408, 1,934 และ 2,023 ราย ตามลำดับเท่านั้น ในขณะที่อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างปี 2560-2565 มีแนวโน้มสูงขึ้น คือร้อยละ 93.75,85.71,90.91และ 90.0 ตามลำดับ ในขณะที่ปี 2566 ขณะนี้อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ ร้อยละ 91.89 ปัญหาที่พบมาโดยตลอด คือ มีผู้เสียชีวิตในระหว่างการรักษา ในปี 2564 =1 ราย ปี 2565=2 ราย ปี 2566 = 3 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี ขึ้นไป และมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการติดสุราเรื้อรัง[2] ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการลดการแพร่กระจายเชื้อโรค เนื่องจากหากสามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็ว และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จในการรักษา และลดปัญหาการดื้อยาวัณโรคจึงได้จัดทำโครงการค้นหา

และการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการให้ความรู้ ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยการเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อทำให้ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ และลดอัตราการเสียชีวิต จากการป่วยด้วยวัณโรคของอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์

1.เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

2.เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา

3.ลดอัตราการป่วยตายจากวัณโรค

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการพัฒนาคัดกรองการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับพื้นที่อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วง 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1 ประชากร

1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1C ≥ 7 mg %
4. ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี ที่มีโรคร่วมที่สัมพันธ์กับวัณโรค
5. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
6. บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1,420 ราย

2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1C ≥ 7 mg %
4. ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี ที่มีโรคร่วมที่สัมพันธ์กับวัณโรค
5. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
6. บุคลากรสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่มีข้อมูล HbA1c ภายในช่วง 1 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคอยู่แล้ว
3. ผู้ป่วยวัณโรคที่เปลี่ยนการวินิจฉัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.โปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Programme: NTIP)

2. โปรแกรมเว็บเบราว์เซอร์ ใช้ในการติดฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ

3. โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงตุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) โดยประมาลคำสำคัญและเชื่องโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. โดยค้นหาประชากรและกลุ่มเสี่ยงดังนี้

1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1C ≥ 7 mg %
4. ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี ที่มีโรคร่วมที่

5.สัมพันธ์กับวัณโรค

6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง

7. บุคลากรสาธารณสุข

2. นัดหมายตามตารางที่กำหนด โดยมีการแบ่ง กลุ่มเป้าหมายวันละ 40 ราย ส่งรายชื่อมาเพื่อทำการลงทะเบียนล่วงหน้า 1 วัน

3. เข้ารับการตรวจคัดกรองเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิตอล

4. การรวบรวมข้อมูลและส่งคืนข้อมูลผู้ประสานงานจะเป็นผู้บันทึกและรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยก็นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และประเมินผล เขียน และเรียบเรียง ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้น ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

- แพทย์ ประกอบด้วย อายุรกรรมจำนวน คน

- พยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลผู้ประสานงาน พยาบาลกลุ่มงานบริการด้าน ปฐมภูมิและองค์รวม นักวิชาการสาธารณสุข

- เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่ฝ่ายแผนงานและการตลาด

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ผู้นำชุมชน ในเขตอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิจัย

กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 1,369 ราย ตามกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายผลการคัดกรองการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

กลุ่มเสี่ยง	คัดกรอง	วัณโรครายใหม่	ร้อยละ
1.ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	176 ราย	2 ราย	1.14
2.ผู้ติดเชื้อเอสไอวี	186 ราย	0 ราย	0
3.ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C≥7 mg %)	568 ราย	3 ราย	0.52
4.ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค	9 ราย	5 ราย	55.55
5.ผู้สูงอายุ≥65 ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือมีโรคร่วมเบาหวาน	109 ราย	0 ราย	0
6.ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง	25 ราย	1ราย	4
7.บุคลากรสาธารณสุข	296 ราย	1 ราย	0.33

จากข้อมูลที่ได้จะพบว่ากลุ่มเสี่ยงที่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มากที่สุด คือ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค 9 ราย พบรายใหม่ 5 ราย ร้อยละ รองลงมา คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C≥7 mg %) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 568 ราย พบรายใหม่ 3 ราย (ร้อยละ 0.52), และกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค 176 ราย พบรายใหม่ 2 ราย (ร้อยละ 1.14), ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง 25 ราย พบรายใหม่ 1ราย (ร้อยละ 4), บุคลากรสาธารณสุข 296 ราย พบรายใหม่ 1 ราย (ร้อยละ 0.33) กลุ่มเสี่ยงที่ไม่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอสไอวี186 ราย พบรายใหม่ 0 ราย (ร้อยละ 0) และผู้สูงอายุ ≥6 5ปี ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือมีโรคร่วมเบาหวาน 109 ราย พบรายใหม่ 0 ราย (ร้อยละ 0) พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งสิ้น 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.80

สรุปและอภิปรายผล

การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรครายใหม่ เพื่อวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคได้รวดเร็วขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการแต่สามารถ

ตรวจพบได้ และตรวจทดสอบความไวต่อยา การวินิจฉัยวัณโรค ได้เร็วขึ้นนั้น ทำให้ได้รับการรักษาวัณโรคที่รวดเร็ว ทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิตและลดการแพร่การกระจายเชื้อวัณโรคนำไปสู่การลดความชุก และอุบัติการณ์วัณโรคให้เป็นไปตามเป้าหมายการควบคุมวัณโรคของประเทศไทยและของโลกการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการเอกซเรย์ทรวงอกได้รวดเร็วขึ้น เมื่อตรวจเจอเร็วก็จะได้รับการรักษาได้ทันเวลา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่ค่อยมีอาการ[3] ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 11 ราย (ร้อยละ 0.80) จากกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่เข้ารับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 1,369 ราย จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 1,420 ราย (ร้อยละ 96.40) ดังนั้นควรจัดให้มีโครงการคัดกรองค้นหาในประชากรกลุ่มเสี่ยงและขยายไปในชุมชน ให้มีโอกาสได้รับการตรวจด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการคัดกรองมากขึ้น เมื่อได้รับการวินิจฉัยวัณโรคได้เร็วขึ้น และได้รับการรักษาทันเวลา อัตราการช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค จากหลายรายงาน พบว่า การคัดกรองและการตรวจ ได้ประโยชน์มากกว่าผลเสีย

ผลการตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ สรุปว่าการคัดกรองได้ผลดีควรทำเชิงรุก และจัดระบบบริการการเข้าถึงการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นการลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลารอคอย ส่งผลให้ประชากรได้รับวินิจฉัย และการรักษาเร็วขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียา สินธุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปัณราช[4] ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน มีความรู้ไม่เพียงพอทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปัญหาอัตราป่วยเพิ่มขึ้นแบบปีเว้นปีในพื้นที่ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ได้ทำแผนดำเนินการป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด ร่วมกับทางสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอหนองกี่ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และประชาชนในตำบล ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด ตามนโยบายเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรคปอดของกระทรวงสาธารณสุข โดยการชี้แจงนโยบายเร่งรัดหยุดยั้ง วัณโรคปอด และสถานการณ์วัณโรคปอดในปัจจุบัน พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไข ปัญหา จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่ อาสา สมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนในเรื่องวัณโรคปอด ปฏิบัติการค้นหาและติดตาม ผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์ถึงอาการและการป้องกันของวัณโรคปอดให้ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบทราบโดยทั่วกัน รวมทั้งการทำปฏิทินควบคุมการรับประทานยาวัณโรคให้กับผู้ป่วยแต่อย่างไรก็ตาม ถึงจะมีการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดกันอย่างริงจังของทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงาน ส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ยังพบสถานการณ์การ แพร่ระบาดของวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเลิกสูบบุหรี่หรือลดปริมาณการสูบได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันวัณโรค ปอดที่ดี

2. ด้านนโยบาย กำหนดให้การส่งเสริมความรู้และ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดเป็นนโยบาย สุขภาพของท้องถิ่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่าง บุคลากรสาธารณสุขกับองค์กรส่วนท้องถิ่นและภาค ประชาชนในการดำเนินงานป้องกันโรควัณโรค ในระดับชุมชน

3. ด้านการวิจัย ควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อทำการศึกษาหารูปแบบการทำงานให้สามารถรองรับบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปริมาณที่มากขึ้น เร็วขึ้น และภาพรังสีทรวงอกที่ได้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ช่วยในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ได้ การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ป้องกันการติดเชื้อจากการ

สัมผัส การให้บริการผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง และการทำให้ปราศจากเชื้อ เช่น การอบฆ่าเชื้อด้วยแสง UV การให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อทำให้การป้องกันวัณโรคปอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์อัครวัฒน์ เพียวพงภควัต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์อายุรแพทย์พยาบาล และนักวิชาการทุกกลุ่มงาน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง และ อสม.ทุกพื้นที่ รวมถึงภาคีเครือข่ายที่ได้ร่วมดำเนินงานสนับสนุนการศึกษานี้ให้ลุล่วงไปด้วยดี ในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยในโครงการคัดกรองค้นหาวัณโรคปอด

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยวรรณ สิงห์คาป้อง.ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับ การเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัย อยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2555; 4:73-88.
2. สำานักวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.การคัดกรองเพื่อหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา(systematicscreening for active TB and drug-resistant TB). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำานักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561
3.กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4.ปรียา สินธุระวิทย์, วันเพ็ญ ปัณราช.การพัฒนา แนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร.วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;30: 33-42.

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Discharge planning model for stroke patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province.

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

สุภาพร ภูนาเหนือ[1]
Suphaphon Phunanuea[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด พบว่าโดยรวมและรายข้อ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The study of the discharge planning pattern of stroke patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province aimed to study the characteristics and problems of stroke patients and to study the discharge planning pattern of stroke patients at Yang Talat Hospital, Kalasin Province. This was a participatory action research study. The study period was from November 2024 to February 2025, a total of 4 months. The sample consisted of 50 stroke patients in the female ward of Yang Talat Hospital, Kalasin Province. Data were collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that the relatives' understanding of the behavior of stroke patients at Yang Talat Hospital, both overall and in each item, before the operation was at a moderate level, and after the operation was at the highest level. The relatives' understanding of the behavior of stroke patients at Yang Talat Hospital before and after the operation was significantly different at a statistical level of 0.05, where after the operation, the relatives' understanding of the behavior of stroke patients at Yang Talat Hospital was better than before the operation.

Keywords: Discharge planning, stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจเกิดจากการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือด ทำให้เซลล์สมองตาย ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต โรคนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ซึ่งเกิดจากการอุดตัน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด

ของหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ซึ่งเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตขึ้นอยู่กับประเภทของโรค โดย Transient Ischaemic Attacks (TIA) หรืออาการชั่วคราวที่หายไปภายใน 24 ชั่วโมง มีแนวโน้มที่จะมีผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ในขณะที่การอุดตันของหลอดเลือดจะมีความรุนแรงมากขึ้น และการแตกของหลอดเลือดในสมองถือเป็นอันตรายที่สุด[1] องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าในปี 2562 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 12 ล้านคน (1 รายทุก 3 วินาที) โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลกและเป็นภัยเงียบที่คร่าชีวิตผู้คนจำนวนมาก สถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี[2]

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างเหมาะสมที่สุด เมื่อผู้ป่วยมาถึงสถานพยาบาล การดูแลเริ่มต้นด้วยการประเมินอาการเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว โดยใช้หลักการ B.E.F.A.S.T (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time) และการตรวจวินิจฉัย เช่น การทำ CT Scan หรือ MRI เพื่อตรวจสอบประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic หรือ Hemorrhagic) และความรุนแรงของอาการ[2] การรักษาในระยะเฉียบพลันจะมุ่งเน้นไปที่การเปิดหลอดเลือดในกรณีของ Ischemic Stroke ด้วยยาละลายลิ่มเลือด (tPA) หรือการรักษาความดันโลหิตในกรณีของ Hemorrhagic Stroke เพื่อควบคุมความเสียหายของสมองให้น้อยที่สุด[3] ในระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด การดูแลในระยะนี้ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เช่น การฝึกเดิน การฝึกพูด และการฝึกกลืนอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือการสื่อสาร นอกจากนี้ยังมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือด เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทีมสุขภาพยังให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยและการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟู ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมแพทย์จะทำการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลที่บ้าน โดยมีการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ซึ่งรวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีใช้ยา การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง เช่น การทำกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการนัดหมายเพื่อติดตามผลหลังจำหน่าย รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานสุขภาพในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์ฟื้นฟู เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เมื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมสุขภาพจะจัดทำเอกสารส่งต่อที่ครอบคลุมข้อมูลทางคลินิก เช่น ประวัติอาการ การรักษาที่ได้รับ และแผนการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยงานหรือบุคลากรที่รับผิดชอบสามารถดำเนินการดูแลได้อย่างเหมาะสม ญาติและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีจัดการภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันแผลกดทับ การลดความเสี่ยงของภาวะติดเชื้อ และวิธีสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทั้งนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ[4,5]

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังจากการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เน้นความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้จ่ายเงินในระบบสุขภาพ การศึกษาวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพทำให้สามารถประเมิน

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยหลักการสำคัญในการจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลที่เหมาะสม การนำแผนไปใช้ และการประเมินผลหลังจากการจำหน่าย โดยมีการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับไปอยู่บ้าน และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า พบว่าการประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายเป็นขั้นตอนสำคัญในการกำหนดแผนการดูแลที่เหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพจะต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลและบทบาทของแต่ละบุคคลในทีม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลและทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองที่บ้าน การติดตามผลหลังการจำหน่ายก็มีความสำคัญเช่นกัน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลและปรับปรุงตามความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิยา ภูงามและ ขนิษฐา ทาพรมมา[6] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางประกอบด้วย 1) การกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 3) การกำหนดแบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและ 4) การกำหนดแบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่อง

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดตั้งทีมสุขภาพเฉพาะทางเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจรวมถึงการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จากการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคนี้มักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดซ้ำและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานยังขาดมาตรฐานที่ชัดเจนในการดำเนินการ ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การกำหนดกิจกรรมแนวปฏิบัติ การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบติดตามผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 แบบวัดความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .826

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด พบว่า โดยรวมและรายข้อ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และมีอาการทางระบบประสาท ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากสมองขาดเลือด ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการแพ้หรือเกิดอันตรายจากสารทึบรังสี ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการทำหัตถการ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงระหว่างทำหัตถการ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อเลือดออกบริเวณ Puncture site ภายหลังการทำหัตถการและเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง และนำไปสู่การวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	2.98	0.24	4.35	0.70	49	-12.245	.000*	-1.58902	-1.14098

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด พบว่า โดยรวมและรายข้อก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จอมฤทัย อินทรพาณิช[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ผลการวิจัยพบว่า ก่อนทดลองค่าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องหลอดเหลือสมองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 และระดับ

พอใช้ ร้อยละ 33.3 หลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.70 เป็น 10.3, และ1.68 เป็น 2.76 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้จัดทำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และมีอาการทางระบบประสาท ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากสมองขาดเลือด ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการแพ้หรือเกิดอันตรายจากสารทึบรังสี ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการทำหัตถการ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงระหว่างทำหัตถการ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อเลือดออกบริเวณ Puncture site ภายหลังการทำหัตถการและเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง และนำไปสู่การวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประยุกต์จากคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดหนักของหลอดเลือดโรคสมอง[9] การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดใหญ่ (Mechanical Thrombectomy)[10] คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy)[11] ส่งผลให้ ความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด พบว่า โดยรวมและรายข้อ หลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของญาติในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ[12] ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลก่อนกลับบ้าน ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมฯอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับ ปัทมาพร ชนะมาร[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านรูปแบบ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายโรงพยาบาลวาปีปทุม 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <.001$) ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ($p = <.001$) ความพิการลดลง ($p = <.001$) วันนอน ลดลง ($p = .015$) และค่ารักษาพยาบาลลดลง ($p = .035$) ไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และแผลกดทับ พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบร้อยละ 1.6 3) ด้านผู้ดูแล พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ($p = <.001$) 4. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า สหวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทาง ร้อยละ 100 โภชนาการปฏิบัติได้ ร้อยละ 40 และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ใจอารีย์[13] ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และและพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.48, SD = 0.56)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มาใช้ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และมีอาการทางระบบประสาท ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากสมองขาดเลือด ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการแพ้หรือเกิดอันตรายจากสารทึบรังสี ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการทำหัตถการ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองเนื่องจำกการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวาง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงระหว่างทำหัตถการ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อเลือดออกบริเวณ Puncture site ภายหลังการทำหัตถการและเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง และนำไปสู่การวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวเพื่อเพิ่มความหลากหลายในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2025). Stroke, Cerebrovascular accident. [Online] https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html
2. กรมควบคุมโรค.(2566) กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 เผยปีนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วย กว่า 3 แสนราย ย้ำโรคนี้สามารถป้องกันได้ [ออนไลน์] สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37914&deptcode=brc วันที่สืบค้น10 พฤศจิกายน 2567
3. ทัศนีย์ ตันติฤทธิ์ศักดิ์.(2556). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สถาบันประสาทวิทยา.
4. นันทกาญจน์ ปักษี ทิฏฐิ ศรีวิสัย เสน่ห์ ขุนแก้ว. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564. 47-61
5. ปัทมาพร ชนะมาร.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 13 ปีที่ 7 ฉบับที่ 14 : เมษายน 2566 - กันยายน 2566. 13-29
6. นันทิยา ภูงาม ขนิษฐา ทาพรมมา.(2565). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. ปีที่ 7 ฉบับที่ 4. 1-14
7. Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs,. New Jersey : Prentice Hall, Inc.
8. จอมฤทัย อินทรพาณิช (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563

9. วิภารัตน์ โนนกลาง. (2564). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดหนักของหลอดเลือดโรคสมอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทย์ศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
10. อุสมาพรรณ รัตนกาล. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดใหญ่ (Mechanical Thrombectomy). กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์.
11. เสาวนีย์ หอมสุด. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
12. รุ่งนภา จันทรา ศิริเพ็ญ วีระจิตต์ ภัทริยา ศรีทองกุล.(2566). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลก่อนกลับบ้าน ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ 16 ฉบับที่ 4 (2023): ตุลาคม - ธันวาคม 2566 . 29-39
13. โสภิต ใจอารีย์.(2566). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (2023): กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 1-10

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing care of patient with sepsis : Comparative case study of two cases.

(Received: February 24,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

พรวีนัส เศวตวงษ์[1]
Pornvenus Sawetvong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษรวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน กรณีศึกษารายที่ 1 รับการรักษา ระหว่างวันที่ 20 กันยายน ถึงวันที่ 3 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลารักษา 13 วัน และกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 24 กันยายน ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 8 วัน **ผลการศึกษา** พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) จากโรคที่แตกต่างกัน ดังนี้

กรณีศึกษารายที่1 มีภาวะ Septic shock หลังรับไว้ 6 ชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem และยา Norepinephrine 3 วัน มีภาวะ Organ failure ขณะรักษา คือระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต และผู้ป่วยมีภาวะซีด ได้รับเลือดทดแทน มีภาวะ Hyperkalemia ได้รับการแก้ไขจนกลับมาสู่ภาวะสมดุล ผู้ป่วยปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้าน สรุปรับผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 20 กันยายน ถึงวันที่ 3 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลารักษา 13 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะ Septic shock ได้รับยา Norepinephrine 1 วัน ได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem มีภาวะ Organ failure ขณะรักษา คือระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบไต สรุปรับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 24 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 8 วัน

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis), ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic shock)

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing of patients with sepsis: A comparative case study of 2 cases. Specifically selected cases were patients diagnosed by a doctor with sepsis who were admitted to the special ward of Somdech Phra Yuppharat Kranuan Hospital. Case study 1 was admitted from September 20 to October 3, 2024, for a total of 13 days. Case study 2 was admitted to the hospital from September 24 to October 1, 2024, for a total of 8 days. The results of the study found that both patients had different predisposing causes of sepsis, as follows:

Case study 1 had septic shock after 6 hours of admission, received Meropenem antibiotics and Norepinephrine for 3 days. Organ failure during treatment, namely cardiovascular and renal systems, and the patient was anemic, received blood transfusion, and had hyperkalemia, which was corrected until the patient returned to balance. The patient was safe and discharged home. In summary, the patient was admitted from September 20 to October 3, 2024, for a total of 13 days.

Case study 2 had septic shock, received Norepinephrine for 1 day, received Meropenem antibiotics, and had organ failure during treatment, namely cardiovascular and renal systems. In summary, the patient was admitted to the hospital from September 24, 2024 to October 1, 2024, for a total of 8 days.

Keywords: Sepsis, Septic shock

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

บทนำ

ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายมีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อรบกวนการทำงานของอวัยวะต่างๆจนเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว นำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic shock) เป็นภาวะวิกฤตและภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) มากถึง 48.9 ล้านราย และเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 20 ของการตายทั้งหมด ในประเทศไทยจากข้อมูลของทระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ปี เสียชีวิต 45,000 ราย/ปี เมื่อทำการวิเคราะห์ พบว่า มีผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เพิ่ม 1 รายทุก 3 นาที และเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง อัตราตายของผู้ป่วยในปี 2562-2564 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47[1] ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตั้งเป้าหมายไว้ คือ อัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ต้องน้อยกว่าร้อยละ 28 และสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เกิดจากความรุนแรงของโรคจนทำให้เกิดอาการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทและระบบการแข็งตัวของเลือด ซึ่งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น บุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้ ได้แก่ การประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลาทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงและไม่ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม และการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันเนื่องจากไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน[1]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 150 เตียง มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) มารับการรักษาในปี 2564-2566 จำนวน เท่ากับ 294, 294 และ 436 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายเนื่องจากอาการทรุดจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) จำนวน เท่ากับ 45, 40 และ 82 รายตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยอาการทรุดจนกระทั่งเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic shock) จำนวน เท่ากับ 26, 38 และ 44 รายตามลำดับ[2] พบว่าสถิติผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังและจากการวิเคราะห์เชิงลึกและการนิเทศทางการพยาบาล พบว่ายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติของพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่มีการประเมินและบางรายมีการประเมินล่าช้า และไม่มีการบันทึกที่เป็นระบบที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ทำให้การดูแลไม่เหมาะสมไม่ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุด แต่ถ้าหากว่าพยาบาลมีองค์ความรู้ในเรื่องโรครวมถึงการให้การพยาบาลในทุกกระบวนการเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนในการให้การดูแลและช่วยเหลือ จะส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญทุกกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ตั้งแต่การประเมิน จนถึงการให้การดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะให้การดูแล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับ ต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และจิต

วิญญาณ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษรวม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน กรณีศึกษารายที่ 1 รับการรักษา ระหว่างวันที่ 20 กันยายน ถึงวันที่ 3 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลารักษา 13 วัน และกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 24 กันยายน ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 รวมระยะเวลา 8 วัน

2. ทบทวนเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลและตารางวิเคราะห์เปรียบเทียบ การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนกอร์ดอน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายและนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 ราย โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เก็บรักษาความลับของผู้ป่วย ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัว

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยดังตารางที่ 1

ตารางที่1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
อายุ/สถานภาพสมรส	ผู้ป่วยเพศชาย สูงอายุ 69 ปีสถานภาพสมรสคู่	เพศหญิงสูงอายุ 86 ปี สถานภาพสมรสหม้าย
น้ำหนัก/ส่วนสูง/BMI	น้ำหนัก 48 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 18.32 kg/m^2	น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร BMI 13.06 kg/m^2
การศึกษา	ระดับประถมศึกษาปีที่4	ระดับประถมศึกษาปีที่4
อาชีพ	สูงอายุ	สูงอายุ
วันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา	วันที่ 20 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 3 ตุลาคม	วันที่ 24 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2567
รวมวันที่รับการรักษา	13 วัน	8 วัน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ หนาวสั่น 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล	เหนื่อย แน่นท้อง 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีไข้ หนาวสั่น ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว ปัสสาวะไม่แสบขัด และ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น วิงเวียนศีรษะ ไม่มีอาการบ้านหมุน ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีปัสสาวะแสบขัด	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังรับประทานอาหาร มีอาการแน่นท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก แน่นท้อง ถ่ายกะปริดกะปรอย หลังรับประทานฟักทอง ไม่มีไข้ ไม่ไอ มีอาการแน่นท้องมากจึงมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ประวัติการได้รับการผ่าตัด/การได้รับอุบัติเหตุ	มีโรคประจำตัวคือ โรคไตวายระยะสุดท้าย(ESRD) รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และได้วางแผนในการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต(Plan RRT) เคยได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีปี พ.ศ. 2525 ไม่มีประวัติแพ้ยาหรืออาหาร	6 ปีก่อนมา ผู้ป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร เป็นๆหายๆ รับการรักษาที่คลินิกตลอด ไม่เคยมารักษาที่โรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว เคยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ปี พ.ศ. 2549 ไม่มีประวัติแพ้ยาหรืออาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 2 สรุปปัญหาที่เหมือนกัน และแตกต่างกันตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	สรุปปัญหาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	สรุปปัญหาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	1.ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย 2.ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม 3.วางแผนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต	1.ผู้ป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ 2.รับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร 3.อาการท้องอืดแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร
แบบแผนที่2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	-ชอบอาหารพื้นบ้านรสเค็ม -โรคไตวายระยะท้าย eGFR=8.42 ml/min/1.7 -ค่า BMI 18.32 kg/m^2 ต่ำกว่ามาตรฐาน - Hb=5.5 g/dl และ Hct=17 vol% ต่ำกว่าปกติ -ค่า Mg=1.4 mg/dl ต่ำกว่าปกติ -ผลตรวจ Melioid titer = 1:2,560	-ปัญหาในการบดเคี้ยวเนื่องจากฟันเหลือน้อย -ค่า BMI 13.06 kg/m^2 ต่ำกว่ามาตรฐาน -ผลตรวจ Hb=11.1 g/dl และ Hct=34.3 vol% ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย **-**มีภาวะ Electrolyte imbalance ผลตรวจ Blood electrolyte: Na=130, K=2.92, Cl=93, CO_2=21.3, Phosphorus=2.3 mg/dl, Mg=1.6 mg/dl -DTX=265mg%, HbA_1C : 9.9 % -ผลตรวจ LFT: ALP=145, DB=0.29 ค่าสูงกว่าปกติ
แบบแผนที่3 การขับถ่าย	**-**ผู้ป่วยได้รับการใส่สายปัสสาวะวันที่ 21 กันยายน – 24 กันยายน 2567 -ผลตรวจ Blood chemistry: BUN=53.6, Cr= 6.20 สูงกว่าปกติ eGFRผิดปกติ= 8.42 ml/min/1.7 ต่ำกว่าปกติมาก -ผลตรวจ **UA** ผิดปกติ**:** PH =6.5, Specific gravity=1.012, Sugar=negative, Blood= 2+, Ketone=negative, WBC=1-2, RBC=20-30, Epithelial=0-1, Protein=2+, Leukocyte=negative, Bilirubin=Negative	**-**ผู้ป่วยได้รับการใส่สายปัสสาวะวันที่ 24 กันยายน - 1 ตุลาคม 2567 -ผลตรวจ Blood chemistry: BUN=23.6, Cr=1.8 สูงกว่าปกติ eGFR=25.12 ml/min/1.7 ต่ำกว่าปกติ -ผลตรวจ **UA** ผิดปกติ **:** PH =5.5, Specific gravity=1.008, Sugar=1+, Blood=2+, Ketone=negative, WBC=>100, RBC=10-20, Epithelial=1-2, Protein=1+, Negative, Leukocyte=3+ **Urine culture :** No Growth
แบบแผนที่4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	-เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จากสูงอายุ มีภาวะซึดประเมิน Risk Fall Score=35 คะแนน -สัญญาณชีพแรกรับผิดปกติ และมีภาวะ Shock หลังรับไว้ 6 ชั่วโมง สัญญาณชีพหลังรับไว้ 6 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 38.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 84/47 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความสมบูรณ์ของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 %	-เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จากสูงอายุ มีภาวะซึดประเมิน Risk Fall Score=35 คะแนน -สัญญาณชีพแรกรับผิดปกติ และมีภาวะ Shock หลังรับไว้ 11 ชั่วโมง สัญญาณชีพหลังรับไว้ 11 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 88/51มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความสมบูรณ์ของออกซิเจนปลายนิ้ว100 %
แบบแผนที่5 การพักผ่อนนอนหลับ	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	-นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอต้องได้รับยานอนหลับขณะนอนในโรงพยาบาล
แบบแผนที่6 สติปัญญาและการรับรู้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้
แบบแผนที่7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	-วิตกกังวลเนื่องจากต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลหลายวันเพื่อให้ยาปฏิชีวนะให้ครบ กลัวลูกต้องลำบากมาดูแล	-วิตกกังวลเนื่องจากไม่เคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic Shock) หลังจากรับไว้ กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic Shock) หลังจากรับไว้ 6 ชั่วโมง และกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic Shock) หลังจากรับไว้ 11 ชั่วโมง

วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย 2 รายเป็นผู้สูงอายุ และทั้ง 2 ราย มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่แตกต่างกัน คือ

กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการไข้ มีโรคประจำตัวคือ CKD Plan RRT และ Thalassemia Homo E และมีรูปร่างผอม ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดที่เป็นสาเหตุที่ส่งผลให้มีการติดเชื้อเมลิออยโดสิส (Melioidosis) ผลตรวจ Melioid titer = 1:2,560 ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรีย จะพบได้ในดิน น้ำ หรือตามพืชพันธุ์ต่างๆ ติดต่อโดยตรงจากการสัมผัส และผู้ป่วยรายนี้ชอบไปทำไร่ทำนาจึงติดเชื้อเมลิออยโดสิส (Melioidosis) และเชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ผลตรวจ **Lactate :** 2.0 mmol/L รุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic shock)

กรณีศึกษารายที่ 2 ประวัติมาด้วยถ่ายกะปริดกะปรอย ผลตรวจ UA พบ WBC > 100 cell/HPF และ ทำให้มีภาวะติดเชื้อ และเป็นสาเหตุส่งเสริมของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) **ผลตรวจ Lactate :** 7.6 mmol/L DTX=265mg%, HbA_1C : 9.9 % และไม่ได้เป็นโรคเบาหวานแต่ญาติให้ประวัติว่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูงแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการมารักษาและภาวะเครียดของร่างกายจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ทำให้ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง ก็เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำตาลสูงได้ แต่วิเคราะห์จากค่า HbA_1C : 9.9 % ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามเมื่อพ้นภาวะวิกฤตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ความรุนแรงส่งผลให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock)

ตารางที่3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 2.เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะซีด 3.มีภาวะช็อกเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4.มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ 5.มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสียหน้าที่เรื้อรังระยะท้าย 6.มีภาวะติดเชื้อ Melioidosis 7.มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 8.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากได้รับการใส่สายสวนคาปัสสาวะ 9.อาจได้รับอันตรายจากการได้รับยากลุ่มกระตุ้นการหดรัดตัวของหลอดเลือด(Norepinephrine) 10.เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ 11.ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 12.ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	1.มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 2.เสี่ยงต่ออาการได้รับอันตรายจากภาวะ Hyperglycemia 3.มีภาวะช็อกเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4.มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสียหน้าที่ฉับพลัน 5.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดบวมน้ำเพราะไตไม่สามารถขับน้ำออกได้และเกิดภาวะน้ำเกิน 6.มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 7.อาจได้รับอันตรายจากการได้รับยากลุ่มกระตุ้นการหดรัดตัวของหลอดเลือด(Norepinephrine) 8.นอนไม่หลับเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง 9.เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ 10.ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 11.ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

นำข้อวินิจฉัยการพยาบาลจากตารางที่ 3 มาวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายและแผนการพยาบาลในข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามเครื่องมือ/แนวทางที่กำหนดทันทีที่รับไว้ในความดูแล ติดตามเฝ้าระวัง และประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล เพื่อให้มีข้อมูลครบถ้วน เพียงพอต่อการวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

2. จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management) มีการช่วยเหลือขจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและความวิตกกังวล กลัว และบริหารยาเสี่ยงสูงให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา (กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1, 3, 4, 7, 9, 11 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1, 2, 3, 5, 7, 10)

3. ดูแลความปลอดภัยโดยจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ (กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8, 9)

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of complication) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าอาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด (กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4)

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน
ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล (กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5, 6, 7 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1, 5, 8)

6. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การอธิบายและเปิดโอกาสให้เล่าระบายความกลัวและความวิตกกังวล ได้แก่ การดูแลตนเองที่บ้านเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษา และการมาตรวจตามนัด รวมถึงการให้ข้อมูลอื่นๆ (กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11)

7. สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ด้วยการช่วยเหลือเอาใจใส่ ให้ข้อมูลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม (กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-12 และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-11)

เป้าหมายผลลัพธ์และแผนการพยาบาลที่กำหนด นำไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ติดตามผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงแผนการพยาบาลให้มีคุณภาพและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-12 บรรลุผลลัพธ์การพยาบาลทุกข้อ และกรณีศึกษารายที่2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-11 บรรลุผลลัพธ์การพยาบาลทุกข้อ ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการจากการกรณีศึกษากรณีทั้ง 2 ราย พบว่าปัญหาคือการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีแนวทางการประเมินที่เป็นปัจจุบัน ทำให้การดูแลรักษาไม่ทันเวลา ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่รวดเร็วตามแนวทางที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) แต่พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วย และได้นำการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ มาใช้ในการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล[3,4]ในการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ทำผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล บรรลุตามวัตถุประสงค์การพยาบาลทุกข้อ[5,6] มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและการได้รับยาเสี่ยงสูง ปลอดภัยจากการใส่สายสวนคาปัสสาวะ ปลอดภัยจากพยาธิสภาพของโรค การได้รับยา/เลือด ไม่เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม และมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันอาการทรุด[7,8] ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ **1** ได้รับการติดตามเรื่องการบำบัดทดแทนไต แลกรณีศึกษารายที่ **2** ได้รับการติดตามตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเนื่องจากค่า HbA_1C : 9.9 %

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพควรนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการประเมินแรกรับในกลุ่มที่สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis)

2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถให้การดูแลได้ถูกต้อง

3. ควรมีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ตั้งแต่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ทำให้พยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมโรคในประเทศไทย.
2. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน. (2566). สถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน, ปี 2564-2566. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน.
3. วิมลรัตน์ เสนาะเสียง.(2566).การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.ปีที่ 8 ฉบับที่ 3. 661-667.
4. วิภารัชญ์ ประมวลปรีชา.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ.ปีที่ 9 ฉบับที่ 5.448-454.
5. เพ็ญประภา แสงพิศาล.(2566).การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.ปีที่ 8 ฉบับที่ 4. 311-317.

6. นฤมล ฮามพิทักษ์.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.ปีที่ 8 ฉบับที่ 3.451-461.
7. นันทิมา ไชยโภชน์.การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.ปีที่ 8 ฉบับที่ 4. 419-426.
8. จิรศักดิ์ คามจังหาร.(2567).การพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.ปีที่ 9 ฉบับที่ 2. 533-543.

การพัฒนาระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลขอนแก่น

Development of actual and desired information system provision after a stroke fast track of patients with intracerebral hemorrhage in Khon Kaen Hospital

(Received: February 24,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

บุรารัตน์ ละลี[1] วราวุธ กิตติวัฒนากูล[2] พุทธชาด นามเวียง[3] กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์[4]
Burarat Lali[1] Warawut Kittiwattanakul[2] Phutthachat Namwiang[3] Kittisak Sawanyawisut[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลขอนแก่น วิธีการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทุกรายที่ผ่านห้องฉุกเฉินและรับบริการช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2554 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 110 ราย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 110 ราย อายุเฉลี่ย 63.52 ปี เพศหญิง (50 ราย ร้อยละ 45.45) มีประวัติปัจจุบัน ดื่มแอลกอฮอล์ (21 ราย, ร้อยละ19.09) มีโรคร่วมมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (60 ราย, ร้อยละ 54.55) การประเมินผล Barthel index, GOS, GCS, ความดันโลหิต และ Hypertensive emergency วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาพบมากในตำแหน่ง Supratentorial (83 ราย, ร้อยละ 75.45), Intraventricular hemorrhage volume >30 mL (36 ราย, ร้อยละ 32.73), Intraventricular hemorrhage (59 ราย, ร้อยละ 53.64) และ Modified Fisher Scale ระดับ 0 พบมากที่สุดถึง (70 ราย, ร้อยละ 60.64) ข้อมูลทางพบความเสี่ยงสูงเกิดอัตราการตาย (46 ราย, ร้อยละ 42.82) ทั้งนี้จากข้อมูลวันนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย พบเรียงลำดับมากสุดถึงต่ำสุด คือ กลุ่ม C วันนอนรักษามากกว่าวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ (50 ราย, ร้อยละ 45.45), กลุ่ม B วันนอนรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินวันนอนมาตรฐาน (36 ราย, ร้อยละ 32.73), กลุ่ม A วันนอนรักษาน้อยกว่า 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐาน (23 ราย, ร้อยละ20.91) และกลุ่ม D วันนอนรักษามากกว่าจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ (1 ราย, ร้อยละ 0.91)

คำสำคัญ: ระบบสารสนเทศ , Case Mix Index, โรคหลอดเลือดสมองแตก, stroke fast track

Abstract

This study aimed To develop an information system in the expressway for hemorrhagic stroke patients at KKH. All patients in the expressway system for hemorrhagic stroke patients at KKH through the ER from January 1,2011 - December 31,2021, totaling 110 cases.

Results: This study analyzed clinical data of patients with intracerebral hemorrhage (ICH), with an average age of 63.52 years., female (50 cases, 45.45%), had a history of current alcohol consumption (21 cases, 19.09%), and had the most comorbidities, namely hypertension (60 cases, 54.55%). The Barthel index, GOS, GCS, blood pressure, and Hypertensive emergency were evaluated. The laboratory and radiological examination results were analyzed, and they were most common in the following locations: Supratentorial (83 cases, 75.45%), Intraventricular hemorrhage volume >30 mL (36 cases, 32.73%), Intraventricular hemorrhage (59 cases, 53.64%) and Modified Fisher Scale level 0 found the most (70 cases, 60.64%). The data found high risk of mortality (46 cases, 42.82%). From the data on patient treatment, Length of stay (LOS) was categorized as follows: Group C: Exceeding the standard LOS but below the extended threshold (50 cases, 45.45%), Group B: Standard LOS (36 cases, 32.73 %). Group A: Below the standard LOS (23 cases, 20.91%) and Group D: Exceeding the extended LOS threshold (1 case, 0.91%).

Keywords: Information system, Case Mix Index, Intracerebral hemorrhage, stroke fast track

---

[1] กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น
[2] พบ. กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
[3] ดร.กภ. กลุ่มงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น
[4] ศ.นพ.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 สาระสำคัญหมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ระบุว่าระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล และการจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า โดยเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีการเชื่อม โยงการจัดบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เข้าด้วยกัน[1] เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข (ปีงบประมาณ 2560 - 2579) กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ [1] มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เพื่อให้การดำเนินการจัดประเภทการจัดบริการของหน่วยบริการที่แตกต่างออกไป การแสดงถึงศักยภาพ ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในนั้น ได้ใช้ค่า CMI (Case Mix Index)[2] ซึ่งหมายถึงค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ ปรับค่า (Adjusted Relative Weights: AdjRW) ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลา ที่กำหนด แสดงถึงศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการของสถานบริการ และเป้าหมายในการพัฒนา และติดตามผลการพัฒนา ซึ่งการผ่านเกณฑ์ดัชนีผู้ป่วยใน CMI ที่กำหนดของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan คือ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ, A) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6, โรงพยาบาลทั่วไป (รพท., S) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.2, โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ขนาดเล็ก (M1) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.0, โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แม่ข่าย (M2) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.8 และ โรงพยาบาลชุมชน (F1-F3) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.6[3,4]

ประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระด้านสุขภาพที่สำคัญเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นและต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะสั้นและระยาว กรณีเกิดภาวะทุพพลภาพสามารถเกิดได้ทั้งชายและหญิง[5] แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะดีขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 1.88% ในผู้ใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงและอายุเฉลี่ย 65 ปี ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มอาการเมตาบอลิซึม และภาวะโรคหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีทั้งการพิจารณาผ่าตัด และการรักษาแบบประคับประคอง [6] มีการศึกษาของ Mendelow และคณะพบว่า การผ่าตัดและไม่ผ่าตัดผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18 และ 24 ตามลำดับ[8] แนวทางการรักษาของแพทย์ประสาทศัลยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ให้พิจารณาและอธิบายตำแหน่งของก้อนเลือด การมีภาวะโพรงสมองคั่งน้ำจากการอุดตันของก้อนเลือด ระดับการรู้สติของผู้ป่วย ขนาดปริมาตรของก้อนเลือด ความผิดปกติอื่นๆที่พบในภาพรังสีเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนสมอง ภาวะแทรกซ้อน เช่น ลมชัก และในกรณีเลือดออกในบริเวณ temporal lobe เนื่องจากจะมีโอกาสที่จะเกิด brain herniation อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้โดยเร็วจากการกดก้านสมองหรือทำให้เกิดภาวะโพรงสมองคั่งน้ำหรือกรณี Primary subarachnoid hemorrhage และ Primary intraventicular hemorrhage มีความจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เพื่อลดอันตรายที่อาจทำให้เกิดภาวะโพรงสมองคั่งน้ำได้ ส่วนก้อนเลือดบริเวณ Lobar, Basal ganglia และ Thalamus กรณีเลือดออกบริเวณก้านสมอง มีเลือดออกในโพรงสมอง มีภาวะโพรงสมองมีน้ำคั่ง ควรมีการตรวจประเมินเพิ่มเติม[8] การ

บำบัดรักษาทางศัลยกรรมของโรคหลอดเลือดสมองแตกที่สำคัญ คือ การผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออกและหรือ/ผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง และเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ สำหรับการผ่าตัดก้อนเลือดที่อยู่ลึก อาจทำให้เกิดภาวะสมองบวมเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการพิจารณาผ่าตัดจำเป็นต้องมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน และพิจารณาร่วมกรณีการมีเลือดออกซ้ำ ภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังจากรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดจากการรักษา[9]

โรงพยาบาลขอนแก่นได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียง มีเตียงผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 1,238 เตียง (ข้อมูล ณ กันยายน 2566) มีหอผู้ป่วยจำนวน 72 หอผู้ป่วย (หอผู้ป่วยสามัญ = 41 หอผู้ป่วยพิเศษ =10 หอผู้ป่วย ICU = 21) ยกระดับขีดความสามารถเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ Premium Plus (P+) ตามแผนการยกระดับบริการสาธารณสุข (SAP) กระทรวงสาธารณสุขให้บริการระดับตติยภูมิ มีความเชี่ยวชาญในสาขาย่อย (Subspecialty-Level referral hospital) และมีศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) 5 สาขา ได้แก่ สาขาอุบัติเหตุ ระดับ 1+, สาขามะเร็ง ระดับ 1, สาขาหัวใจ ระดับ 1, สาขาทารกแรกเกิด ระดับ 1 และสาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ระดับ 1[10] มีการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ให้เข้าสู่การรักษาแบบช่องทางด่วนพิเศษ (Stroke fast track) แต่ที่มีความพิเศษกว่าโรงพยาบาลอื่นและแทบจะเป็นที่แรกและที่เดียวในประเทศไทยที่ดำเนินการและมีการเก็บสถิติอย่างชัดเจน คือ การประสานงาน เพื่อลดขั้นตอนต่างๆ ที่ยุ่งยากตั้งแต่อยู่บนรถพยาบาลฉุกเฉิน[10] ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องบางรายอาจเสียชีวิต ซึ่งอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนอาจเป็นผลโดยตรงจากโรคหลอดเลือดสมองหรืออาจเกิดขึ้นจากอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาพยาบาล[7] มีการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบสารสนเทศหรือเวชระเบียน[2] แสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโรงพยาบาลมีผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและนำมาปรับใช้โดยมุ่งหวังให้การให้บริการมีประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการวิเคราะห์ Case Mix Index อย่างเป็นระบบ ในการบริการโรคหลอดเลือดสมองแตกให้เข้าสู่การรักษาแบบช่องทางด่วนพิเศษ (Stroke fast track) โรงพยาบาลขอนแก่น โดยตามข้อกำหนดโรงพยาบาลศูนย์ที่มีโรงเรียนแพทย์ต้อง มีค่า Case mix index มากกว่าหรือเท่ากับ 1.6 ส่วนจำนวนวันอยู่รักษา (Length of stay: LOS)[11] เป็นตัวที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและต้นทุนในการให้บริการ (วันอยู่รักษาเฉลี่ย ระดับรพศ. 4.99 วัน) ปัจจุบันการใช้ระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลขอนแก่น ยังไม่มีการนำข้อมูลส่วนต่างๆมาวิเคราะห์ค่า Case mix index ซึ่งจะเห็นได้ว่า ค่า Case mix index มีความสัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และ Case mix index ได้รับการออกแบบมาเพื่อวัดศักยภาพการให้บริการ และในปัจจุบันแต่ละกองทุนมีการจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)[12] ใช้ในการคำนวณการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาล ให้กับสถานพยาบาลที่ให้รับผู้ป่วยไว้รักษา ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สัมพันธ์กับนโยบายผู้บริหารในการพยายามเพิ่มค่า Case mix index โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดขององค์กร เชื่อมโยงการลดจำนวนวันอยู่รักษาลง และการวางแผนจำหน่ายรายโรคในผู้ป่วยโรคสำคัญตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองแตกช่องทางด่วนพิเศษ (Stroke Fast Track) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการจัดบริการที่เหมาะสมในระบบ

บริการโรคหลอดเลือดสมองช่องทางด่วนพิเศษ (Stroke fast track) ต่อไป[13]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อการพัฒนาระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิจัย: Epidemiological, Descriptive และการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) ชนิดศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลเวชระเบียน (Retrospective)

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในระบบช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งหมดวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554- 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าระบบช่องทางด่วนของโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2554- 31 ธันวาคม พ.ศ.2564

2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2554 - 31 ธันวาคม พ.ศ.2564

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการและอาการแสดงเข้ากันได้กับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันหรือแตกระยะเฉียบพลัน โดยมี อาการน้อยกว่า 4.5 ชั่วโมง ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

4. ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและข้อมูลอยู่ในระบบ Picture Archiving and Communication System (PACS) softwareของโรงพยาบาลขอนแก่น และได้รับการอ่านผลโดยรังสีแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

5. ได้รับการตรวจประเมินและรักษาโดยประสาทศัลยแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ก่อนถึงโรงพยาบาล

2. มีเลือดออกในสมองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีประวัติอุบัติเหตุหรือประวัติไม่ชัดเจน

3. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

4. อายุน้อยกว่า 18 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลฐานข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลโครงการวิจัยการพัฒนาระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลขอนแก่น

การดำเนินการวิจัย

1. หนังสือเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ในการศึกษาเก็บข้อมูลวิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลจากการประมวลผลข้อมูลจากฐาน HIS (Hospital Information Systems) โรงพยาบาลขอนแก่น และจากแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการ ทบทวนเวชระเบียน1 มกราคม พ.ศ.2554 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

3. หัวข้อของข้อมูลที่จะนำมาใช้ใน การวิจัย ประกอบด้วย 1) ID number ซึ่งสร้างมาเพื่อใช้ในงานวิจัยนี้เท่านั้น 2) Preoperative details 3) Drug therapy 4) Smoking 5) Thrombosis 6) Embolic cause 6.1 Cardioembolic 6.2 Artery to artery emboli 7) Case Mix Index (CMI) การจัดกลุ่มโรคตาม DRG ในแต่ละกลุ่มโรคถ้าแบ่งกลุ่มตาม LOS เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม A วันอยู่รักษาน้อยกว่า 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐาน กลุ่ม B วันอยู่รักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินวันนอนมาตรฐาน กลุ่ม C วันอยู่รักษามากกว่าวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ กลุ่ม D วันอยู่รักษามากกว่าจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์

4. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แยกวิเคราะห์ผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มหลัก (ข้อมูลด้าน Radiology, hemorrhage, ซึ่งแต่ละกลุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยตามปี พ.ศ. การวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยกลุ่มย่อย ในกรณีตัวแปรต่อเนื่องใช้ Wicoxon Rank-Sum Test (Mann-Whitney U test) หรือ two independent sample T-test(สองกลุ่มย่อย), Analysis of Variance: ANOVA (มากกว่าสองกลุ่มย่อย)

4.1 โดยใช้ Shapio-Wilk W test ในการทดสอบการกระจายข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

4.2 ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดย Odd Ratio และหาความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.0 (95% confidence interval) โดยถือว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $p<0.05$

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม STATA software (College Station, Texas, USA)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา คำนวณค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้การแจกแจงความถี่ อัตราร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับโครงการวิจัยที่เข้า ข่ายการพิจารณาแบบเร็ว (Expedited Review) ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น (KEXP65077) ลงวันที่ 26 มกราคม 2566 การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “Stroke fast track”

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบสารสนเทศในช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่นมีผลการศึกษา ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 110 ราย แสดง อายุเฉลี่ย เพศ ประวัติปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์ โรคร่วม การประเมินผล Barthel index, Glasgow Outcome Scale (GOS), Glasgow Coma Scale(GCS),ความดันโลหิต และ Hypertensive emergency รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Baseline characteristics of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)

รายละเอียด	Baseline characteristics of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)			
Factors	**Mean***	**SD**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
Age, year*	63.52	13.37	-	-
Female sex	-	-	50	45.45
Anticoagulant therapy	-	-	7	6.36
Current alcohol drinking	-	-	21	19.09
Current smoker	-	-	16	14.55
Co-morbid diseases				
- Hypertension	-	-	60	54.55
- Diabetes Mellitus	-	-	17	15.45
- Liver disease	-	-	3	2.73
- Chronic kidney disease	-	-	3	2.73
- Hematologic disorder	-	-	6	5.45

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Baseline characteristics of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)

รายละเอียด	Baseline characteristics of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)			
Factors	Mean*	SD	จำนวน	ร้อยละ
- Barthel index	15.09	23.37	-	-
Glasgow Outcome Scale				
1	-	-	1	0.91
2	-	-	18	16.36
3	-	-	35	31.82
4	-	-	21	19.09
5	-	-	3	2.73
Glasgow Coma Scale				
0	-	-	39	35.45
1	-	-	41	37.27
2	-	-	30	27.27
SBP, mmHg*	147.65	81.64	-	-
DBP, mmHg*	81.87	47.11	-	-
Hypertensive emergency	-	-	85	77.27

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกและการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) มีข้อมูลสามารถวิเคราะห์ Case mix index ได้ดังนี้ อายุเฉลี่ย 63.52 ปี เพศหญิง จำนวน 50 ราย ร้อยละ 45.45 มีประวัติปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 21 ราย ร้อยละ 19.09 มีโรคร่วมมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 ราย ร้อยละ 54.55 การประเมินผล Barthel index, Glasgow Outcome Scale (GOS), Glasgow Coma Scale(GCS),ความดันโลหิต และ Hypertensive emergency โดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Laboratory results of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)

รายละเอียด	Laboratory results of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)			
Factors	Mean	SD	N*	%
Hb, g/dL	11.81	2.65	-	-
HCT, %	35.05	7.65	-	-
WBC, cells/mm3	8700.27	5601.26	-	-
Platelet	217.45	124.38	-	-
PT, s	12.29	4.47	-	-
PTT, s	22.95	4.95	-	-
Glucose, mg/dL	10.4	49.24	-	-
BUN, mg/dL	15.56	11.59	-	-

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Laboratory results of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)

รายละเอียด	Laboratory results of patients with intracerebral hemorrhage categorized (n=110)			
Factors	Mean	SD	N*	%
Cr, mg/dL	1.05	0.97	-	-
eGFR, mL/min/1.73m2	76.96	28.27	-	-
Sodium, mEq/L	136.42	21.76	-	-
Potassium, mEq/L	3.5	0.7	-	-
Bicarbonate, mEq/L	23.55	11.35	-	-
Chloride, mEq/L	98.21	15.8	-	-
Radiographic findings*	-	-	-	-
Location				
Supratentorial	-	-	83	75.45
Infratentorial	-	–	11	10.00
Both	-	-	4	3.64
ICH volume > 30 mL	-	-	36	32.73
Intraventricular hemorrhage	-	-	59	53.64
Modified Fisher Scale*				
0	-	-	70	60.64
1	-	-	2	1.82
2	-	-	23	20.91
3	-	-	4	3.64
4	-	-	11	10

จากตารางที่ 2 ข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี พบว่าภาวะเลือดออกในสมองส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่ง supratentorial ร้อยละ 75.45 มีปริมาตรก้อนเลือดเกิน 30 มิลลิลิตร ร้อยละ 32.73 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่ไม่ดีและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 53.64 มีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular Hemorrhage) ซึ่งทำให้การรักษาซับซ้อนขึ้นและส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตที่สูง

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Clinical outcomes of patients with intracerebral hemorrhage categorized at discharge (n=110)

รายละเอียด	Clinical outcomes of patients with Intracerebral hemorrhage categorized at discharge (n=110)			
Factors	Mean	SD	N*	%
Death			46	42.82
Length of stay, day, mean	7.98	21.77	-	-
Barthel index	20.91	27.7	-	-
Glasgow Outcome Scale				
1	-	–	15	13.64

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Clinical outcomes of patients with intracerebral hemorrhage categorized at discharge (n=110)

รายละเอียด	**Clinical outcomes of patients with Intracerebral hemorrhage categorized at discharge (n=110)**			
Factors	**Mean**	**SD**	**N***	**%**
2	-	-	19	17.27
3	-	–	16	14.55
4	-	-	21	19.09
5	-	-	7	6.36
Glasgow Coma Scale				
0	-	-	43	39.09
1	-	-	21	19.09
2	-	-	45	40.91

จากตารางที่ 3 พบว่า Clinical outcomes of patients with intracerebral hemorrhage categorized at discharge Length of stay (Mean 7.98 , SD 21.77) Barthel index (Mean 20.91, SD 27.7) Glasgow Outcome Scale สูงสุด คะแนน 4 จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.09 Glasgow Coma Scale ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.91

ตารางที่ 4 สถิติผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (stroke fast track) จำแนกกลุ่มตาม LOS โรงพยาบาลขอนแก่น

รายละเอียด	**จำนวน (ราย)**	**ร้อยละ**	**CMI**
กลุ่ม A วันอยู่รักษาน้อยกว่า 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐาน	23	20.91	2.29
กลุ่ม B วันอยู่รักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินวันนอนมาตรฐาน	36	32.73	8.50
กลุ่ม C วันอยู่รักษามากกว่าวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์กลุ่ม	50	45.45	7.28
กลุ่ม D วันอยู่รักษามากกว่าจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์	1	0.91	29.37
รวมทั้งหมด	110	100.00	6.84

จากตารางที่ 4. ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม C ซึ่งมีระยะเวลาการรักษานานกว่ามาตรฐาน แต่ไม่เกินจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ ร้อยละ 45.45 รองลงมา คือกลุ่ม B วันอยู่รักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินวันนอนมาตรฐาน ร้อยละ 32.73 และกลุ่ม A วันอยู่รักษาน้อยกว่า 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐาน ร้อยละ 20.91 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (stroke fast track) จำแนกกลุ่มโรคตาม DRG

โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่ม DRG	DRG name	จำนวน (ราย)	LOS เฉลี่ย (วัน)	AdjRW เฉลี่ย	ค่ารักษาเฉลี่ย (บาท)
01551	Specific cerebrovascular disorders exc TIA w min CCC	43	5.84	2.15	30,062
01550	Specific cerebrovascular disorders exc TIA wo sig CCC	19	3.11	1.13	20,025
01021	Craniotomy except for trauma w min CCC	11	12.18	6.91	101,502
00100	Trach for oth condition w mech vent 96+ hr, no CC	8	62.25	23.28	343,234
00120	Tracheostomy or trach status w major procedure wo sig CCC	6	6.50	4.51	66,546
00101	Tracheostomy w mech vent 96+ hr w min CCC	5	45.20	25.62	314,609
01552	Specific cerebrovascular disorders exc TIA w mod CCC	4	5.25	3.64	44,838
01089	Intracranial vasc proc for PDx intracranial h'ge	3	14.00	14.39	141,639
01553	Specific cerebrovascular disorders exc TIA w maj CCC	3	9.67	4.54	62,021
00120	Tracheostomy or trach status w major procedure wo sig CCC	2	55.50	36.27	515,070
01139	Craniotomy (multiple)	2	29.50	16.67	233,766
01022	Craniotomy except for trauma w mod CCC	1	16.00	9.16	158,680
01023	Craniotomy except for trauma w maj CCC	1	21.00	13.09	114,939
01024	Craniotomy except for trauma, w catas CC	1	30.00	13.09	215,170
01554	Specific cerebrovascular disorders exc TIA w ext CCC	1	20.00	8.26	142,738
	รวมทั้งหมด	110	14.15	6.84	94,794

จากตารางที่ 5 สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (stroke fast track) จำแนกกลุ่มโรคตาม DRG โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า สูงสุดเป็นกลุ่ม DRG 01551 Specific cerebrovascular disorders exc TIA w min CCC จำนวน 43 ราย (LOS เฉลี่ย 5.84, AdjRW 2.15, ค่ารักษาเฉลี่ย 30,062) รองลงมาคือ กลุ่ม DRG 01550 จำนวน 19 ราย (LOS เฉลี่ย 3.11, AdjRW, 1.13, ค่ารักษาเฉลี่ย 20,025) และ DRG 01021 จำนวน 11 ราย (LOS เฉลี่ย 12.18, AdjRW, 6.91, ค่ารักษาเฉลี่ย 101,502) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 110 ราย มีข้อมูลสามารถวิเคราะห์ Case mix index ได้ดังนี้ อายุเฉลี่ย 63.52 ปี เพศหญิง

จำนวน 50 ราย ร้อยละ 45.45 มีประวัติปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 21 ราย, ร้อยละ 19.09 มีโรคร่วมมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 รายร้อยละ 54.55 การประเมินผล Barthel index, GOS, GCS, ความดันโลหิต และ Hypertensive emergency วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา พบมากในตำแหน่ง Supratentorial จำนวน 83 ราย, ร้อยละ 75.45, Intraventricular hemorrhage volume มากกว่า 30 มิลิลิตร จำนวน 36 ราย, ร้อยละ 32.73, Intraventricular hemorrhage จำนวน 59 ราย ร้อยละ 53.64 และ Modified Fisher Scale ระดับ 0 พบมากที่สุดถึง จำนวน 70 ราย ร้อยละ 60.64 ข้อมูลทางพบความเสี่ยงสูงเกิดอัตราการตายจำนวน 46 ราย, ร้อยละ 42.82

1. ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกและการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 63.52 ปี โดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด สอดคล้องกับแนวโน้มระบาดวิทยาทั่วโลกที่ชี้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิด Intracerebral Hemorrhage นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 19.09 มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยของ Ethnic/Racial Variations of Intracerebral Hemorrhage (ERICH) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณกับความเสี่ยงสำหรับการบริโภคแอลกอฮอล์และเลือดออกในสมอง (ICH) [13] ที่แสดงว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อความดันโลหิตและความแข็งแรงของหลอดเลือด อันเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิด Intracerebral Hemorrhage

2. จากข้อมูลภาพถ่ายทางรังสี พบว่าภาวะเลือดออกในสมองส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่ง supratentorial ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Dankbaar JW, ในปี 2021 ที่ระบุว่าภาวะเลือดออกจากความดันโลหิตสูงมักเกิดในบริเวณนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 32.73 มีปริมาตรก้อนเลือดเกิน 30 มิลลิลิตร ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่ไม่ดีและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น[14] นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 53.64 มีภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular Hemorrhage) ซึ่งทำให้การรักษาซับซ้อนขึ้นและส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตที่สูง (ร้อยละ 42.82) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมป้องกันให้ดูแลหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองดีกว่าการดูแลรักษาเมื่อเกิดโรคแล้ว

3. ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) พบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่สุดอยู่ในกลุ่ม C ซึ่งมีระยะเวลาการรักษานานกว่ามาตรฐาน แต่ไม่เกินจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ และพบว่าผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม เมื่อจัดกลุ่มโรคแล้วพบเป็นผู้ป่วยในกลุ่ม DRG 01551 Specific cerebrovascular disorders exc TIA w min CCC มากที่สุด การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงทีสามารถลดการนอนรักษาที่เกินความจำเป็นได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าในกลุ่ม DRG นี้ที่ค่า CMI 2.19 เท่ากัน ผู้ป่วยกลุ่ม B มีวันนอนเฉลี่ย 3.79 วัน ในขณะที่กลุ่ม C มีวันนอนเฉลี่ย 9.32 วันคิดเป็น 2.45 เท่าของกลุ่ม B จึงมีการพัฒนาโปรแกรม DRG Seeker ให้ทีมแพทย์สามารถบันทึกข้อมูลเพื่อดูค่า CMI เบื้องต้นและดูวันนอนมาตรฐานในกลุ่มโรคนั้นได้ เพื่อประกอบการวางแผนรักษาและวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาวิชาชีพ นอกจากนั้นยังมีการพัฒนาการบันทึกข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วย Stroke fast track ให้ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้

เป็นข้อมูลสนับสนุนแก่ผู้บริหาร ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น และต้องการผลลัพธ์ที่ดีกว่า โดยสามารถลดระยะเวลาการรักษาให้จัดอยู่ในกลุ่ม B ได้มากขึ้น โดยหาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในกลุ่ม C ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการกำหนดนโยบายตัวชีวัดองค์กรที่เหมาะสมซึ่งตัวชี้วัดองค์กร

ของโรงพยาบาลขอนแก่น กำหนดเป้าหมาย ค่า Case Mix Index มากกว่าหรือเท่ากับ 2.4, ร้อยละวันนอนนานเกินเกณฑ์ เป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ซึ่งเน้นการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การพัฒนาหน่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะทางและการสร้างเส้นทางการดูแลที่ครบวงจรเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา มีมาตรฐาน และช่วยลดภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรรับทราบข้อมูลค่า Case Mix Index ผ่านระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจุบัน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

2. เชิงนโยบาย ควรมีการส่งข้อมูลค่า Case Mix Index สู่ผู้บริหารโรงพยาบาลแต่ละระดับในการติดตามและกระตุ้นให้มีการพัฒนาศักยภาพร่วมกับการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามความเหมาะสมที่กำหนด

3. ผลการศึกษาพบผู้ป่วยในกลุ่ม C ที่เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดควรวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้วันนอนรักษายาวนาน ซึ่งมีระยะเวลาการรักษานานกว่ามาตรฐาน แต่ไม่เกินเกณฑ์ขยายเวลาการรักษามาเพื่อปรับปรุงปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. กองบริหารการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. กลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบตัวชี้วัดที่ 2.3 ในประเด็นค่า CMI. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.spo.moph.go.th/web/dict/images/ content_web/cmi57.pdf.
5. Tanasang N. คุณภาพของระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ในจังหวัดนครสวรรค์: Quality of Fast Track Service System for Acute Ischemic Stroke Patients in Nakhonsawan Province. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 -Reg 3 Med Public Health J. 2019;54–64.
6. Parente ST, McCullough JS. (2009). Health information technology and patient safety: evidence from panel data. Health Aff.28 (2): 357-60.
7. Mendelow AD, Gregson BA, Rowan EN, Francis R, McColl E, McNamee P, et al. Early Surgery versus Initial Conservative Treatment in Patients with Traumatic Intracerebral Hemorrhage (STITCH[Trauma]): The First Randomized Trial. J Neurotrauma. 2015 Sep; 32(17): 1312–23.
8. M M, W H, ChristensonPeter, SpellbergBrad. Impact of Hospital Variables on Case Mix Index as a Marker of Disease Severity. Popul Health Manag [Internet]. 2014 Feb 12 [cited2022Dec16];Availablefrom:https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2013. 0002
9. Nilanont Y, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Hanchaiphiboolkul S, Pimpak T, Tatsanavivat P, et al. Quality of Acute Ischemic Stroke Care in Thailand: Prospective Multicenter Countrywide Cohort Study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2014 Feb 1; 23:213–9.
10. รายงานสถิติประจำปี ปีงบประมาณ 2564. ขอนแก่น: กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567.
11. สมศรี วิริยะพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ โรงพยาบาลนครพนม.วารสารโรงพยาบาลนครพนม; 4(1): 86-93.

12. เนตรชนก บุญจร พ. บ. การพัฒนาการจัดการโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันผ่านช่องทางด่วน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารแพทย์เขต 4-5 [Internet]. 2563 [cited 2022 Feb9];39(4). Availablefrom: https://he02.tcithaijo.org/index.php/reg45/article/view/ 248346
13. ไพศาล ก. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเครือข่ายสุขภาพอำเภอพลจังหวัด ขอนแก่น. Udonthani Hosp Med J. 2017;25(1):11–25.
14. Dankbaar JW, de Rooij NK, Smit EJ, Velthuis BK, Frijns CJM, Rinkel GJE, et al. Changes in Cerebral Perfusion around the Time of Delayed Cerebral Ischemia in Subarachnoid Hemorrhage Patients. Cerebrovasc Dis. 2011;32(2):133–40.

รายงานผู้ป่วย การบูรณะฟันหน้าด้วยเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับครอบฟัน และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว ในผู้ป่วยที่สูญเสียการสบฟันในมิติแนวดิ่ง

Case report: Anterior teeth restoration by prefabricated post with crowns and temporary removable partial dentures in patient who loss of vertical dimension of occlusion.

(Received: February 24,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ดลฤดี มณีฉาย
Dolluedee Maneechay

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่สูญเสียฟันหลังในขากรรไกรบนและล่างจำนวนหลายซี่ ปรากฏสันเหงือกว่างด้านท้ายแบบที่ 1 ตามการจำแนกของเคเนดี้ ทำให้ผู้ป่วยใช้ฟันหน้าหรือฟันกรามน้อยในการเคี้ยวอาหาร ส่งผลให้ฟันหน้าและฟันกรามน้อยสึกร่วมกับสูญเสียมิติการสบฟันในแนวดิ่ง การบูรณะฟันหน้าจำนวนหลายซี่ ด้วยการปักเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับทำครอบฟันและทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวในผู้ป่วยที่สูญเสียมิติการสบฟันในแนวดิ่งนั้น ทันตแพทย์ต้องสร้างมิติการสบฟันในแนวดิ่งที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกร ทางคลินิกที่นิยมใช้คือการลองแท่นกัดขี้ผึ้งในปากและให้ผู้ป่วยออกเสียง ส หรือ ซ เพื่อถ่ายทอดมิติการสบฟันในแนวดิ่งและระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด เพื่อใช้อ้างอิงในการบูรณะครอบฟันหน้าและบูรณะฟันหลังด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้เป็นลำดับถัดไป รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้นำเสนอการบูรณะฟันซี่ 11 12 และ 21 ด้วยการปักเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับการทำครอบฟัน ในผู้ป่วยที่สูญเสียการสบฟันในมิติแนวดิ่ง ตลอดจนการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวบนและล่าง เพื่อให้เกิดความสวยงามและการใช้งานที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ครอบฟันหน้า, ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว, สูญเสียมิติสบฟันแนวดิ่ง

Abstract

Patients who have lost many posterior teeth in both the upper and lower jaws, often appeared a posterior edentulous ridge classified as Kennedy Classification Class I, As a result, they rely on their anterior teeth or premolars for chewing, leading to excessive wear on these teeth and a loss of vertical dimension of occlusion (VDO). Restoring many anterior teeth using prefabricated post and core systems in combination with dental crowns and temporary removable partial dentures in patients with lost VDO requires careful consideration. The dentist must establish the correct vertical dimension to prevent facial and jaw injuries. A commonly used clinical approach involves testing wax occlusion rims in the patient's mouth and having them pronounce the sounds "S" or "Z" to assess the closest speaking space, which serves as a reference for anterior crown restorations. This step is followed by posterior tooth replacement using removable partial dentures. This case report presents the restoration of teeth 11 12 and 21 using prefabricated post and core systems combined with dental crowns in a patient with vertical dimension loss. Additionally, temporary removable partial dentures were provided for both the upper and lower arches to improve function and aesthetics.

Keywords: Anterior dental crowns, temporary removable partial denture, loss of vertical dimension of occlusion

บทนำ

ผู้ป่วยที่สูญเสียฟัน มีรูปแบบการหายไปของฟันได้หลากหลายแบบ หากจำแนกการหายไปของฟันบางส่วน ตาม Kenedy classification สามารถแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1. Kenedy classification I พบการหายไปของฟันหลังทั้งสองข้างสันเหงือก

2. Kenedy classification II พบการหายไปของฟันหลังด้านเดียวของสันเหงือก

3. Kenedy classification III พบการหายไปของฟันบางตำแหน่ง และมีฟันเหลืออยู่ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของตำแหน่งฟันที่หายไป

4. Kenedy classification IV พบการหายไปของฟันบางตำแหน่งข้ามเส้นกึ่งกลางฟัน (Dental

midline) มักเกี่ยวกับการสูญเสียฟันหน้า และมีฟันหลังเหลืออยู่บนสันเหงือกด้านซ้ายและขวา

จากการศึกษารูปแบบการหายไปของฟันบางส่วนของ Nadia Al-Angari et al[1] ในปี 2020 พบความชุกของการสูญเสียฟัน รูปแบบ ที่ 1 2 3 และ 4 คือ ร้อยละ 45 23 26 และ 6 ตามลำดับ

การสูญเสียฟันหลังทั้งบนและล่างเป็นเวลานานโดยไม่ใส่ฟันเทียม ผู้ป่วยมักยื่นขากรรไกรล่างมาสบฟันบนบริเวณฟันหน้า เพื่อใช้เคี้ยวอาหาร ทำให้ฟันหน้าสึกแบบผิดปกติ ส่งผลให้สูญเสียมิติการสบฟันแนวดิ่งในเวลาต่อมา การวินิจฉัยผู้ป่วยที่สูญเสียมิติการสบฟันแนวดิ่ง มีวิธีประเมินหลายรูปแบบ[2] เช่น

1. การวัดและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยก่อนการถอนฟัน

2. การวัดมิติแนวดิ่งจากภาพรังสีกะโหลกศีรษะ (Cephalometric radiograph)

3. การวัดระยะปลอดการสบขณะพัก (interocclusal distance หรือ freeway space) มิติแนวดิ่งขณะพักหาได้โดยให้ผู้ป่วย “กลืนน้ำลาย” หรือออกเสียง “เอ็ม” หลาย ๆ ครั้งถ้ามีระยะปลอดการสบมากกว่า 4 มิลลิเมตร แสดงว่ามีการสูญเสียมิติการสบฟันแนวดิ่ง

4. การวัดมิติแนวดิ่งโดยการกลืน

5. การใช้วิธีการออกเสียง (Phonetics or speaking method) โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง “ส” หรือ“ซ” ซึ่งเป็นระยะห่างของฟันในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างที่น้อยที่สุดที่เกิดขณะพูด หากระยะนี้มีค่ามากกว่า1-2 มิลลิเมตร แสดงว่ามีการสูญเสียมิติการสบฟันแนวดิ่ง

6. การวัดความยาวของอวัยวะบนใบหน้า

7. การประเมินจากเค้ารูปเนื้อเยื่ออ่อนใบหน้า การวินิจฉัยผู้ป่วยที่สูญเสียมิติแนวดิ่งควรได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และให้การรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาหลังการบูรณะ เช่น วัสดุบูรณะฟันแตก ปวดกล้ามเนื้อใบหน้าหรือข้อต่อขากรรไกร การรักษาคือเพิ่มมิติแนวดิ่งให้กับผู้ป่วยด้วยการบูรณะฟันด้วยวัสดุบูรณะชนิดต่างๆ การทำครอบฟันและการทำฟันเทียม เป็นต้น

การบูรณะฟันผู้ป่วยที่สูญเสียฟันหลังทั้งขากรรไกรบนและล่าง รูปแบบที่ 1 Kenedy classification I ร่วมกับการพบฟันหน้าสึกหลายตำแหน่ง พบการสึกของฟันมากแบบกลุ่มที่ 1 (Tooth wear category I) ตามการหลักการในการประเมินของ Turner และ Missirlain[3] และพบการสูญเสียมิติการสบฟันแนวดิ่งร่วมด้วย การรักษาสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้คร่อมฟัน[4] (Overlay removable partial denture) ถือว่าเป็นวิธีที่รับความนิยม เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย ไม่เกิดการบาดเจ็บ ไม่แพง เมื่อเทียบกับการบูรณะฟันแบบติดแน่น แต่มีข้อจำกัดเรื่องความสวยงาม และเสี่ยงที่จะสึก แตกหรือหลุดออก จากฐานฟันเทียมหลังจากการใช้งาน นอกจากนี้ยังสามารถการบูรณะฟันหน้าที่สึกด้วยเดือยฟันและครอบฟัน ร่วมกับการบูรณะฟันหลังด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ซึ่งการบรูณะฟันด้วยฟันเทียมติดแน่น ข้อดี คือมีความสวยงามใกล้เคียงฟันธรรมชาติ แข็งแรง ทนทาน และมีประสิทธิภาพในการเคี้ยวใกล้เคียงฟันธรรมชาติ

เดือยฟัน คือ การเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับฟัน ด้วยการเจาะและปักวัสดุลักษณะเป็นแท่งยาวเข้าไปในคลองรากฟันที่ผ่านการรักษารากฟันมาแล้ว หลังจากนั้นทำการยึดเดือยฟันด้วยซีเมนต์ แบ่งเดือยฟันออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ เดือยฟันสำเร็จรูป (Prefabricated post) และ เดือยฟันที่สร้างขึ้นเฉพาะบุคคล (Custom post and core) มักทำจากโลหะหล่อผสม การบูรณะฟันที่ผ่านการรักษารากฟันมาแล้วทั้งฟันหน้า ฟันกรามน้อย และฟันหลัง หากเนื้อฟันที่เหลืออยู่เพียงพอ การปักเดือยฟันด้วยเดือยฟันสำเร็จรูป เป็นตัวเลือกที่สามารถทำได้สะดวกสบาย มีเดือยฟันให้เลือกหลายชนิด หลายยี่ห้อ โดยส่วนใหญ่ที่นิยมใช้ คือ เดือยฟันสำเร็จรูปคอมโพสิตเสริมเส้นใย (Fiber reinforced post) เพราะเดือยฟันชนิดนี้มีค่ามอดูลัสสภาพยืดหยุ่น

ใกล้เคียงกับเนื้อฟัน[5] ความเสี่ยงการแตกหักของรากฟันต่ำ

ครอบฟัน เป็นการบูรณะฟันที่ผุ แตก บิ่น สึก หรือรักษารากฟันมาแล้วโดยการใช้วัสดุที่เหมือนฟันคลุมฟันทั้งซี่ ในปัจจุบันวัสดุทำครอบฟันถาวรแบ่งออกเป็น 4 ชนิด[6] คือ

1. ครอบฟันเซรามิกล้วน (All porcelain crowns) นิยมใช้ทำครอบฟันหน้า เพราะสีสันสวยงามใกล้เคียงฟันธรรมชาติ นำความร้อนต่ำ แต่มีข้อเสีย คือ ราคาค่อนค้างสูง ครอบฟันเปราะ และทำให้ด้านบดเคี้ยวของฟันคู่สบสึกได้

2.ครอบฟันเรซิน (Resin crowns) นิยมใช้ทำครอบฟันชั่วคราว หรือใช้ในระหว่างรอครอบฟันถาวร ราคาถูก มีข้อเสีย คือ ความคงทนต่ำ อายุการใช้งานน้อย

3.ครอบฟันเซรามิกผสมโลหะ (Porcelain fused to metal crowns) สามารถใช้ได้ทั้งครอบฟันหน้าและฟันหลัง มีความแข็งแรงเนื่องจากมีโลหะเป็นโครงสร้างด้านใน อายุการใช้งานนาน และมีความสวยงามเพราะมีส่วนของเซรามิกเคลือบด้านนอก มีข้อเสียคือ หากกรอแต่งตัวฟัน (abutment) ไม่เพียงพอ อาจจะทำให้ส่วนที่เป็นเซรามิกแตกหักได้ หากใช้โลหะไร้ค่า (None-precious alloys) เป็นส่วนของโครงโลหะด้านใน ทำให้ขอบเหงือกสีดำคล้ำ ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ชอบเคี้ยวอาหารแข็ง

4.ครอบฟันโลหะล้วน (Full metal crown) นิยมใช้กับฟันหลัง มีความแข็งแรงทนทานสูง กรอแต่งเนื้อฟันน้อย มีข้อเสียคือ ขาดความสวยงาม

ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ คือ ฟันเทียมที่ทำขึ้นเพื่อทดแทนฟันบางตำแหน่งที่หายไป แบ่งประเภทตามวัสดุที่ใช้ทำ 3 ประเภท คือ

1.ฟันเทียมฐานโครงโลหะ (Cast Metal Removable Partial Denture) เป็นฟันเทียมที่มีฐานเป็นโลหะ สามารถยึดเกาะกับฟันซี่อื่น ๆ ได้ดี แนบไปกับตัวฟันและเหงือก จึงไม่เกิดความรำคาญขณะสวมใส่ มีความแข็งแรงค่อนข้างสูง ใช้งานได้ยาวนาน แต่บางครั้งอาจเห็นโครงเหล็กภายในปากได้

2. ฟันเทียมฐานอะคริลิก (Acrylic Removable Partial Denture) เป็นฟันเทียมที่มีฐานทำจากพลาสติก จัดเป็นฟันเทียมแบบชั่วคราว เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและปรับสภาพในการเคี้ยวอาหาร หรือใช้ในกรณีผู้ที่มีฟันหายไปไม่มาก มีน้ำหนักเบา ราคาถูกเมื่อเทียบกับฟันเทียมแบบอื่น ๆ แต่ฐานค่อนข้างหนา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญได้ มีโอกาสแตกหัก และแข็งแรงน้อยกว่าฟันเทียมฐานโลหะ

3.ฟันเทียมฐานยืดหยุ่น (Flexible Partial Denture) เป็นการทำฟันเทียมจากฐานพลาสติกที่มีความยืดหยุ่นสูง เหมาะสำหรับทดแทนฟันที่หายไปจำนวนน้อย มีลักษณะคล้ายกับฟันเทียมฐานอะคริลิก แต่มีความยืดหยุ่นมากกว่า สวมใส่ง่ายไม่รำคาญ และมีสีคล้ายเหงือก

การบูรณะฟันผู้ป่วยที่สูญเสียฟันหลังทั้งขากรรไกรบนและล่างร่วมกับการพบฟันหน้าสึกหลายตำแหน่ง มีหลายทางเลือกในการรักษา บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณะฟันด้วยการปักเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับการทำครอบฟันหน้าหลายซี่ (ซี่ฟัน12 11 และ 21) และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว ในผู้ป่วยที่สูญเสียการสบฟันในมิติแนวดิ่ง

วัตถุประสงค

เพื่อศึกษาการบูรณะฟันหน้าด้วยเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับครอบฟัน และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว ในผู้ป่วยที่สูญเสียการสบฟันในมิติแนวดิ่ง

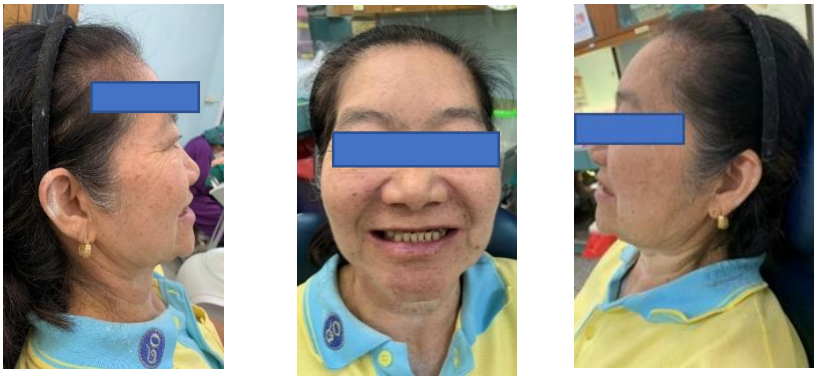
วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี ภูมิลำเนาอำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น มาพบทันแพทย์เพื่อถอนฟันหน้าและทำฟันเทียม ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสิ่งอื่นใด ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันฟันหน้าสึกมาก เนื่องจากสูญเสียฟันหลังมาเป็นระยะเวลานานผู้ป่วยใช้ฟันหน้าในการเคี้ยวอาหาร ไม่เคยมีประวัติปวดบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้าและขากรรไกร

ผลการศึกษา

การตรวจสภาพช่องปาก

การตรวจนอกช่องปาก (Extraoral examination) ใบหน้าด้านหน้าตรง มีลักษณะเป็นรูปเหลี่ยม(Square) มีความสมมาตรทั้งสองข้าง ลักษณะใบหน้าด้านข้างตรง (Straight) ขากรรไกรปกติ กดไม่เจ็บ ไม่มีเสียงผิดปกติบริเวณข้อต่อขากรรไกร



รูปที่1-3 แสดงภาพถ่ายนอกช่องปากก่อนการรักษาด้านขวา หน้าตรง และด้านซ้าย

การตรวจในช่องปาก (Intraoral examination)

- ผู้ป่วยเหลือฟันในช่องปาก 18 ซี่ มีฟันบน 9 ซี่ (16 13 12 11 21 22 23 25 26) ฟันล่าง 9 ซี่ (34 33 32 31 41 42 43 44 45)
- ฟันซี่ 12 11 และ 21 มีลักษณะสึกมากใกล้โพรงประสาทฟัน เนื้อฟันด้านที่เหลือน้อยสุดอยู่เหนือขอบเหงือก 2 มิลลิเมตร วัดความลึกร่องปริทันต์รอบตัวฟัน 12 11 และ 21 ได้ประมาณ 1 – 2 มิลลิเมตร บริเวณด้านท้ายของสันเหงือกบนและล่างพบการสูญเสียฟันหลังหลายซี่ จัดอยู่ในเคเนดี้ แบบที่ 1 (Kenedy classification I) ไม่มีปุ่มกระดูกทั้งขากรรไกรบนและล่าง พบการสูญเสียการสบฟันในมิติแนวดิ่ง (Loss of vertical dimension)
- ผู้ป่วยสูญเสียฟันหลัง ทั้งบนและล่าง ผู้ป่วยยื่นขากรรไกรล่างมาเคี้ยวบริเวณฟันหน้า ไม่เคยใส่ฟันเทียมมาก่อน
- การสบฟันที่ตำแหน่งสบสนิทที่สุด พบว่าฟันซี่ 12 สบกับฟันซี่ 43, ฟันซี่ 13 สบกับฟันซี่ 44 มีการสบเหลื่อมแนวราบ (Overjet) และสบเหลื่อมแนวดิ่ง (Overbite) 0 มิลลิเมตร
- ระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด (Closest speaking space) 4 มิลลิเมตร ระยะปลอดการสบ (Freeway space) 6 มิลลิเมตร
- ฟันซี่ 22 และ 16 เป็นตอฟัน ฟันซี่ 23 มีลักษณะสึกมาก ถึงระดับโพรงประสาทฟันร่วมกับการเคลื่อนของตัวฟันไปทางด้านไกลกลาง (Distal shift) เนื้อฟันด้านที่เหลือน้อยสุดอยู่ระดับเดียวกันกับขอบเหงือก ฟันซี่ 26 ผุด้านบดเคี้ยวและด้านประชิดใกล้กลาง ฟันซี่ 33 34 มีลักษณะสึกกร่อนคล้ายถ้วย (Cupping erosion) ฟันซี่ 34 44 พบคอฟันสึก
- สภาวะปริทันต์ พบเหงือกอักเสบ และหินน้ำลายระดับน้อย

รูปที่ 4-8 แสดงรูปถ่ายในช่องปากก่อนการรักษา ด้านบดเคี้ยวของขากรรไกรบน ด้านบดเคี้ยวของขากรรไกรล่าง การสบฟัน การสบฟันด้านขวา การสบฟันด้านซ้าย

การตรวจทางรังสี(Radiology examination) พบว่าฟัน 12 11 และ 21 ไม่พบมีพยาธิสภาพปลายรากฟัน ขอบกระดูกเบ้าฟันมีลักษณะต่อเนื่อง (Intact lamina dura) ไม่พบการละลายตัวของกระดูกรองรับเบ้าฟันทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง (Horizontal and vertical bone loss) สัดส่วนความยาวตัวฟันต่อรากฟัน (Crown root ratio) ประมาณ 1:2

รูปที่ 9 แสดงภาพถ่ายรังสีฟันเริ่มต้น (Original film) ฟันซี่ 12 11 และ 21

การวินิจฉัย

- ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีการสึกของฟันอย่างมาก โดยมีการสูญเสียมิติแนวดิ่งขณะสบฟัน (Category I : excessive wear with loss of vertical dimension of occlusion) ตามการจัดกลุ่มของ Turner KA. และ Missirlian DM
- ขากรรไกรบนสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification I modification 2
- ขากรรไกรล่างสูญเสียฟันจัดอยู่ในกลุ่ม Kennedy classification I
- Normal edentulous area 17 15 14 24 27 35 36 37 46 47
- 16 22 Chronic apical abscesses
- 34 44 Cervical abrasions
- 26 Dental caries

การวางแผนการรักษา

จากการตรวจสภาพช่องปากของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบปัญหาที่ตรวจพบและร่วมกันเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แผนการรักษาที่วางไว้ประกอบด้วย

1. เตรียมช่องปาก
2. การบูรณะฟัน 12 11 และ 21 และการหาระยะสบฟันในแนวดิ่ง
3. ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว

การรักษา

1. ขั้นตอนการเตรียมช่องปาก

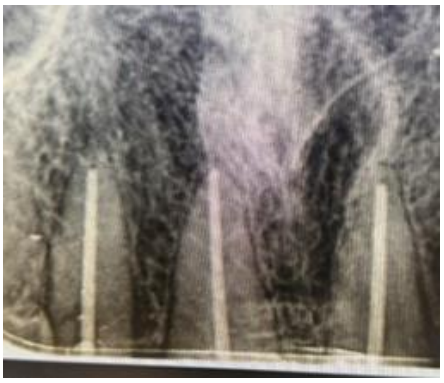
ครั้งที่ 1 : ตรวจประเมินสภาพร่างกาย ตรวจประเมินสภาพในช่องปาก ถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟัน 12 11 และ 21 วินิจฉัยและวางแผนการรักษา ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน 16 22 และ 23

ครั้งที่ 2 : อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 26OM, 33MID, 34O,B 44B,

2. ขั้นตอนการบูรณะฟัน 12 11 และ 21และการหาระยะสบฟันในแนวดิ่ง

ครั้งที่ 3 : รักษารากฟัน 12 11 21 ขั้นตอนการกรอเปิดเข้าสู่โพรงฟัน (OC : opening the canal) การวัดความยาวรากฟัน (LT : Length of the tooth) และการขยายคลองรากฟัน (MI : Mechanical instrumentation)

ครั้งที่ 4 : รักษารากฟัน 12 11 21 ขั้นตอนลองวัสดุอุดคลองรากฟัน (TMC : Trying main gutta percha cone) การอุดคลองรากฟัน (FRC : Filling root canal)



รูปที่ 10-11 แสดงภาพการหาความยาวรากฟันและการลองวัสดุอุดคลองรากฟัน 12 11 และ 21

ครั้งที่ 5 : การเตรียมคลองรากฟัน (Canal preparation) 12 11 และ21 เจาะเตรียมคลองรากฟันสำหรับปักเดือยฟันสำเร็จรูป ระยะการทำงาน 8, 9 และ 9 มิลลิเมตร ตามลำดับ ใช้เดือยฟันสำเร็จรูปยี่ห้อ Dentoclic ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.2 , 1.4 และ 1.4 มิลลิเมตร ที่ซี่ 12 11 และ 21 ตามลำดับ ยึดเดือยฟันและก่อแกนฟัน (Core build up) ด้วยเรซินซีเมนต์ ยี่ห้อ Spident Core it® Dual Cured Build Up Flowable Composite สีฟ้า

ในครั้งนี้ได้ทำการพิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยวัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์แบบไม่ผันกลับ ด้วยถาดพิมพ์ปากสำเร็จรูป เพื่อทำแบบจำลองฟันและเตรียมส่งทำขี้ผึ้งแท่นกัดฟัน

ครั้งที่ 6 : หาระยะสบฟันแนวดิ่ง โดยให้ผู้ป่วยกัดขี้ผึ้งแท่นกัด ให้ผู้ป่วยออกเสียง ส เสือ (/s/sound) เพื่อหาระยะปลายฟันหน้าใกล้สุดขณะพูด ให้ผู้ป่วยออกเสียง ฟ ฟัน (/f/ sound) เพื่อหาตำแหน่งปลายฟันหน้าบน เมื่อทราบระยะสบฟันในแนวดิ่งจากการพูดและออกออกเสียงแล้ว บันทึกการสบฟันด้วย Alu

wax จากนั้นเลือกสีฟันเทียม shade 3F ยี่ห้อ Majordent ส่งแล็บเรียงฟันโดยเว้นการเรียงฟันหน้าซี่ 12 11 และ 21

ครั้งที่ 7 : ลองฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวบนและล่าง พร้อมกับกรอเตรียมฟัน (abutment)12 11 21 พิมพ์ปากฟันซี่ 12 11 21 เทคนิค double impression ด้วยวัสดุซิลิโคนชนิด Putty ร่วมกับ light body พิมพ์คู่สบฟันล่างทับฟันเทียมบางส่วนถอดได้ที่ใช้ลองฟัน วัสดุพิมพ์ปากไฮโดรคอลลอยด์แบบไม่ผันกลับ บันทึกการสบฟันด้วยวัสดุโพลีอีเทอร์ เลือกสีครอบฟัน ซี่ 12, 11และ 21 โดยใช้ Vita Toothguide 3D-Master® สี 2L1.5 ตำแหน่งปลายฟันและตัวฟัน (incisal and middle third) สี 2L2.5 ตำแหน่งคอฟัน (cervical third)

รูปที่ 12-13 แสดงภาพการเตรียมฟันซี่ 12 11 และ 21

รูปที่ 14-16 แสดงภาพรูปการแต่งขี้ผึ้งครอบฟัน 12 11 21 การสบฟันด้านขวา การสบฟัน การสบฟันด้านซ้าย

ครั้งที่ 8 : ลองฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวพร้อมกับการลองใส่ครอบฟัน 12 11 และ 21 เลือกครอบฟันโลหะเคลือบกระเบื้อง (Porcelain Fuse to metal) ตรวจสอบรูปร่าง ความสวยงาม ความแนบของครอบฟัน ถ่ายภาพรังสีครอบฟัน เมื่อผู้ป่วยพึงพอใจ ยึดครอบฟันถาวร 12 11 และ 21 ด้วย Zinc Phosphate cement

รูปที่ 17-18 แสดงภาพการ x-ray ลองครอบฟัน 12 11 21 และภาพแสดงการลองครอบฟันพร้อมกับการลองใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว

2. ขั้นตอนการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราว

ครั้งที่ 9 : ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ตรวจสอบพบว่าบริเวณฐานฟันเทียม ฟันซี่ 12 11 และ21 ไม่แนบสนิท ทำการซ่อมฐานฟันเทียมบน (Reline) ข้างเก้าอี้ทันตแพทย์ (Chair side) ด้วยอะคริลิกชนิดบ่มตัวเอง (Self-cure acrylic resin)

ผลการรักษา

รูปที่ 19-22 แสดงรูปถ่ายในช่องปากภายหลังการบูรณะฟัน 12 11 และ 21 ด้วยการปักเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับการใส่ครอบฟัน การสบฟันด้านขวา การสบฟัน การสบฟันด้านซ้าย ด้านบดเคี้ยวของขากรรไกรบน

รูปที่ 23-27 แสดงรูปถ่ายในช่องปากภายหลังการบูรณะฟัน 12 11 และ 21 ด้วยการปักเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับการใส่ครอบฟันและฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวบนและล่าง ด้านบดเคี้ยวของขากรรไกรบน การสบฟันด้านขวา การสบฟันด้านซ้าย การสบฟัน ด้านบดเคี้ยวของขากรรไกรล่าง

รูปที่ 28-30 แสดงภาพถ่ายนอกช่องปากหลังการรักษา ด้านขวา หน้าตรง และด้านซ้าย

รูปที่ 31-32 แสดงภาพถ่ายรอยยิ้มก่อนรักษาและหลังการรักษา

รูปที่ 33-34 แสดงภาพก่อนรักษาและหลังการรักษา

ผลการติดตาม ผลการรักษา

นัด recheck ครั้งที่ 1หลังใส่ฟันเทียม 1 วัน ผู้ป่วยแจ้งว่าเจ็บบริเวณฐานฟันเทียมชั่วคราวล่างด้านซ้าย (Buccal flange) ตรวจพบรอยแดง กดเจ็บ ทำการกรอแก้ไข นัด recheck ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 1สัปดาห์ และ ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 3 เดือน ตรวจครอบฟัน 12 11 และ 21 สภาวะปริทันต์ปกติ ไม่พบเหงือกอักเสบ ตรวจเช็คฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวบนและล่าง ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารได้ปกติ ไม่พบรอยแดง หรือ

การกดเจ็บ ไม่ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อใบหน้าและขากรรไกร

นัด recheck ครั้งที่ 4 ระยะเวลา 6 เดือน ครอบฟัน 12 11 และ 21 สภาวะปริทันต์ปกติ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวบนและล่างตะขอยึดฟันปลอมหลวมเล็กน้อย ทำการดัดตะขอแก้ไข ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารได้ปกติ ไม่พบรอยแดง หรือการกดเจ็บไม่ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อใบหน้าและขากรรไกร ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการใช้ฟันเทียมมากขึ้น สามารถปรับตัวในการเคี้ยวอาหารด้วยฟันหลังได้ดี

สรุปผลการรักษาผู้ป่วย

หลังจากให้ผู้ป่วยได้รับการบูรณะฟันหน้า12 11 และ 21ด้วยการรักษารากฟัน ปักเดือยฟันสำเร็จรูปและครอบฟัน ร่วมกับการใช้งานฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวบนและล่าง ติดตามการรักษา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยยิ้มกว้างอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจทั้งในเรื่องความสวยงาม การยิ้ม การออกเสียง และการบดเคี้ยว ฟันเทียมใช้งานได้ดี คุ้นชินกับการเคี้ยวอาหารด้วยฟันหลัง ไม่มีอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า ไม่มีอาการเจ็บข้อต่อขากรรไกร หลังจากนี้ได้วางแผนนัดทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานโครงโลหะให้ผู้ป่วยต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การบูรณะฟันหน้าด้วยครอบฟันนั้น การวางแผนการรักษาสามารถทำได้ทั้ง ครอบฟันเซรามิกล้วน และครอบฟันเซรามิกผสมโลหะ หากพิจารณาทั้งความสวยงาม ความคงทน และราคา สามารถเลือกใช้ครอบฟันชนิดเซรามิกผสมโลหะในการบูรณะได้ ครอบฟันหน้าชนิดเซรามิกผสมโลหะร้อยละ 97 อายุการใช้งานนาน 10 ปี ส่วนใหญ่ความล้มเหลวเกิดบริเวณฟันหน้าถึง ร้อยละ 65 ใน traumatic zone ซึ่งปรากฏในการเคี้ยวแบบนอกศูนย์สบฟัน[7] (Eccentric occlusion) สอดคล้องกับการศึกษาของ Naumann M et al[8] ศึกษาฟันหน้าที่บูรณะด้วยเดือยฟันสำเร็จรูป พบอัตราความล้มเหลวของฟันหน้ามากกว่าฟันหลังประมาณ 2.5 เท่า มีข้อสันนิษฐานว่าฟันหน้าที่ได้รับการรักษารากฟันมีเนื้อฟันเหลืออยู่น้อยกว่าฟันหลัง รวมถึงฟันหน้ารับแรงบดเคี้ยวนอกศูนย์สบฟันมากกว่า จึงส่งผลให้เกิดความล้มเหลวได้มากกว่า การรักษาควรทำด้วยความระมัดระวัง และต้องตรวจสอบการสบฟันนอกศูนย์สบฟันให้กับผู้ป่วยด้วย การรักษาในผู้ป่วยรายนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงที่สามารถเกิดขึ้นและข้อควรระวังในการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการใช้งานระยะยาว

ด้วยปัจจัยเรื่องราคาครอบฟันเซรามิกล้วน มีราคาค่อนข้างแพง จึงตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเลือกครอบฟันเซรามิกผสมโลหะ ในการบูรณะฟันหน้า 12 11 และ 21 ชนิดโครงโลหะที่ใช้คือโลหะไร้ค่า (None-precious alloys) ทำให้เกิดรอยดำบริเวณขอบเหงือกได้ ดังนั้นจึงมีการประเมินลักษณะรอยยิ้มของผู้ป่วย (Smile line) มีวิธีการจำแนกหลายรูปแบบ กรณีใช้ลักษณะขอบเหงือกและริมฝากบนจำแนกเป็นความสัมพันธ์ริมฝีปากบนกับเส้นระดับรอยยิ้ม แบ่งเป็น 3 ระดับ[9] คือ 1.ยิ้มเห็นเหงือกมากกว่า 2 มิลลิเมตร (Hight smile line) 2. ยิ้มพอดีคอฟัน (Average smile line) 3. ยิ้มเห็นต่ำกว่าคอฟัน (Low smile line) เมื่อประเมินลักษณะรอยยิ้มของผู้ป่วยรายนี้ อยู่ในระดับยิ้มเห็นต่ำกว่าคอฟันปรากฏเฉพาะฟันไม่ปรากฏเหงือกสามเหลี่ยม การใช้โครงครอบฟันด้วยโลหะไร้ค่าจึงไม่ส่งผลต่อรอยยิ้ม และรอยดำบนขอบเหงือกที่สามารถปรากฏได้ในอนาคต

เดือยฟันสำเร็จรูป มีวัสดุให้เลือกหลากหลาย ทั้งโลหะ (metallic prefabricated post) กระเบื้องเคลือบ (porcelain post) หรือเซอร์โคเนีย (Zirconia post) และคอมโพสิตเสริมเส้นใย (fiber reinforced post) ซึ่งผลิตมาเพื่อลดขั้นตอนในการทำงานสะดวกสบาย คุณสมบัติคล้ายกับเดือยฟันที่สร้างขึ้นเฉพาะบุคคลที่ทำจากโลหะหล่อผสม มีความแข็งแรงในการยึดเกาะกับผนังคลองรากฟันมากกว่าเดือยฟันสำเร็จรูป[10] มีมอดูลัสความยืดหยุ่นและความแข็งสูง ทำให้เสี่ยงต่อการแตกหักของรากฟันสูงกว่าเดือยฟันสำเร็จรูป[11] ความยาวของเดือยฟันมีผลต่อการยึดอยู่กับผนังคลองรากฟัน อย่างน้อยความยาวของเดือย

ฟันควรเท่ากับความยาวของส่วนตัวฟัน (Clinical crown length) หรือควรเท่ากับสองในสามของความยาวรากฟัน หรือควรมีความยาวอย่างน้อยเท่ากับหรือมากกว่าความยาวตัวฟัน หรืออย่างน้อยที่สุดครึ่งหนึ่งของความยาวเดือยฟันควรมีกระดูกเบ้าฟันล้อมรอบ ความยาวเดือยฟันในเคสผู้ป่วยรายนี้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ในอดีตมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงมิติการสบฟันในแนวดิ่งให้กับผู้ป่วยที่สูญเสียมิติแนวดิ่งในการสบฟันนั้น ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณข้อต่อขากรรไกร เจ็บปวดบริเวณกล้ามเนื้อบนใบหน้า ปวดหัว บางการศึกษาไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าการเปลี่ยนมิติการสบฟันในแนวดิ่งให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความผิดปกติ (Temporomandibular disorders; TMD)[12] ในหลายการศึกษา[13,14] แนะนำว่าการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวฐานอะคริลิก เพื่อหาระยะสบฟันและสร้างมิติการสบฟันในแนวดิ่งให้ผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยฟันเทียมถาวรชนิดอื่น ช่วยลดอาการผิดปกติบริเวณใบหน้า-ขากรรไกรได้ ซึ่งการใส่ฟันเทียมดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อประเมินและเพิ่มมิติแนวดิ่งขณะสบฟัน การเลือกฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวฐานอะคริลิก ในการทำฟันเทียมผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากราคาถูก การทำความสะอาดฟันปลอมง่ายและใช้เวลาสร้างชิ้นงานสั้นและต้องการปรับพฤติกรรมการบดเคี้ยวอาหารให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการใช้ฟันหลัง เพื่อประเมินระยะการสบฟันในแนวดิ่งที่สร้างขึ้นส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า มีความเมื่อยล้าหรือเกิดการบาดเจ็บข้อต่อขากรรไกรหรือไม่ เพื่ออนาคตสามารถใช้เป็นระยะอ้างอิงในการทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานโครงโลหะต่อไป ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชั่วคราวฐานอะคริลิกมีข้อควรระวัง คือ มีความแข็งแรงต่ำ ฟันเทียมดูดสีและกลิ่น อายุการใช้งานน้อย ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวต่ำกว่าฟันเทียมชนิดอื่น ทันตแพทย์ควรให้คำแนะนำการใช้งานเพิ่มเติม เพื่อผลสำเร็จของการรักษาในอนาคต

บทสรุป

ผู้ป่วยที่สูญเสียฟันหลัง ฟันหน้าสึก พบการสูญเสียมิติการสบฟันในแนวดิ่ง การสร้างมิติสบฟันในแนวดิ่งใหม่ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย ปัจจุบันการบูรณะฟันด้วยเดือยฟันสำเร็จรูป ครอบฟัน และฟันเทียมบางส่วนถอดได้ มีวัสดุให้เลือกมากมายขึ้นอยู่กับปัจจัยและข้อจำกัด เหตุผลประกอบการตัดสินใจหลายอย่างร่วมกัน เช่น ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย ทั้งทันตแพทย์และผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา อนุญาตให้นำภาพถ่ายและข้อมูลการรักษามาเผยแพร่ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Al-Angari N, Algarni S, Andijani A, et al. Various classes of removable partial dentures: A study of prevalence among patients attending a dental and educational institute in Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Dental Journal. 2021;33:656-660.
2. ตุมราศวิน วัชรศักดิ์ และ นับดี สุดารัตน์ (2015) "การวินิจฉัยและการประเมินมิติแนวดิ่ง," Chulalongkorn University Dental Journal: Vol. 38: Iss.2, Article 7.
3. Turner KA, Missirlian DM. Restoration of the extremely worn dentition. J Prosthet Dent 1984;52(4): 467-474.
4. สิปภาภัค อินแหลง และ พิสัยศิษฎ์ ชัยจรีนนท์. การเพิ่มมิติในแนวดิ่งด้วยเรซินคอมโพสิตออนเลย์โดยอ้อม ในงานฟื้นฟูสภาพช่องปาก : รายงานผู้ป่วย Increasing Vertical Dimension with Indirect Resin Composite Onlay for Full Mouth Oral Rehabilitation : A Case Report. ทันตสาร 2563; 41(2) : 159-174.

5. Plotino G, Grande NM, Bedini R, Pameijer CH, Somma F. Flexural properties of endodontic posts and human root dentin. Dent Mater 2007; 23: 1129-1135.
6. ภัทริน ผลเจริญ. (2021) รายงานผลการศึกษาผู้ป่วยเรื่อง: การบูรณะฟันที่ผ่านการรักษาคลองรากฟันด้วยการปักเดือยฟันสำเร็จรูปร่วมกับการทำครอบฟันเซรามิกพร้อมปรับรูปร่างของฟัน. Udonthani Hospital Medical Journal. Vol. 29: Iss.3.
7. Schwass DR, Lyons KM, Purten DG. How long will it last? The expected longevity of prosthodontic and restorative treatment. New Zealand Dental Journal. 2013; Sep :98-105.
8. Naumann M, Blankenstein F, Kiessling S,Dietrich T. Risk factors for failure of glass fiber reinforced composite post restorations: a prospective observational clinical study. European journal of oral sciences. 2005;113(6):519-24.
9. Al-Juboori MJ, Al-Juboori AJ, Wen TM, et al. The relationship between the lip length and smile line in a Malaysian population: A cross-sectional study. Dental, Oral and Craniofacial Research. 2017; Vol 3(4): 1-5.
10. Choudhary S, Begum Z, Choudhary P, et al. Comparative evaluation of retention of prefabricated and conventional cast post: An in vitro study. Original Article. 2014; Vol.4, No. 2
11. Fokkinga WA, Kreulen CM, Vallittu PK. A structured analysis of in vitro failure loads and failure modes of fiber, metal and ceramic post and core systems. Int J Prosthodontic 2004;17(4): 476-482.
12. Moreno-Hay I, Okeson JP. Does altering the occlusal vertical dimension produce temporomandibular disorders? a literature review. J Oral Rehabit 2015; 42(11): 875-882.
13. Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. J Oral Rehabil 2008; 35(7): 548-566.
14. De Boever JA, Carlsson GE, Klineberg IJ. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part II: Tooth loss and prosthodontic treatment. J Oral Rehabil 2000; 27(5): 647-659.

การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชา : กรณีศึกษา

Nursing care of depression with suicide attempt due to cannabinoid use: Case study

(Received: February 25,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

กัลยามาศ แจ่มกลาง[1]
Kanyamat Jamklang[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชา โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นชายไทย อายุ 22 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาที่รพ.โนนสูงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 มารดาให้ประวัติว่า 1 วันจะทำร้ายตนเองด้วยการผูกคอ เมื่อ 5 วันก่อน กรีดข้อมือขวา ไม่ได้รักษาที่ไหนมาก่อน 1 ปีเครียด คิดมาก นอนไม่หลับ คบเพื่อนกลุ่มใช้สารเสพติด สูบกัญชา 1 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ผลตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ

ผลการศึกษา : ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q= 8 คะแนน 8Q= 26 คะแนน แพทย์วินิจฉัย Major depressive disorder with severe suicidal idea แพทย์พิจารณาให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลโนนสูง Suicidal precaution รักษาด้วยยา Nortrip (25) 1x1 hs , Fluoxetine(20) 1x2 pc , Clonazepam (0.5) 1x1 hs การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองซ้ำโดยประเมินอาการ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สอนให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อตนเองไปสู่อนาคต สร้างความตระหนักรู้โทษของกัญชาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ประเมินการใช้สารเสพติดโดยใช้ทฤษฎี stages of change เสริมแรงจูงใจในการบำบัด โดยการให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและทบทวนเป้าหมายระยะยาวตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Stage of change ของผู้ป่วยอยู่ในขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติด แต่ไม่มั่นใจว่าจะเลิกได้ เพราะยังติดเพื่อนอยู่ ได้มีการวางแผนการจำหน่ายแนวทาง D-METHOD ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ขณะรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 นัดมาตรวจที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลโนนสูงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่ใช้สารเสพติด ผลตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะผลเป็นลบ

คำสำคัญ : ซึมเศร้าพยายามทำร้ายตนเอง,เสพกัญชา,การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care of depression with suicide attempt due to cannabinoid use. The male patient 22 year olds. General employee, Occupation. visited to In Patient Department in Nonsung Hospital on 8 November 2024. Mother gives history that One day Suicidal attempt by hanging. 5 days ago, He cut his right wrist. Haven't had treatment anywhere before. 1 year of stress, thinking too much, unable to sleep, hang out with friends who using drugs, smoking cannabis for 1 year. No underlying disease. Urine test results did not find any drugs in the urine.

Result : Depression assessment 9Q= 8 points, 8Q= 26 points. Diagnosis : Major depressive disorder with severe suicidal idea. Doctors considered him to be admitted to Non Sung Hospital for treatment. Suicidal precaution. Treat with Nortrip (25) 1x1 hs , Fluoxetine(20) 1x2 pc , Clonazepam (0.5) 1x1 hs. Nursing care to monitor for repeated self-harm by evaluating symptoms. Depression and the risk of self-harm. Build a therapeutic relationship. Nursing care to take medicine according to the doctor's treatment plan. Make the environment safe. Teach the patient to recognize negative automatic thoughts. Encourage patients to shift their view of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง

themselves towards the future. Raise awareness of the dangers of cannabis to prevent relapse into use. Assess substance use using stages of change theory. Enhance motivation for therapy By giving advice on problems that patients need help with and reviewing long-term goals step by step. Behavioral change. The patient's stage of change is in the stage of realizing that there is a problem (Contemplation stage) . Knowledgeable about cannabis and drugs But I'm not sure I can quit. Because I still have friends. Discharge plans have been made with D-METHOD guidelines to educate relatives and patients upon return home. While in the hospital, the patient did not injure himself again. Doctors allowed him to go home on November 11, 2024. Make an appointment to Follow up at the mental health clinic. Non Sung Hospital, November 25, 2024. Patients come for checkups according to their appointments. Take medicine continuously. No thoughts of harming yourself. Do not use drugs. Urine drug test results were negative.

Keywords : Depression, Suicidal attempts, cannabis use, nursing

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจของบุคคลต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ เศร้าใจ เสียใจ หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จึงทำให้เกิดความแปรปรวน ด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม โดยเป็นติดต่อกันนานมากกว่า 2 สัปดาห์ จนความแปรปรวนเหล่านั้นนำไปสู่การพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในที่สุด เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่มีผลกระทบต่อประชากรโลกสูง เนื่องจากเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามักจะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ สุขภาวะ คุณภาพชีวิต ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับดัชนีภาระโรค (Burden of Disease) เป็นลำดับที่ 3 มีการคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2570) โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นลำดับที่ 1 ของปัญหาสุขภาพทั้งหมด ในประเทศไทยมีการจัดลำดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชาชนชาวไทยในปี 2562 พบว่าโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 9 ในเพศชาย และเป็นลำดับที่ 4 ในเพศหญิง ด้วยความรุนแรงของโรคทำให้พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20-35 ผู้ป่วยซึมเศร้ามีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) การมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal idea) 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) 3) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide) และ 4) การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยมีเป้าหมายอื่นที่ไม่ใช่การเสียชีวิต (suicidal gesture)[1]

การใช้กัญชาในผู้ป่วยซึมเศร้า กัญชาเป็นพืชที่มีผลออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นพืชเสพติดที่มีการผลิตและมีผู้บริโภคแพร่หลายเนื่องจากนำมาใช้เพื่อระงับอาการเจ็บปวด ผลกระทบจากการเสพกัญชาจากการศึกษาวิจัย พบว่ากัญชาเป็นยาเสพติดอีกชนิดหนึ่ง ที่มีอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพมากเกินกว่าที่คาดคิด อาทิเช่น ทำลายสมรรถภาพทางกายผู้เสพกัญชาในปริมาณมาก ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมจนไม่สามารถประกอบกิจการงานใดๆ ได้ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้แรงงาน ความคิดและการตัดสินใจรวมทั้งจะมีลักษณะการหมดแรงจูงใจของชีวิตจะไม่คิดทำอะไรเลย อยากอยู่เฉยๆ ไปวันๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการทำงานเป็นอย่างมากทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานเสื่อมลงหรือบกพร่อง ร่างกายจะอ่อนแอและติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ทำลายสมอง การเสพกัญชาแม้เพียงระยะสั้น ทำให้ผู้เสพบางรายสูญเสียความทางจำ เพราะฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้

สมองและความจำเสื่อม เกิดความสับสน วิตกกังวล และหากผู้เสพเป็นผู้มีอาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงมากกว่าคนปกติทั่วไป ฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้ผู้เสพมีอาการเลื่อนลอย ฝันเฟื่อง ความคิดสับสน และมีอาการประสาทหลอน จนควบคุมตนเองไม่ได้ซึ่งถ้าเสพเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีอาการจิตเสื่อมนอกจากผลร้ายที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ[2] การใช้กัญชาอาจก่อให้เกิดผลกระทบอันตรายต่อสุขภาพ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่ใช้ประมาณ 1.2 เท่า และมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าคนไม่ใช้[3]

ปริมาณผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด จากข้อมูลการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมระหว่างปี 2561–2566 มีจำนวน 467,085 คน , 905,286 คน, 1,092,113 คน, 1,118,986 คน, 1,287,386 คน, และ 1,299,350 คน ตามลำดับ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและใกล้บ้านใกล้ใจในชุมชน โดยจากสถิติอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมระหว่างปี 2561–2566 จำนวน 1,313 คน, 1,528 คน 1,704 คน, 1,833 คน, 2,247 คน และ 3,190 คน[4] จากแนวโน้มที่สูงขึ้นของจำนวนผู้ป่วยร่วมกับความซับซ้อนของโรคและผลกระทบที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น คือ มีการใช้สารเสพติดร่วมกับมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชา เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุม ตลอดจนนำผลการศึกษามาพัฒนาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชาในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับการเสพกัญชา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาที่รพ.โนนสูงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2568 ด้วย 1 ปีที่ผ่านมาเครียด คิดมาก นอนไม่หลับ 5 วันก่อนกรีดข้อมือข้างขวา 1 วันจะทำร้ายตนเองด้วยการผูกคอ มารดานำส่งโรงพยาบาล ประวัติสูบกัญชา ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพ้ยา ผลการตรวจทางด้านร่างกาย สัญญาณชีพปกติ ระดับออกซิเจนในเลือดปกติ พบมีรอยกรีดที่ข้อมือขวา ขนาดยาว 1 นิ้ว แผลหายแล้ว รอยแผลแดง ผลการตรวจทางระบบประสาท ปกติ : E4V5M6, pupil 2mm RTLBE, motor gr V all, no dysarthria, no facial palsy ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Amphetamine (Urine) : ผลลบ Marijuana (Cannabinoid)(Urine) : ผลลบ ผลตรวจปัสสาวะ : ปกติ ผลตรวจเลือด : CBC , BUN , Creatinine, Electrolyte , Liver Function test ปกติ ผลตรวจเอกซเรย์ปอดและตรวจคลื่นหัวใจปกติ ผลการตรวจและประเมินทางจิตวิทยา พบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q = 2 คะแนน ผล Positive ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q= 8 คะแนน Mild depressive , 8Q= 26 คะแนน Severe Suicide Idea แพทย์วินิจฉัย Major depressive disorder with severe suicidal idea พิจารณาให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลโนนสูง

ผลการศึกษา

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ : ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างผอมสูง ผิวคล้ำ ผมดำสั้น น้ำหนัก 51.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร สัญญาณชีพ

อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/79 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนัง มีรอยแผลที่ข้อมือข้างขวา ขนาดยาว 1 นิ้ว แผลหายแล้ว รอยแผลแดง ไม่มีจ้ำเลือดที่ผิวหนัง ศีรษะไม่มีบาดแผล ผมสีดำสั้น ใบหน้าไม่มีบิดเบี้ยว บริเวณใบหน้าไม่มีบาดแผล ไม่มีอวัยวะผิดรูป หรือข้อบวม การเดินปกติ

การประเมินสภาพจิต วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 : การรับรู้ปกติ ผู้ป่วยจะอยู่ในอารมณ์เศร้า สีหน้าเรียบเฉย ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยเวลาพูดคุยสอดคล้องกับเหตุการณ์ รูปแบบการคิด ผู้ป่วยมีความคิดไม่สมเหตุสมผลเนื่องจากเวลาเครียด มีปัญหา จะเก็บไว้คนเดียว ออกไปหาเพื่อน ใช้สารเสพติด ในความไวของการคิด ผู้ป่วยมีความคิดช้า ตอบคำถามช้าบ้างบางครั้ง การใช้ภาษา ผู้ป่วยใช้ภาษาที่ตรงไปตรงมา สัมพันธ์และสอดคล้องกันดี การประเมิน Insight จากการพูดคุยสอบถาม ผู้ป่วยรับรู้ตระหนักในปัญหาของตนเองว่าเครียด เสพกัญชา รับรู้ว่าไม่ดี การทดสอบ Sensorium จากการสอบถามผู้ป่วยสามารถบอกวันที่ เวลาและ สถานที่ได้ถูกต้อง การประเมินระดับสติปัญญาทั่วไป (Intellectual capacity) ทดสอบ Current events โดยให้ผู้ป่วยบอกว่าธงชาติไทยมีกี่สี ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้อง การทดสอบความสามารถทางการคำนวณ โดยบอกให้ผู้ป่วยเอา ๓ ลบจาก ๒๐ ไปเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ ประเมินโรคซึมเศร้า (8 พฤศจิกายน 2568) 2Q = 2 คะแนน(มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า) 9Q= 8 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย) , 8Q= 26 คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง)

การพยาบาล

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ให้การพยาบาลโดยประเมินอาการภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากสีหน้า คำพูด ความคิด ความรู้สึก ท่าทาง การกระทำ และสถานการณ์สิ่งแวดล้อม บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงไว้ในแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองสื่อสารในทีมการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเอง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้งและควรจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวนขณะพูดคุยกับผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับประทานยา Nortriptyline (25 mg) 1x1 oral hs , Fluoxetine (20 mg) 1x1 oral pc เช้า และ Clonazepam (0.5) 1x1 oral hs ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า จัดเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจนามาใช้ในการทำร้ายตนเอง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือสิ่งแวดล้อมมากขึ้น สังเกตอาการ เมื่อพบท่าทางผิดปกติ อยู่ไม่ติดที่ และถามความรู้สึกผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อหาสาเหตุลดความกลัว ความกังวล เฝ้าระวังการทำร้ายตนเองต่อเนื่อง ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเอง และเป้าหมายของชีวิต จากการแสดงออกทางสีหน้า แววตา คำพูด น้ำเสียง พูดคุย ให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึก ความคิดที่เกิดขึ้นกับเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งเหตุผลของความคิดอัตโนมัติทางด้านลบที่มีต่อตนเองด้วยการฟังอย่างตั้งใจ และเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น พูดคุยให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตามกระบวนการจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักเรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจปัญหาต่างๆ แนะนำให้รู้จักการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายของการบำบัดรักษาครั้งนี้ มีการตั้งคำถามด้วยคำถามที่ชวนให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดที่วนเวียนเรื่องเดิมๆ

ที่ทำให้ตนเองเศร้า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นว่ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่ทำให้ตนเองมีอารมณ์เศร้า ซึ่งเวลาเศร้าเรื่องชีวิต ผู้ป่วยมักจะออกจากบ้านไปหาเพื่อน จึงให้ผู้ป่วยได้ทดลองหากิจกรรมใหม่ เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมไม่ให้คิดเรื่องที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ให้ตนเองมีการเคลื่อนไหว มีพละกำลัง ลดความเฉื่อยชา มีอารมณ์ดีขึ้น ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดลบของตนเอง สอนให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยทันที ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบว่า ความคิดนั้นเป็นจริงไหม แต่กลับเป็นความคิดที่ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น ไม่ควรที่จะปักใจเชื่อความคิดนั้นทันที ควรพิสูจน์ หรือตรวจสอบความคิดนี้ก่อนว่าเป็นความจริงไหม หรือเป็นความคิดที่มีประโยชน์หรือเปล่า สอนเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกกำหนดลมหายใจ เข้าออกช้าๆ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกกังวลหรือเครียด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อตนเอง (Modified thoughts) ไปสู่อนาคต สร้างความมั่นใจในตนเอง ดึงศักยภาพที่มีของตนเองกลับคืนมา ให้อยู่กับปัจจุบัน กับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และค่อยๆสร้างกำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ให้กลับคืนมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีมุมมอง ความคิด ทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รู้จักให้อภัยตนเอง ให้อภัยผู้อื่น ให้ค้นหาและมองเห็นความสำเร็จของตนเองในอดีต ให้เล่าถึงความภาคภูมิใจที่ผ่านมา และให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์กันในรูปแบบปฏิสัมพันธ์ (Interaction model) ความคิด อารมณ์ ปฏิกิริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิด และอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น และสามารถโต้แย้งความคิดของตนเองได้มากขึ้น รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ หรือปรับแก้ปัญหาได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักตัวเองมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความสามารถ เช่น การทำงานรับจ้างหาเลี้ยงครอบครัว ดูแลส่งเสียน้องเรียนและเลี้ยงดูแม่ พูดคุยสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเคยประสบมา วิธีจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา และร่วมกันคิดวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่สามารถนาไปประยุกต์ใช้ได้ รวมทั้งทักษะการแก้ปัญหา พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการสถานการณ์ความเครียด และใช้ทักษะต่างๆที่เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความตระหนักรู้เรื่องโทษของกัญชา กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ได้มีการประเมินความตระหนักรู้และผลเสียจากการใช้กัญชา การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินการใช้สารเสพติดโดยใช้ทฤษฎี stages of change ให้การพยาบาลเพื่อเสริมแรงจูงใจในการบำบัด (MI) โดยการให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและทบทวนเป้าหมายระยะยาวตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยให้ลองบอกข้อดี ข้อเสียของกัญชา พูดคุยกับผู้ป่วยถึงสถานการณ์ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดและเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการขาดยาที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาขาดยา เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ปวดศีรษะ และหาแนวทางในการจัดการกับอาการดังกล่าว พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเผชิญกับตัวกระตุ้นต่างๆ และกำจัดอุปกรณ์การเสพยา โดยจำลองสถานการณ์ขึ้น เมื่อต้องไปเผชิญเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปใช้ยาเสพติด และเสริมทักษะการปฏิเสธและวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับวงจรการอยากยาและหาวิธีที่จะหยุดวงจรนั้นด้วยตัวเอง โดยหลีกเลี่ยงการ พูดคุย

หรือบรรยายขั้นตอนการเสพยาหรือความรู้สึกที่อยากใช้ยา แต่ให้มุ่งการตั้งเป้าหมายและวิธีการที่จะเลิกใช้ยา และให้กำลังใจสนับสนุน แนะนำวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจให้ผู้ป่วยหากิจกรรมเมื่อมีเวลาว่าง เช่น เล่นกีฬา หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะพื้นฐานต่างๆในการเลิกยา เรียนรู้ว่าความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ ความเชื่อความคิดที่จะทำให้กลับไปเสพยาเสพติด ให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) มีการประเมินการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และแรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดซ้ำเป็นระยะๆของการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎี stages of change การประเมินผล ผู้ป่วยบอกผลเสียของกัญชาว่า “ทำให้ไปทำลายสมอง สุขภาพแย่ลง เศร้ากว่าเดิมและเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย ” บอกวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติดได้ว่า “อาจต้องเลิกคบเพื่อนแถวนั้น หักห้ามใจตัวเอง อาจหาอะไรทำเพื่อไม่ให้สนใจสารเสพติด เพราะตั้งใจหาเงินส่งน้องเรียน” Stage of change ของผู้ป่วยอยู่ในขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติด แต่ไม่มั่นใจว่าจะเลิกได้ เพราะยังคิดถึงเพื่อนอยู่

ผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากไม่ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองและญาติไม่รู้วิธีการดูแลผู้ป่วย จึงได้สำรวจปัญหาและให้การปรึกษาครอบครัวในการดูแลและยอมรับในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อธิบายการปฏิบัติตัวตามแนวทาง D-METHOD ประเมินผลการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ทบทวนและเสริมส่วนที่ขาด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมาความมั่นใจ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ญาติรู้สึกผ่อนคลาย เพราะการดูแลผู้ป่วยญาติมีความรู้สึกเครียด และวิตกกังวล แนะนำแหล่งสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองและรับปากว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บอกจะมาตามนัดตามกำหนด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านบ้านได้ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 นัดมาตรวจที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลโนนสูงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่ขาดยา ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่ใช้สารเสพติด ผลตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะผลเป็นลบ นัดเข้าคลินิกฟ้าใส(บำบัดสารเสพติด)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชา กรณีผู้ป่วยเพศชาย วัยทำงาน มาด้วยอาการสำคัญ เครียดคิดมาก นอนไม่หลับ พยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง ประวัติสูบกัญชา ประเมินโรคซึมเศร้า (8 พฤศจิกายน 2568) 2Q = 2 คะแนน(มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า) 9Q= 8 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย) , 8Q= 26 คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง) การจัดการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ จึงเน้นการพยาบาลเฝ้าระวังสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้เกิดความเป็นมิตร พยาบาลรับฟังปัญหาโดยไม่โต้แย้งหรือตัดสิน ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งปัจจัยเกี่ยวข้องกับการฆ่าตายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทั้งปัจจัยภายนอกและภายในจิตใจ ปัจจัยภายนอกคือคำพูด

ของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ปัญหาในชีวิตครอบครัว ปัจจัยภายในคือ ความคิดอยากหนีปัญหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้กัญชาตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าไม่ดีทั้งในด้านอารมณ์เศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยกลุ่มยาต้านเศร้าสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย และคณะ ที่กล่าวว่าการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าควรให้การรักษาด้วยยาที่เหมาะสมกับอาการนั้นๆ เช่น ยาต้านเศร้า และพิจารณารับไว้เป็นผู้ป่วยในรายที่มีความเสี่ยงสูง การพยาบาลที่สำคัญคือจุดเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความเป็นมิตร ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลในการระบายความคิดอารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริงออกมา เพื่อนำไปสู่วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยทั้งด้านอารมณ์ สังคมและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของภุมรินทร์ และคณะ ที่กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในทุกด้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ดี ป้องกันความเสี่ยงรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นคือ การฆ่าตัวตาย การสร้างความตระหนักรู้เรื่องโทษและผลเสียของกัญชา[5] ใช้ทฤษฎี stages of change เสริมแรงจูงใจในการบำบัด (MI) จำลองสถานการณ์เพื่อเตรียมเผชิญกับตัวกระตุ้น เสริมทักษะการปฏิเสธและวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด ให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ซึ่ง Stage of change ของผู้ป่วยอยู่ในขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติด แต่ไม่มั่นใจว่าจะเลิกได้ การเตรียมตัวก่อนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD[6,7] ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค การรักษา โทษของกัญชา ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเอง[8] แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านบ้านได้ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่องตามนัด ยังไม่พบการทำร้ายตนเองซ้ำ ผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะเป็นลบ การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพกัญชานั้น จะประสบผลสำเร็จได้ต้องประกอบไปด้วย พยาบาลจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้และทักษะทางการพยาบาล มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ใช้เครื่องมือประเมินที่ไวประเมินอาการสภาพจิต สังเกตและประเมินพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีอันตราย ให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เน้นการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมในเชิงบวก โดยการใช้เทคนิคให้คำปรึกษาและการปรับพฤติกรรม[9] รวมทั้งเตรียมจำหน่ายโดยการส่งเสริมครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของปัจจัยปกป้องส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปบ้าน ลดการกลับมารักษาซ้ำได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ร่วมกับการมีการใช้สารเสพติด พยาบาลต้องมีความรู้ ประสบการณ์ในการประเมินอาการผู้ป่วย เฝ้าระวังการทำร้ายตนเองซ้ำ และสามารถแยกแยะอาการได้อย่างชัดเจนเพื่อรายงานแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้กัญชา ควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ด้านประวัติการเสพกัญชา การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

3. ควรสนับสนุนการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพนอนรักษาตัวรวมกับผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไป

4. จัดระบบการดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล ในชุมชนควรให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติเข้าใจว่า การรับฟัง การเข้าใจความเจ็บป่วย การให้กำลังใจสามารถช่วยลดโอกาสไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองซ้ำ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตัวเองและรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายป่วยจากโรคซึมเศร้า และไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2563). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 8). วนิดาการพิมพ์.
2. อภิชัย มงคล, สุพิน พิมเสน, จิตรประสงค์ สิงห์นาง. คู่มือการดูแลทางสังคม จิตใจ ผู้มีปัญหาซึมเศร้า สำหรับบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/124
3. Hosseini, S., & Oremus, M. (2019). The effect of age of initiation of cannabis use on psychosis, depression, and anxiety among youth under 25 years. Can J Psychiatry, 64(5), 304–12.
4. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง. (2566). การให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด. โรงพยาบาลโนนสูง.
5. ภุมรินทร์ อินชัวนี, ชนานันท์ แสงปาก, สุภาพ เหมือนชู.การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2560;18(2):14-27.
6. เอกอุมา อิ้มคำ. (2565). การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ (พิมพ์ครั้งที่3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2560). คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพกัญชา. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568, จาก https://shorturl.asia/AjeZx
8. Lev-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T.P., Mckenzie, K., & Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med, 4(4), 797-810.
9. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวารีรัตน์ ถาน้อย. (2557). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing (พิมพ์ครั้งที่ 1).สายธุรกิจการพิมพ์. http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/66/nurse-66.pdf

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (ฉบับปรับปรุง)

Opinions of public health personnel in Khon Kaen Province on the quality criteria and standards in providing primary health care services in 8 areas according to the Primary Health Care Service Quality Standards Manual 2023 (revised edition)

(Received: February 25,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

ศิริพร อุทธากิจ[1]
Siriporn Uthakij[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพ และมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (ฉบับปรับปรุง)เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 123 แห่งในจังหวัดขอนแก่น ทุกสังกัดรวมทั้งสิ้นจำนวน 246 คน

ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่ 1 บริหารจัดการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 4.29 ด้านที่ 2 การจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 4.56 ด้านที่ 3 สถานที่ ที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 4.24 ด้านที่ 4 ระบบสารสนเทศ ให้ข้อมูลการรักษา แก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 3.42 ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 3.36ด้านที่ 6 ระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 3.42 ด้านที่ 7 การจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 4.42 ด้านที่ 8 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 4.45

คำสำคัญ ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข, เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน, ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566

Abstract

This study aimed to study the level of opinions of public health personnel in Khon Kaen Province on the quality criteria and standards of primary health care services in 8 areas according to the Primary Health Care Service Quality Standards Manual 2023 (revised edition). The staff in 123 primary health care units in Khon Kaen Province, all affiliations, totaling 246 people.

The results of the study found that The study results found that aspect 1, management, had the highest average score of 4.29, aspect 2, personnel arrangement and service potential, had the highest average score of 4.56, aspect 3, location, service unit location, buildings, locations, and environment, had the highest average score of 4.24, aspect 4, information system, providing complete treatment information to service recipients, had the highest average score of 3.42, aspect 5, primary health care system, had the highest average score of 3.36, aspect 6, medical and public health laboratory system, had the highest average score of 3.42, aspect 7, pharmaceutical service arrangement and health consumer protection (B.C.P.) had the highest average score of 4.42, aspect 8, infection prevention and control system, infectious waste management, had the highest average score of 4.45.

Keywords: Public health personnel's opinions, quality criteria and standards in providing primary health care services in 8 areas, according to the quality manual for primary health care standards 2023

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลง[1] บริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ยุคของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้เพิ่มขึ้น (พ.ศ. 2520 – 2529)[2] และต่อเนื่องมาเป็นการพัฒนาสถานีอนามัยที่เน้นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นด่านแรก[3] ให้มีความทั่วถึงในทุกๆภาคส่วน ในประเทศไทย และการพัฒนาจากสถานีอนามัย กลายเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)[4] ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีนโยบาย การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญ ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 มาตรา 258 [5] ต้องดำเนินการในการดูแล ให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคครอบทั้งส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 29 กรกฎาคม 25621 โดยมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาด้านคุณภาพและมาตรฐาน สอดคล้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 และประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิเรื่องหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2565 และประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2565 ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566(ฉบับปรับปรุง)[6] โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยคณะอนุกรรมการคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหน้าที่ ในการจัดทำตามแนวทางการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน การกำกับดูแล พัฒนาข้อมูล ติดตามประเมินผล รวบรวมวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาวจากเดิม ที่ประเมินว่า “มี” หรือ “ไม่มี” เป็นเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ที่มี มิติคุณภาพที่มากกว่าเดิม เน้นให้เกิดการพัฒนาตามบริบทมากกว่าเกณฑ์ของรพ.สต ติดดาว จัดทำ คู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ [7]

การบริหารจัดการในการประเมินคุณภาพและมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีคณะกรรมการในการประเมิน ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 นำใช้คู่มือ ในการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติงานให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการทบทวนการประเมินหลังการนำใช้ในปีงบประมาณ ที่ผ่านมาพบว่า ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการนำใช้มาตรฐานตามคู่มือ แต่ยังขาดความเข้าใจและนำมาตรฐานมาใช้โดยเพื่อให้ผ่านเกฑณ์ แต่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์การนำใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อมาตรฐานการดูแล จึง ขอความคิดเห็นต่อคู่มือมือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 เพิ่มเติมมุมมอง

ของ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้บริหารที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจถึง บริบท และพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและ ยั่งยืนต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมณีรัตน์ ปัจจะวงษ์ เรื่อง การรับรู้ของของประชาชนที่ใช้บริการ[8] และมีงานวิจัยของคัมภีร์ ตันภูมิที่ศึกษาในปี 2566 เรื่องความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตากที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า ระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข[9] โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยสูงมาก ควรมีคำอธิบาย แนวทางการประเมินอย่างละเอียด เพื่อลดปัญหาการตีความระหว่างผู้รับการประเมินกับคณะกรรมการตรวจประเมิน และเพื่อให้การประเมินมีมาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ

ดังนั้นการรับทราบรายละเอียด ปัญหา อุปสรรค แนวทางพัฒนา ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ในทุกๆด้าน จะส่งผลดีและเกิดประโยชน์ต่องานบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (ฉบับปรับปรุง) นำไปสู่การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นที่มีต่อเกณฑ์คุณภาพ และมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 8 ด้าน ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (ฉบับปรับปรุง)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการใช้แบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูล ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 123 แห่งในจังหวัดขอนแก่น ทุกสังกัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบคุณภาพคุณภาพและมาตรฐาน แห่ง ๆ ละ 1 คน จำนวน 123 คน และผู้อำนวยการหน่วยปฐมภูมิหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแทนทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน จำนวน 123 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 246 คน ด้วยการใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ทำการศึกษาตั้งแต่ 1 –31 มกราคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอ้างอิงจาก คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 จัดทำแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ในรูปแบบของ Google form เข้าถึงด้วย QR code แบ่งเป็นชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ภูมิลำเนา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อายุราชการ หน้าที่หลักที่ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติงาน ประเภทของการให้บริการ ประสบการณ์ ในการทำงานในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยมาตรฐานทั้ง 8 ด้าน โดยสำรวจระดับความคิดเห็นพร้อมกับปัญหาและข้อเสนอแนะเป็นรายข้อ โดยส่วนที่ 2 แต่ละข้อคำถามจะมีการให้คำตอบ เป็นแบบมาตราลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือจำนวน 1 ชุด คือชุดคำถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความคิดเห็นการดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยมาตรฐาน ทั้ง 8 ด้าน

วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ภูมิลำเนา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อายุราชการ หน้าที่หลักที่ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติงาน ประเภทของการให้บริการ ประสบการณ์ ในการทำงานในชุมชน เพื่อจำแนกลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ในส่วนที่ 2 และ 3 นำคะแนนที่ได้แต่ละข้อหาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วจัดระดับคะแนนค่าเฉลี่ย

วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความคิดเห็นการดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยมาตรฐานทั้ง 8 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ยระดับคะแนนค่าเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์เป็น 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย คณะกรรมการของสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และผู้เชี่ยวชาญปฐมภูมิ ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้ข้อความเหมาะสมในด้านภาษา และมี ความชัดเจนของเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหลังจากนั้นได้แก้ไขตาม ข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้การศึกษาต่อไป

ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective : IOC) มีการทดลองใช้และมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับโครงการวิจัยที่เข้า ข่ายการพิจารณาแบบเร็ว (Expedited Review) ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธรณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 054/2567 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 173 คน (ร้อยละ 70.32) เพศชาย จำนวน 73 คน (ร้อยละ 29.68) อายุมีจำนวนมากที่สุด อายุระหว่าง 50-59 ปี มีจำนวน 83 คิดเป็นร้อยละ 33.74 และน้อยที่สุด อายุระหว่าง 40-50 ปี มีจำนวน 46 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.70 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน จำนวนมากที่สุดเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง มีจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ผู้อำนวยการ มีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 41.46 ปฏิบัติหน้าที่แทน ผู้อำนวยการ มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.54 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 61.79 สูงกว่าปริญญาตรี มีจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 35.37 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงสุด 6-10 ปี มีจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 38.21และระยะเวลาน้อยสุด ≥16ปี มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 13.01ประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน สูงสุด ≤5 ปี มีจำนวน 95

คน คิดเป็นร้อยละ 38.62 น้อยสุดเป็น ≥ 16 ปี มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 13.01

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยมาตรฐานทั้ง 8 ด้าน ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย มาตรฐานทั้ง 8 ด้าน

ด้านที่ 1 ด้านระบบบริหาร พบว่ามีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็นและประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบบริการหรือ บริหารจัดการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 4.29 อยู่ในระดับความคิดเห็นเห็นด้วยสูงมาก

ด้านที่ 2 การจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ พบว่ามีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดที่ 4.56 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูงมาก การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการสjเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรคในระดับชุมชน การสรุปภาพรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นที่ 4.27 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูงมาก

ด้านที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อม พบว่ามีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายใน สถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรการ 5 ส. และการสรุปภาพรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นที่ 4.57 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูงมาก

ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ พบว่าให้ข้อมูลการรักษา แก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษาโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหา สุขภาพที่อาจเกิดขึ้น การสรุปภาพรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นที่ 3.37 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูง

ด้านที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าให้วัคซีนตามเกณฑ์ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัยสรุปภาพรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นที่ 3.45 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูง

ด้านที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟู ทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม การสรุปภาพรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นที่ 3.35 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูง

ด้านที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุมครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) พบว่า มีการดำเนินการร่วมกับภาคี เครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ อสม. อสส. ร้านยา และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ การสรุปภาพรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นที่ 3.65 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูง

ด้านที่ 8ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ การสรุปภาพรวมทั้งหมด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นที่ 3.37 อยู่ในระดับความคิดเห็น เห็นด้วยสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) พบว่าผู้รับการประเมิน กับคณะกรรมการ ตรวจประเมินได้ทราบข้อคิดเห็น ในบางส่วนที่ทางบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ แสดงความคิดเห็นออกมา เช่น เรื่องการ การถ่ายทอดเกณฑ์ และการตีความไม่ตรงกัน แนวคิดการพัฒนาหรือความต้องการตาม

เกณฑ์การประเมิน ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ควรมีการพัฒนาระบบการสื่อสารให้มีความชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจแนวคิดและเป้าหมายของนโยบายตรงกัน การรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงการทำงาน มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และมีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น[13]

ข้อเสนอแนะ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การได้รับความร่วมมือจากบุคลากรและการเข้าถึงข้อมูลที่ครบถ้วน ต้องมีการกำหนดขอบเขตการวิจัยให้ชัดเจน จำกัดขอบเขตของการศึกษาให้แคบลง เช่น ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเฉพาะกลุ่มในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเฉพาะประเด็นที่สำคัญ เลือกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม เลือกกลุ่มบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการนำคู่มือไปใช้ จัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

2. การออกแบบเครื่องมือวิจัยการออกแบบแบบสอบถามให้ครอบคลุมและเข้าใจง่ายเป็นเรื่องท้าทายนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อน เพื่อปรับปรุงแก้ไข

3. การดำเนินงานมีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งจดหมายเชิญให้บุคลากรเข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการวิจัยมอบสิ่งจูงใจให้แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1.คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564
2.คู่มือแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และ หน่วยบริการร่วมให้บริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (สปสช.)
3.คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิกระทรวงสาธารณสุข
4.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, เอกสารประกอบการประชุม การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิและ การถ่ายโอนภารกิจสอน./รพ.สต.ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.primarycarecluster2017ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
5.ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพและ มาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
6.ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการเพื่อให้ตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ พ.ศ. 2565
7.ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
8.ประชาภรณ์ ทัพโพธิ์. (2557) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการ Veridian E-Joumal.; 7(2): 482
9.สาโรจน์ ประพรมมา. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขใน พื้นที่อำเภอ ภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560; 11(1): 58-61
10.นพดล นพมณี. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมและการรับรู้ กับทัศนคติในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน.3(1): 49-55.

11.สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
12.สุทิศา อาภาเภสัช.(2563) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี, วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.6(3): 92.
13.ศุราภรณ์ สามประดิษฐ์, คชาพล นิ่มเดช, ศิวาภรณ์ โภคภิรมย์ และ สุนทร แก้วอำไพ.(2563). รพ.สต. ติดดาว : ภาระหรือโอกาสการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิในชุมชน, วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 3(3): 16-26.
14.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม, (2560).การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย วารสาร การพยาบาลและสุขภาพ.11(2): 105-111.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

Development of health care model for elderly people living alone in the area under the responsibility of Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promotion Hospital, Buachet District, Surin Province.

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

สุทร สุขรอบ[1]
Suthorn Sukrop[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คนและ (2) ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังทดลองใช้รูปแบบจำนวน 55 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – มีนาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมี 5 กิจกรรม คือ 1) การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 3) มีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ 4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ และ 5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านสุขภาพกาย และ ด้านสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพ

Abstract

Action research aimed to develop and evaluate the use of health care models for the elderly living alone in the area of responsibility of Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promoting Hospital, Buachet District, Surin Province, according to the concept of Kemmis and McTaggart. The purposive sampling group consisted of 2 groups: (1) a sample group for collecting qualitative data and developing a health care model for the elderly living alone, purposively selecting 12 people and (2) 55 elderly living alone to test the model. They participated in the research process at Ban Na Sanuan Subdistrict Health Promoting Hospital between August 2024 and March 2025. Quantitative and qualitative data were collected from questionnaires and focus group discussions.

The results of the study found that the health care model for the elderly living alone consisted of 5 activities: 1) Preparing communities by promoting knowledge and understanding about coping with the problems of elderly people living alone ; 2) Community participation in the health care of the elderly living alone; 3) Having peers as informal caregivers; 4) Support and assistance from various organizations; and 5)

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

Promoting self-care according to life management methods and dependency on a case-by-case basis in terms of daily life. Physical health and mental health continuously. After the trial of the model, it was found that opinions on the behavior of self-care of the elderly and the practice of self-care behavior of the elderly, overall, had a statistically significant increase in the mean difference. As for anxiety and depression, the mean difference decreased significantly (p-value<0.05).

Keywords: Elderly people living alone, Model development, health care model

บทนำ

ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 20.70 จากประชากรทั้งหมด นั่นหมายความว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด[1] นอกจากนี้ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยได้เปลี่ยนไปมาก ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นวัยอาศัยอยู่ด้วยกัน ขนาดครัวเรือนไทยได้เล็กลง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเร็วมาก และเริ่มส่งสัญญาณที่ชัดเจนมากขึ้นในเรื่องการไม่มีผู้ดูแลในบั้นปลายชีวิต ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจและสังคม จากเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เพิ่มมากขึ้น[2] ด้านลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 22.6 และ น้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.9 อย่างไรก็ตาม ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2567[3] สาเหตุที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากบุตรไปทำงานนอกบ้าน ไปทำงานต่างจังหวัด แยกย้ายไปมีครอบครัว และเสียชีวิต หรือคู่สมรสเสียชีวิต ไปทำงานนอกบ้าน ไปปฏิบัติธรรม ไปอยู่กับบุตรเพื่อเลี้ยงหลาน หรือผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้จึงไม่อยากเป็นภาระของบุคคลอื่น และไม่มีบุตรหลาน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ[4]

ในปี 2566 จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 260,303 คน (ร้อยละ 19.05) กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 22,971 คน (ร้อยละ 8.82) นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ระหว่างขอรับการดูแลมากถึง 4,687 คน (ร้อยละ 1.80)[5] ในปี 2567 อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 4,696 คน (ร้อยละ 17.43) แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 91.57 7.82 และร้อยละ 0.67 ตามลำดับ พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 481 คน (ร้อยละ 18.42) และมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 55 คน (ร้อยละ 11.43) โดยพบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย[6] และ เมื่อศึกษา

ข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่า ร้อยละ 43.3 มีปัญหาสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นับเป็นตัวเลขที่สูงสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ที่พบบ่อยที่สุดคือความเหงา สูงถึงร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง รองลงคือปัญหาไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ปัญหาด้านการเงินที่ต้องเลี้ยงชีพ ร้อยละ 15.7 และร้อยละ 5.3 ไม่มีลูกหลานช่วยแบ่งเบาภาระภายในบ้าน[7] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวยังต้องประสบกับปัญหาต่างๆในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุข จำเป็นต้องมีการพึ่งพิงในหลายมิติเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ระดับกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน สุขภาวะส่วนบุคคล เช่น การแต่งตัว การกลั้นปัสสาวะ เป็นต้น จนกระทั่งถึงการพึ่งพิงด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รายได้ทางเศรษฐกิจ สังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการดูแล และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นกลุ่มพึ่งพิงทางสังคมอย่างยาวนานและกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย

ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน เน้นการเข้าถึงระบบสุขภาพและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังต้องใช้ศักยภาพในการดูสุขภาพตนเองภายใต้ข้อจำกัดของร่างกายที่เสื่อมถอยลง สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป และยังคงมีความต้องการที่จะต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบกับในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จึงสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ โดยดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ (PAOR) ซึ่งผลที่ได้จะมีประโยชน์ในการวางแผนดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้หลัก PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [8] ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และผู้นำศาสนา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ตัวแทนประธานชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน 2 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ครูจิตอาสาประจำโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจาก รพ.สต. 2 คน อสม. 2 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน และผู้นำศาสนา (เจ้าอาวาส) 1 รูป

2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ทั้งหมด จำนวน 55 คน

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 8 ข้อ การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประเภทผู้ดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า มี 3 ระดับ แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และ ระดับน้อย ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient) เท่ากับ 0.87 **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 27 ข้อ มี 3 ระดับ แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และ ระดับน้อย ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 **ส่วนที่ 4** แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) มีค่าความเที่ยงของแบบวัด เท่ากับ 0.89[9] **ส่วนที่ 5** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.93[10]

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมสิงหาคม 2567 – มีนาคม 2568 โดยมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ผู้วิจัยจะสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน สังเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพ ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2) ระยะการดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับชุมชน การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง การกำหนดกิจกรรมและวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม วางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน โดยเน้นกิจกรรมการดูแลในครอบครัวและชุมชนที่พบผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เป็นหลักร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ(A) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย และดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโดยใช้องค์ประกอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาศัยอยู่ตามลำพังในพื้นที่ และประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารจัดการผู้สูงอายุตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่เพิ่มรายละเอียดการจัดการปัญหารายการณี โดยมุ่งเน้นในด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ข้อปฏิบัติของญาติหรือชุมชนในการช่วยดูแลสุขภาพ การสร้างความร่วมมือของชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง ผ่านเวทีสนทนากลุ่มย่อยตามประเด็นการพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ซึ่งในการจัดสนทนากลุ่มย่อย ได้จัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบเลือกรูปแบบ และเตรียมความพร้อมการทดลองใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 นำเสนอการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(O) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ติดตามผลการดูแลสุขภาพ ประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังหลังจากทดลองใช้รูปแบบแล้ว 3 เดือน และสรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ(R) เป็นกิจกรรมที่รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่ในชุมชน ให้เหมาะสมตามแต่ละบริบทพื้นที่

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ด้วย paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ขั้นวางแผน สถานการณ์ผู้สูงอายุพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ในปี 2567 มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 481 คน (ร้อยละ 18.42) แบ่งเป็น กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ทั้งหมด 48 คน คิดเป็นร้อยละ 9.98 และมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย 55 คน (ร้อยละ 11.43) จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ยังคงมีปัญหาสุขภาพคล้ายๆกันกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ปัญหาที่พบมากในพื้นที่คือ การรับประทานอาหาร มีปัญหาเรื่องฟัน บางรายมีอาการปวดฟันบ่อย และไม่มีฟันปลอมเนื่องจากไม่มีเงิน ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือเคี้ยวลำบาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.45 มีความสามารถในการจัดหาอาหารตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยสามารถเดินทางไปแหล่งค้าขายอาหารเองได้ การจัดการความเครียดและการทำงานอดิเรก พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 90.90 มีภาวะเครียดจากการอยู่คนเดียว เพราะไม่มีเพื่อนช่วยคิดเวลาที่มีปัญหา คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ จนบางรายเกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นภาระให้คนอื่นต้องคอยช่วยเหลือ ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีวิธีการจัดการความเครียดโดยทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ หรือรับจ้างในชุมชนเพื่อหารายได้เสริม เป็นต้น ด้านการได้รับสวัสดิการ ผู้สูงอายุร้อยละ 100 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลจรัส ที่เป็นหน่วยงานราชการหลักในพื้นที่ที่ให้การดูแลตามสิทธิ แต่ยังไม่เพียงพอ ด้านสุขภาพจะได้รับการบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ต้องการมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ บริบทของพื้นที่ สภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน การดูแลของเพื่อนบ้าน ชุมชน และปัญหาที่เกิดขึ้น การพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมของภาครัฐและชุมชนท้องถิ่นและหารูปแบบในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบท

2. การลงมือปฏิบัติงาน จากการเตรียมความพร้อมของชุมชน การระดมความคิดจากผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งในระดับชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่ผู้มีส่วนได้เสียปฏิบัติร่วมกัน แบ่งออกได้เป็น 5 กิจกรรม ดังนี้ (1) การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (2) การมีส่วนร่วมในชุมชนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (3) พัฒนาเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ และ (5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี โดยมีประเด็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิง คือ 1)ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน 2) ด้านสุขภาพกาย และ 3)ด้านสุขภาพจิต

3. การสังเกตผล เป็นการทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนี้

3.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 มีสถานเป็นหม้าย ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 72.20 ปี (SD.=7.23 ปี) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.18 ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ เฉลี่ยน้อยกว่า 1000 บาท/เดือน และไม่เพียงพอ ร้อยละ 80.00 โรคประจำตัวที่เป็นมากคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.27 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 16..36 มีเพื่อนบ้านเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 45.45 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 80.00 และผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 8 คน ร้อยละ 20.00

3.2 ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=55)			หลังการทดลอง (n=55)			Mean diff (95%CI)	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ								
1.การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	2.14	0.47	ปานกลาง	2.52	0.32	มาก	0.38 (0.23 - 0.53)	<0.001
2.สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	2.16	0.65	ปานกลาง	2.46	0.45	มาก	0.31 (0.09 - 0.52)	0.0022
3.แรงสนับสนุนจากสังคม	2.35	0.26	มาก	2.77	0.24	มาก	0.42 (0.32 - 0.51)	<0.001
4.แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	2.37	0.45	มาก	2.81	0.33	มาก	0.48 (0.26 - 0.69)	<0.001
5.การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	2.14	0.74	ปานกลาง	2.35	0.66	มาก	0.21 (-.05 - 0.47)	0.0596
6.การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง	1.86	0.85	ปานกลาง	2.75	0.36	มาก	0.89 (0.64 - 1.13)	<0.001
โดยรวมความคิดเห็น	2.17	0.57	ปานกลาง	2.61	0.39	มาก	0.44 (0.25 - 0.62)	<0.001
การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ								
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.14	0.57	น้อย	2.31	0.37	ปานกลาง	1.17 (0.98 - 1.35)	<0.001
2.พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	1.16	0.45	น้อย	2.30	0.35	ปานกลาง	1.14 (0.98 – 1.29)	0.0022
3.พฤติกรรมด้านจัดการกับความเครียด	1.35	0.46	น้อย	2.37	0.33	มาก	1.02 (0.86 – 1.17)	<0.001

4.พฤติกรรมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	1.56	0.35	น้อย	2.31	0.48	ปานกลาง	0.75 (0.59 - 0.90)	<0.001
5.พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย	1.86	0.94	ปานกลาง	2.44	0.46	มาก	0.58 (0.30 - 0.85)	0.0596
โดยรวมการปฏิบัติพฤติกรรม	1.41	0.55	น้อย	2.34	0.33	ปานกลาง	0.93 (0.75 - 1.10)	<0.001
ภาวะวิตกกังวล	11.78	6.57	ปานกลาง	8.31	3.37	เล็กน้อย	3.47 (1.49 - 5.44)	<0.001
ภาวะซึมเศร้า	19.54	5.45	ปานกลาง	14.12	4.35	เล็กน้อย	5.42 (3.55 - 7.28)	0.0022

4. การสะท้อนผล ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ตามรูปแบบ 5 ขั้นตอน ผ่านการประชุมผู้นำชุมชนในท้องที่ และผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนพื้นที่ตำบลจรัส ซึ่งเป็นพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมกันตรวจสอบกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่ผู้วิจัยนำเสนอ และได้เสนอสิ่งที่เป็นข้อจำกัดและเป็นจุดอ่อนที่ต้องวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน ในปี 2567 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 55 คน (ร้อยละ 11.43) โดยพบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วย อีกทั้งยัง มีปัญหาสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 43.3[6] จากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่ารูปแบบที่พัฒนามาได้มี 5 กิจกรรม คือ 1) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้กับชุมชนและผู้สูงอายุให้มีความพร้อมและร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 3) มีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ 4) การสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ และ 5) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านสุขภาพกาย และ ด้านสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง

การเตรียมความพร้อมให้กับชุมชน ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับมือปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นการสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญอยู่และที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านในพื้นที่ จะต้องรับรู้ถึงสาเหตุที่ต้องอยู่ตามลำพัง ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ ผลกระทบจากการอยู่ตามลำพัง ความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของแต่ละคน เชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมของชุมชน ความสามารถในการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประยชน์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกันนิษฐา มาเห็ม และคณะ[11] ที่ได้เสนอแนวทางการรับมือจากชุมชนที่พึงทำได้ เช่น การจัดพื้นที่สาธารณะออกกำลังกายที่เพียงพอและปลอดภัย การส่งเสริมโภชนาการ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้อย่างทั่วถึง สนับสนุนการพัฒนางานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น การทำงานจากบ้าน หรือการทำงานที่มีความยืดหยุ่นในเวลา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตาม

ความสามารถและสุขภาพของตน ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งด้านการดูแลประคับประคองตามอาการ การเยี่ยมบ้าน ด้านสภาพความเป็นอยู่ และเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเกื้อหนุน ครอบคลุมทุกด้าน[4] ข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือการมีเพื่อนร่วมวัยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่เปิดโอกาสให้เพื่อนผู้สูงอายุหรือเพื่อนร่วมวัยได้ดูแลเพื่อนกันเอง มีความไว้วางใจกัน ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีมิตรภาพที่ดี ช่วยเหลือพึ่งพาต่อกัน โดยเป็นผู้ให้การดูแลรอง (Secondary caregiver) ทำหน้าที่ช่วยผู้ให้การดูแลหลักแค่บางส่วนเท่านั้น เช่น มีหน้าที่พาผู้ได้รับการดูแลไปพบแพทย์ตามนัด หรือมาดูแลแทนผู้ให้การดูแลหลักบางช่วงเวลา การเยี่ยมเยียน พบปะพูดคุยตามประสาเพื่อนกัน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะเป็นผู้เลือกเพื่อนร่วมวัยเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของกีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และคณะ[12] ที่พบว่า เพื่อนร่วมวัยสามารถเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพที่เสียไปได้ ในด้านการสนับสนุนและช่วยเหลือจากองค์การต่างๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องรายได้ ส่วนใหญ่ได้จากการประกอบอาชีพ ค้าขาย อสม. การสนับสนุนจากบุตรหลานญาติ (ประจำ/ครั้งคราว) ตลอดจนเบี้ยยังชีพ ซึ่งไม่เพียงพอ กระทบต่อความมั่นคงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา สังวร และคณะ[13] จึงต้องส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านการเงินและสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเป็นรายกรณี ได้แก่1) ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-78 ปี) และ กลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือและมีภาวะพึ่งพิงมากคือ ผู้สูงอายุตอนปลาย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลแยกเป็นรายกรณี ส่วนผู้สูงอายุตอนต้น ทุกคนสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา ส่วนชีวิตประจำวันของบุคคล ด้านอื่นๆ ย่อมขึ้นอยู่กับอุปนิสัย วิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุ ทั้งด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นประจำ เป็นต้น 2) ด้านสุขภาพกาย เนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย จึงมีปัญหาสุขภาพแทบจะทุกระบบของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องจัดการชีวิตและพึ่งพิงปรับตัวตามสภาพวัย และปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อดูแลสุขภาพตนเพิ่มขึ้นด้วยการปฏิบัติตนโดยทั่วไปเพื่อป้องกัน รักษา และประคับประคอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้กายอุปกรณ์ช่วยพยุงการเคลื่อนไหวทรงตัว การจัดหาฟันปลอมและการจัดกล่องยาโรคประจำตัวไว้โดยเฉพาะ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา แสนสีหา และคณะ[14] ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 94 มีความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากและฟัน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ควรมีการจัดหาฟันปลอมให้ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริวรรณ จิตตปราณีรัชต์ และคณะ[15] ดังนั้น การพึ่งพิงระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นบทบาทสำคัญของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งระดับชุมชนปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ที่ต้องให้การดูแลด้านสุขภาพ และ 3) ด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมักเกิดอารมณ์เหงา สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[13, 14, 16, 17] อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางรายได้พยายามปรับตัวจัดการกับอารมณ์ต่างๆ เหล่านี้ที่มากระทบจิตใจตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทำจิตใจให้ร่าเริง ไม่เครียด จึงจำเป็นต้องทำ

กิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึก เช่น การออกกำลังกาย การทำสวน เลี้ยงสัตว์ เข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของชมรม การปฏิบัติงานช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองทำได้ หรือเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาวัฒนธรรมประเพณีในเขตชุมชน จะช่วยลดปัญหาความเหงา ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ โดยภาคีเครือข่าย เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ รพ.สต. จะเป็นหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หน่วยงานและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คือ ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมวัย อสม. รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ซึ่งยังต้องดูแลการดำเนินชีวิตและเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น จากการประเมินผลหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยผลต่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่างค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังนั้นรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลพังดีขึ้น เพราะทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกันพัฒนาและนำไปใช้จริงในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยรัตน์ กันทะ[18]

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ จำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ จัดให้มีผู้ดูแลอย่างพอเพียง
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. วรางคณา บุตรศรี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2565;6(3):57-70.
2. The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly 2018. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co., Ltd.; 2019.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
4. กมลภู ถนอมสัตย์. การดำเนินชีวิต ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง:กรณีศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):1-12.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567 [Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขปี 2567 สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสนวน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 2567.
7. Manorat P, Suthana P. Model of a volunteer mental network to improve mental health in the elderly living alone. Uttaradit: Boromarajonani college of Nursing Uttaradit; 2012.

8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, แสงเดือน พรมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิชา นาไวย์, วราภรณ์ ยศทวี. คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(3):61-71.
10. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS). สารศิริราช 2537;46(1):1-9.
11. กันนิษฐา มาเห็ม, ปิยนุช ภิญโย, รัชนี พจนา, ภาสินี โทอินทร์, พัฒนี ศรีโอษฐ์. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย : การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;3(2):138-47.
12. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):15-24.
13. สุจิตรา สังวรณ์, ดุษฎี จันทรบุศย์, รัชนีย์ ศรีสุทธิสัมพันธ์, ทัศนีย์ วิรานุวัตร, จีรณัฐดา มีมุข. การมีส่วนร่วมของภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2561;15(2):28-39.
14. ลัดดา แสนสีหา, จินตนา ลี้ละไกรวรรณ, นิตยา จันทบุตร, ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, ทิพย์สุดา ธรรมลาภากุล, อรุณี สุวรรณโชค. ภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;16(1):114-27.
15. ศิริวรรณ จิตตปราณีรัชต์, สายพิณ หัตถีรัตน์, จิตติมา บุญเกิด, เรือนขวัญ กัณหสิงห์. ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมืองวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร:การศึกษาเชิงคุณภาพในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(4):438-44.
16. กาญจนา ปัญญาธร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2561;1(2):33-8.
17. มธุรส สว่างบำรุง, ธีรยุทธ วิสุทธิ. การจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(1):128-42.
18. ทิพยรัตน์ กันทะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):451-9.