



Journal

of environmental and community health

VOL10 NO.2 March - April 2025

วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 ,มีนาคม - เมษายน 2568

ISSN : 2672-9717

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม เขตพื้นที่อำเภอเนิน จังหวัดลำปาง	1
วิจิตรา อุบลคำ ,เกษร สำเภาทอง ,กิตริวี จิรรัตน์สถิต	
ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร	14
โอริสา พรหมสถิตย์	
คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย	24
ณัฐพร ศิลาคม ,อิทธิฤทธิ์ ศิลาคม	
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก	33
ธีรวิทย์ โพธิ์ทอง ,จเร สวัสดิ์นพรัตน์	
การศึกษาการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่ใช้สาร methamphetamine ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง :กรณีศึกษา 2 ราย	45
สุขสันต์ ชัยเกษมสกุล	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในทหารกองประจำการ ในจังหวัดขอนแก่น ปี 2566 พินัญดา เหมือนชาติ	51
กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย	62
สังวาลย์ สิงห์สถิตย์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่บ้าน : เปรียบเทียบกรณีศึกษา	73
ชื่นนภา ธรรมวิเศษ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มการเข้าถึงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถวายเฉลิมพระ เกียรติ ตำบลวังทอง อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว	84
วาสนา นามเหลา	
การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยียม ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร	92
ไพจิตร ฤทธิธรรม	
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร	104
น้ำฝน วีรภัทรธาดากุล ,ปัญจมาพร รัตนทน	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ... เบญจวรรณ ภูโคกลี	113
ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัด ในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร	123
ก่อกุศล บุญสนอง	
การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	129
ปราณี เกตติ ,อิริษา โพธิ์มา ,เจษฎา สุรวรรณ	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา	141
อาภรณ์ สิงห์ชาติ	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 เคส	149
จรินทร์ ต้นตุลา	

สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
ผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบล วานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร	158
กายสิทธิ์ จันทะบาล	
การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม	166
วิภาสินี วัชรเศวทร้อย	
รูปแบบการส่งยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568	174
ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน	
ผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์	182
ดาววิภา สาศรีเมือง	
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา ... วิภาภรณ์ บุญรอด	192
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	201
วัชรกร รัตนวรารักษ์ ,ณัฐรัตน์ ฉายเพิ่มศักดิ์	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์	210
ปรีชญา อยู่คง ,วันเพ็ญ แก้วปาน	
การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู	224
จาลาวัลย์ จิตจักร	
การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแห้งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี	233
ผจงพร สดงาม	
ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเปรียบเทียบกับค่า ปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย	241
ณัฐวัฒน์ ทั้งกลาง	
ผลการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยภาวะกระดูกคอเสื่อมกดทับเส้นประสาท ด้วยวิธี Anterior Cervical Discectomy And Fusion : ACDF โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	250
ชูศักดิ์ คิตมมงคล	
การศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ... สุปรียา ว่องทิพย์คงคา	257
ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม	264
ฉัตรชัย ไตรยราช	
การพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่	275
อัจฉรา หงษ์ทอง	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม	289
ปานิสร่า ไชยจำ ,รุ่งทิพา เชื้อวงศ์พรหม	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม	
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	298
ภัทราภรณ์ เวียงหก	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหารจังหวัดอุบลราชธานี ..	306
วานิช สายเย็น	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่ม Opioids ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย	
ชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	316
ดวงรัตน์ วรรณทอง	
การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหมื่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์	325
นัยนา จำเริญเจือ	
การพยาบาลผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องออกซิเจน : กรณีศึกษา	334
สาวิตรี คำคูเมือง	
การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบุงคำ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร	341
ครรชิต จักรสาร	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 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 32 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มีนาคม – เมษายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุ ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มารดาตั้งครรภ์ที่ใช้สาร methamphetamine พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 การเพิ่มการเข้าถึงต่อการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วม ผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัด การบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด การสั่งจ่าย Haloperidol Oral Solution กระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะช็อก การเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติด การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแห้งเพดานโหว่ ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยภาวะกระดูกคอเสื่อมกดทับเส้นประสาท การศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่ม Opioids เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุ
โรคข้อเข่าเสื่อม เขตพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

Factors Associated with Health-Promoting Behaviors Using Complementary Medicine Among
the Elderly with Knee Osteoarthritis in Thoen District, Lampang Province.

(Received: March 8,2025 ; Revised: April 13,2025 ; Accepted: April 16,2025)

วิจิตรา อุบลคำ¹ เกษร สำเภาทอง² กิตรวี จิรรัตน์สถิต²

Wijittra Ubolkam¹, Kaysorn Sumpowthong², Kitrawee Jiratsatit²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในเขตพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ระดับปฐมภูมิ จำนวน 302 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก ระดับนัยสำคัญอย่างมีนัยสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 49.97, S.D. = 5.87) โดยแยกเป็นด้านระบบการแพทย์ภาควิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านระบบการแพทย์พื้นบ้านอยู่ในระดับต่ำ และด้านระบบการแพทย์ภาคประชาชนอยู่ในระดับต่ำ การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ผู้ที่มีระดับการเข้าถึงบริการระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการเข้าถึงปานกลางและต่ำ 9.45 เท่า (95% CI AOR: 2.84-31.48, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสาน พบว่าผู้ที่มีระดับการตัดสินใจเลือกใช้มาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการตัดสินใจปานกลางและต่ำ 3.60 เท่า (95% CI AOR: 1.26-10.26, $p\text{-value} = 0.016$) และปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลางและต่ำ 4.83 เท่า (95% CI AOR: 1.01-23.12, $p\text{-value} = 0.049$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, การแพทย์แบบผสมผสาน, ผู้สูงอายุ, โรคข้อเข่าเสื่อม

Abstract

This study aimed to investigate health-promoting behaviors using complementary medicine among elderly individuals with knee osteoarthritis and the factors associated with such behaviors in Thoen District, Lampang Province. The study was conducted from August 2023 to December 2023. A total of 302 elderly individuals with primary knee osteoarthritis participated in the study. Data were collected through interviews using structured questionnaires and analyzed using descriptive statistics and logistic regression at a significance level of $p < 0.05$.

The findings revealed that health-promoting behaviors using complementary medicine were at a moderate level (Mean = 49.97, S.D. = 5.87), with professional medical system utilization at a moderate level, traditional medicine at a low level, and community-based medicine at a low level. Logistic regression analysis identified significant factors associated with health promoting behaviors using complementary medicine ($p\text{-value} < 0.05$). Accessibility to complementary medical services was a significant factor, as individuals with high accessibility were 9.45 times more likely to engage in high-level health-promoting behaviors than those with moderate or low

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² ผศ.ดร.อาจารย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต

accessibility (95% CI AOR: 2.84-31.48, p-value < 0.001). Decision-making in the use of complementary medicine was another key factor, with individuals who actively decided to use complementary medicine being 3.60 times more likely to engage in high-level health-promoting behaviors than those with moderate or low decision-making levels (95% CI AOR: 1.26-10.26, p-value = 0.016). Additionally, social support played a crucial role, as those receiving high levels of social support were 4.83 times more likely to engage in high-level health-promoting behaviors compared to those with moderate or low support (95% CI AOR: 1.01-23.12, p-value = 0.049).

Keywords: Health promotion, Complementary medicine, Elderly, Knee osteoarthritis

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกที่เกิดจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์"¹ ในปี 2565 จังหวัดลำปางเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" ด้วยจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 25.16 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่อำเภอเถินมีสัดส่วนร้อยละ 25.77² การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จึงต้องเน้นการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ³ โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งพบได้ร้อยละ 80-90 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และพบบ่อยในผู้หญิงอายุ 55 ปีขึ้นไป ส่งผลให้เกิดอาการปวด ข้อเข่าติด พิสัยการเคลื่อนไหวลดลง กระทั่งก่อให้เกิดวัฏจักรประจำวัน การทำงาน สภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴ โรคนี้มีลักษณะสำคัญคือการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อนข้อเข่า ซึ่งนำไปสู่อาการปวด ข้อติดขัด และการเคลื่อนไหวที่จำกัด ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐาน พันธุกรรม และพฤติกรรมที่สร้างแรงกดดันต่อข้อเข่า เช่น การนั่งยองๆ การคุกเข่า หรือการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกสูง และการใช้งานข้อเข่าอย่างหนักเป็นเวลานาน ในปัจจุบันการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมักใช้ยาและกายภาพบำบัด เพื่อบรรเทาอาการปวดและอักเสบ อย่างไรก็ตาม วิธีเหล่านี้อาจมีผลข้างเคียง เช่น การติดยาแก้ปวดหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านการอักเสบ อีกทั้งอาการมักไม่หายขาด⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากหันมาใช้บริการแพทย์ผสมผสานที่เน้นการดูแลตนเองเพื่อลดค่าใช้จ่ายและเสี่ยงสารเคมี ในระบบบริการสุขภาพของไทย พบว่าสถานพยาบาล

ต่างๆ มีการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบการแพทย์ผสมผสานในลักษณะต่างๆ เช่น การนวดแผนไทย การใช้สมุนไพร การแพทย์แผนจีน การฝังเข็ม เพื่อให้บริการผู้ป่วยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งแสดงให้เห็นความตื่นตัวในการผสมผสานองค์ความรู้ เพื่อรักษาสุขภาพให้ผู้มารับบริการเป็นแบบองค์รวม⁶ ความท้าทายของแพทย์ในการจัดการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ การที่ผู้รักษาและทีมแพทย์เฉพาะทาง ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกการรักษาทั้งแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยา แผนการรักษาจะถูกปรับโดยให้สามารถบรรเทาอาการปวด และทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม⁷ งานวิจัยชี้ว่าโปรแกรมการรักษาข้อเข่าเสื่อมแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological therapy) ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง 2) กายบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่าและพิสัยการเคลื่อนไหว และ 3) การควบคุมน้ำหนักด้วยโภชนาการและการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้ปวด ทั้งแบบรับประทานและยาทาเฉพาะที่⁸ หรือโปรแกรมบรรเทาอาการปวดข้อด้วยตนเอง โดยฝึกการบริหารกล้ามเนื้อขาและเข่าจำนวน 2 ท่าๆละ 20 ครั้ง การประคบสมุนไพรเป็นเวลา 10 นาที และการพอกข้อด้วยยาสมุนไพร เป็นเวลา 20 นาที ทำต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน สามารถบรรเทาอาการปวดข้อของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้⁹ รวมไปถึงโครงการ "โอเอนีลำปาง" ที่เป็นการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สมุนไพรท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดลำปาง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 91 มีอาการดีขึ้น¹⁰ โดยในโปรแกรมการรักษา ประกอบไปด้วยการนวดและประคบสมุนไพร การรักษาด้วยการ

พอกเข้าด้วยสูตรลำปางโมเดล โปรแกรมการรักษา 5 ครั้งและประเมินอาการแสดงของโรค เปรียบเทียบก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของ WOMAC ทั้ง 3 ด้านของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 4.33 – 7.03 ($p < 0.05$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ยาพอกเข้าลำปางโมเดล ในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย โดยมีผลต่อการลดปวด อาการข้อฝืดติดและเพิ่มความสามารถในการใช้งานของข้อ¹¹ การใช้ยาชนิดดัดตนที่ใช้บริหารกล้ามเนื้อขา มีด้วยกัน 3 ท่า คือ ท่าที่ 1 ดัดตนแก้ร้อนและแก้เข่าขัด ท่าที่ 2 ดัดตนดำรงกายอายุศม์ยืน และท่าที่ 3 ดัดตนแก้ไหล่ขาและเข่าขัด¹² และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อบรรเทาความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ขมิ้นชัน ดีปลี เพชรสังฆาต ทองพันชั่ง น้ำต้มตะไคร้ใบเตย เพื่อบรรเทาความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดที่สมบูรณ์แบบ จนตอบสนองความต้องการของมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์ ระบบสุขภาพแบบพหุลักษณะจึงเป็นระบบที่เอื้อต่อมนุษย์อย่างแท้จริง¹⁴ โดยการใช้แนวคิดและวิธีการของการแพทย์แผนปัจจุบัน เน้นไปทางด้านการป้องกัน การรักษาด้วยยาและการผ่าตัดเมื่อจำเป็น ส่วนการแพทย์ทางเลือก เป็นแนวทางการดูแล ป้องกัน และบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และการแพทย์พื้นบ้าน¹⁵ ดังนั้นการแพทย์แบบผสมผสาน จึงเป็นการนำการแพทย์ที่ช่วยรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมาปรับใช้ร่วมกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีความสำคัญในการบรรเทาอาการปวด ลดการอักเสบ และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 1 โดยเฉพาะในจังหวัดลำปางมีอัตราผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต แม้ว่าจะมีการให้บริการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย เช่น โครงการ "โอเอนีลำปาง" แต่การ

เข้ารับบริการยังต่ำกว่าที่กำหนด พื้นที่อำเภอเถินมีอัตราโรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและเขตสุขภาพ แต่การเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ พื้นที่อำเภอเถินมีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่หลากหลาย ผู้วิจัยจึงมีความต้องการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework Model ในพื้นที่อำเภอเถิน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้จะช่วยพัฒนาแนวทางบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เขตพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เขตพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เขตพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เขตพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือน สิงหาคม 2566 ถึงเดือน ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 1,122 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง¹⁶

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศชายหรือหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีภาวะโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปฐมภูมิ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ความจำเสื่อม ถ้ามตอบรู้เรื่องจนเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ และมีการใช้บริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแบบผสมผสาน หรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 โดยอ้างอิงค่าความสัมพันธ์ ($r=0.193$) จากงานวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.193, p=0.050$)¹⁷ กำหนดการทดสอบเป็น two-sided test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 90% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 274 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายและไม่ครบถ้วนของข้อมูลจึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 302 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตำบลในพื้นที่อำเภอเถิน มีทั้งหมด 8 ตำบลตามพื้นที่เขตโซนตามภูมิศาสตร์ โดยแบ่งได้เป็น 4 โซน โซนละ 2 ตำบล ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มเลือกตำบลจากทั้งหมด 4 โซน ได้โซนละ 1 ตำบล ได้แก่ โซนที่ 1 ตำบลล้อมแรด มี 14 หมู่บ้าน โซนที่ 2 ตำบลแม่วะ มี 8 หมู่บ้าน โซนที่ 3 ตำบลแม่ปะ มี 10 หมู่บ้าน และ โซนที่ 4 ตำบลแม่มอก มี 10 หมู่บ้าน โซนที่ 2 ตำบลแม่วะ มี 8 หมู่บ้าน โซนที่ 3 ตำบลแม่ปะ มี 10 หมู่บ้าน และ โซนที่ 4 ตำบลแม่มอก มี 10 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างหมู่บ้าน จากทั้ง 4 ตำบล มาตำบลละ 3 หมู่บ้าน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling) ได้แก่ ตำบลล้อมแรด (บ้านล้อมแรด บ้านเด่นแก้ว และบ้านแพะหลวง) ตำบลแม่วะ (บ้านแม่วะน้ำดิบ บ้านแม่วะเด่นชัย และบ้านผดุงราษฎร์รังสรรค์) ตำบลแม่ปะ (บ้านแม่ปะหลวงบ้านแม่ปะแพะ และบ้านท่ามะเกว้นเหนือ) และตำบลแม่มอก (บ้านหัวน้ำ บ้านแม่มอกใต้ และบ้านหัวน้ำพัฒนา) ได้หมู่บ้านที่เป็นตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 12 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มอย่างเป็นระบบ ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการทำฉลากเรียงเลข 1-10 และจับฉลากเลือกสมาชิกตั้งต้นจากจำนวนประชากรในลำดับทะเบียนบัญชีรายชื่อที่ 1-10 เลือกมา 1 หมายเลข เพื่อเป็นสมาชิกตั้งต้น (R) หมายเลขของสมาชิกต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบ โดย การรวมอัตราส่วน (i) ที่คำนวณได้กับหมายเลขสมาชิกตั้งต้น ($R, R+i, R+2i, R+3i, \dots, R+ni$)

ดังนั้นสมาชิกที่ได้มานำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลในรายชื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านเด่นแก้ว (บ้านล้อมแรด จำนวน 98 ราย บ้านแพะหลวง จำนวน 27 ราย) รพ.สต.บ้านแม่วะเด่นชัย (บ้านแม่วะเด่นชัยจำนวน 3 ราย) รพ.สต.บ้านแม่วะหลวง (บ้านแม่วะน้ำดิบจำนวน 4 ราย บ้านผดุงราษฎร์รังสรรค์ จำนวน 3 ราย) รพ.สต.บ้านแม่ปะหลวง (บ้านแม่ปะหลวง จำนวน 9 ราย บ้านแม่ปะแพะจำนวน 9 ราย) รพ.สต.บ้านท่ามะเกว้น (บ้านท่ามะเกว้นเหนือ จำนวน 16 ราย) รพ.สต.บ้านแม่มอก กลาง (บ้านหัวน้ำ จำนวน 16 ราย บ้านแม่มอกใต้ จำนวน 14 ราย และบ้านหัวน้ำพัฒนาจำนวน 17 ราย) ผู้วิจัยจะใช้วิธีการประสานติดต่อเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หากพบกรณีที่บุคคลไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะทำการสุ่มไล่ถัดไปเรื่อยๆ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยใช้การสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรม^{5,17,18,19} แบ่งออกเป็น 5 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ทำทางประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และประสบการณ์การเจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ และเติมข้อความจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยการใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 4 ข้อ ตอบเห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนอิงเกณฑ์ของบลูม (1981)¹⁸

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์ปัจจัยเอื้อ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน (ด้านบวก 5 ข้อ) ระยะทางในการเดินทางไปทำกิจกรรม การแพทย์แบบผสมผสาน (ด้านบวก 1 ข้อ) ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมบริการการแพทย์แบบผสมผสาน(ด้านบวก 2 ข้อ)และการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสาน (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ) เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบจำนวน 14 ข้อ โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert Scale) ¹⁹ 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ลักษณะการประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้ค่าคะแนนเห็นด้วยมาก ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 3 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้ 1คะแนน ค่าคะแนนเห็นด้วยปานกลาง ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 2 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อย ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้ 3 คะแนน ลักษณะการประมาณค่า 3 ระดับ โดยในแต่ละด้านแบ่งเป็นระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์ปัจจัยเสริม เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล (ด้านบวก 3 ข้อ)และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แบบผสมผสานที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (ด้านบวก 1 ข้อด้านลบ 1 ข้อ) เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert Scale)¹⁹ 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ลักษณะการประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้ค่าคะแนนเห็นด้วยมาก ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 3 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้ 1คะแนน ค่าคะแนนเห็นด้วยปานกลาง ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 2 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อย กลาง ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ให้ 3 คะแนน โดยในแต่ละด้านแบ่งเป็น

ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ 5 (พฤติกรรมเชิงบวก 8 ข้อ, พฤติกรรมเชิงลบ 2 ข้อ) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน(พฤติกรรมเชิงบวก 8 ข้อ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในระบบการแพทย์ภาคประชาชน (พฤติกรรมเชิงบวก 7 ข้อ) โดยแบบสัมภาษณ์ในส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ คะแนนรวม 75 คะแนน มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ให้เลือกตอบ

เพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกจำนวน 22 ข้อ (ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 และ 25) และด้านลบจำนวน 3 ข้อ (ข้อ 1, 7 และ ข้อ 10) ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) พฤติกรรมเชิงบวก เท่ากับ 3 คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์) พฤติกรรมเชิงบวก เท่ากับ 2 คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย พฤติกรรมเชิงบวก เท่ากับ 1 คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ เท่ากับ 3 คะแนน และแบ่งระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 จัดระดับพฤติกรรมแบบแยกชุดข้อมูลตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน (ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ, ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และ ระบบการแพทย์ภาคประชาชน) การแบ่งระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยใช้การสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าIOCโดยรวมทั้ง

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2566 รหัสโครงการวิจัยที่ 66PU054

การวิเคราะห์ข้อมูล

ชุด เท่ากับ 0.95 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หลังจากนั้น นำแบบสอบถามโยใช้การสัมภาษณ์ มาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Cronbach's Alpha Coefficient ผลการทดสอบโดยรวมมีค่าช่วงความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.77 แบ่งเป็น ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกัน และรักษาข้อเข่าเสื่อมตามแนวทางการแพทย์แบบผสมผสาน มีค่าเท่ากับ 0.72, ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน, ระยะทางในการเดินทางไปทำกิจกรรม, เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม และการตัดสินใจเลือกการใช้การแพทย์แบบผสมผสาน) มีค่าเท่ากับ 0.72, ปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แบบผสมผสานที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม) มีค่าเท่ากับ 0.74 และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน มีค่าเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ โดยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง สาธารณสุขอำเภอเถิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอาการปวดเข่าโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานด้วยการทดสอบ ไค-สแควร์ (Chi-square test) และถ้าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-

สแควร์ จะทำการทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (Logistic regression) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสของการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานทีละคู่ (Univariate analysis) โดยใช้ตัวแบบถดถอยลอจิสติก อย่างง่าย (Simple logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 นำเสนอค่าขนาดความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Odds Ratio; COR) และระดับช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ COR หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุ (Multivariate analysis) โดยใช้ตัวแบบถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) ซึ่งการเลือกตัวแปรต่างๆ ในตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบถดถอยพหุลอจิสติก พิจารณาจากการทบทวนเอกสาร และวรรณกรรม¹⁸ หรือผลการวิเคราะห์ใน Univariate analysis ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.10 ($p\text{-value} < 0.10$) ซึ่งการนำเข้าสู่ตัวแบบเริ่มต้นโดยกระบวนการสร้างตัวแบบถดถอยพหุลอจิสติก ด้วยวิธีการขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) และจะนำเสนอค่าขนาด

3. ปัจจัยเอื้อ มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 2.37 ± 0.06 อยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อจัดลำดับคะแนนของแต่ละด้านของปัจจัยเอื้อพบดังนี้ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.56 ด้านระยะทางในการเดินทางไปทำกิจกรรมการแพทย์แบบผสมผสาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.62 ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.91 และด้านการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ

ความสัมพันธ์ที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ในตัวแบบ (Adjusted Odds Ratio; AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของ AOR

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.85 มีอายุเฉลี่ย 69.93 ± 6.55 ปี สูงสุด 91 ปี และต่ำสุด 60 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 48.68 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 50.99 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.4 อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร ร้อยละ 43.38 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001 ถึง 5,000 บาท ร้อยละ 52.65 การประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยืนอยู่ในท่าเดิมนานเกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 29.14 และนั่งอยู่ในท่านั่งยอง นานเกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 20.86 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการปวดเข่าที่ 5.45 ± 3.45 ปี อาการปวดเข่าของผู้ป่วยในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีอาการหลังจากการใช้งานนาน อาการปวดเข่ามากขึ้น พักแล้วดีขึ้นเป็นๆ หายๆ ร้อยละ 62.25

2. ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.31 ภาพรวมของระดับทัศนคติ มีค่าเฉลี่ย 10.08 ± 1.14 อยู่ในระดับสูง 74.17 เมื่อแบ่งปัจจัยเอื้อด้านการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์ผสมผสานออกเป็นรายข้อ จะพบว่า ด้านความปลอดภัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงจำนวน ร้อยละ 58.94 ด้านความน่าเชื่อถือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.66 ด้านความมีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.82 และด้านความคุ้มค่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.75

4. ปัจจัยเสริมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.21 ± 0.49 โดยเมื่อแบ่งเป็นด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ส่วนใหญ่อยู่

ในระดับสูง ร้อยละ 55.30 เมื่อแบ่งเป็นรายด้านจะพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.28 แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.91 แรงสนับสนุนจากเพื่อน/ชมรมสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.32 และด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ผสมผสานที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.48

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน จะมีช่วงคะแนนที่ต่ำที่สุดและสูงที่สุด เท่ากับ 26 – 75 คะแนน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 49.97 ± 5.87 (คะแนนเต็ม 75) โดยแบ่งเป็น ด้านระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.17 ด้านระบบการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 และด้านระบบการแพทย์ภาคประชาชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.31

6. วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย การวิเคราะห์ทีละคู่ (Univariate analysis) โดยใช้ตัวแบบถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) ที่นำเสนอค่าขนาดความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Odds Ratio, COR) และช่วงค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Crude OR และการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multiple logistic regression) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบวิธีขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) โดยนำเสนอด้วยค่าขนาดความสัมพันธ์ที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว (Adjusted Odds Ratio, AOR) และช่วงค่าความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Adjusted OR

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆรวมด้วย (univariate analysis) ได้แก่ ปัจจัยนำคือ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม การตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสาน และปัจจัยเสริมคือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล โดยในด้านปัจจัยนำ พบว่า ผู้ที่มีระดับทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางการแพทย์แบบผสมผสานเพื่อป้องกันและรักษาข้อเข่าเสื่อม ในระดับสูงมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับทักษะคิดปานกลางและต่ำ 4.55 เท่า (95% CI COR : 1.04 - 19.95, p-value = 0.045) ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้ที่มีระดับการเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ในระดับมาก มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ปานกลางและต่ำ 12.11 เท่า (95% CI COR : 3.95 - 37.16, p-value <0.001) และพบว่าผู้ที่มีระดับการใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม ในระดับมาก มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับด้านการใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม ปานกลางและต่ำ 4.11 เท่า (95% CI COR : 1.60 - 10.53, p-value =0.003) ส่วนผู้ที่มีระดับการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสานปานกลางและต่ำ 5.40 เท่า (95% CI COR : 2.14 - 13.59, p-value <0.001) ปัจจัยเสริม พบว่าผู้ที่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลปานกลางและต่ำ 8.54

เท่า (95% CI COR : 1.95 - 37.34, p-value = 0.004) และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานใน ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง อย่างมีระดับ นัยสำคัญทางสถิติ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย (Multivariate analysis) ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน การตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แบบผสมผสาน และปัจจัย เสริม คือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล โดยในด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้ที่มีระดับการเข้าถึง บริการการแพทย์แบบผสมผสาน ในระดับมาก มี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบ ผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการเข้าถึง บริการการแพทย์แบบผสมผสาน ปานกลางและต่ำ 9.45 เท่า (95% CI AOR : 2.84 - 31.48, p-value < 0.001) และพบว่าผู้ที่มีระดับการตัดสินใจเลือกใช้ การแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก มีพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานโดยใช้ การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับ การตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แบบผสมผสานปาน กลางและน้อย 3.60 เท่า (95% CI AOR : 1.26 - 10.26, p-value = 0.016) ปัจจัยเสริม พบว่าผู้ที่มี ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลปานกลาง และต่ำ 4.83 เท่า (95% CI AOR : 1.01 - 23.12, p-value = 0.049)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 72.85 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 48.68 สอดคล้องกับการศึกษาของ นาง พิมล นิมีตานันท์⁸ ที่พบว่าความชุกของโรคข้อเข่า เสื่อมในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยความชุกของโรค มีความสอดคล้องกับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่สูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ รักสกุลชัย ทองจันทร์⁵ ที่พบว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อ

เข่าเสื่อม ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น เพศ โดยพบว่าเพศ หญิงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มากกว่า เพศชายถึง 1.84 เท่า อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร ร้อยละ 43.38 สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยโรคกระดูก และกล้ามเนื้อ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มอาชีพ เกษตรกรผู้ปลูกพืชผักและพืชไร่ คิดเป็นร้อยละ 62.34²⁰ ด้านการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยืนอยู่ในท่าเดิมนานเกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 29.14 และนั่งอยู่ในท่านั่งยอง นานเกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 20.86 สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงอรุณ ดังก้อง ที่พบว่าท่าทางที่ทำให้เกิดแรงอัด ภายในข้อและทำให้ผิวข้อเกิดการเสียดสีกันจะทำให้ เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น เช่น การนั่งหรือยืนในท่า เดิมนานๆเป็นท่าทางที่จะทำให้เลือดมาเลี้ยงกระดูก อ่อนลง เกิดการขาดสารอาหารและออกซิเจนมาก ขึ้น จึงแนะนำให้หลีกเลี่ยงท่าทางดังกล่าว²¹ โดยอาการ ปวดเข่าของผู้ป่วยในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ มีอาการหลังจากการใช้งานนาน อาการปวดเข่ามาก ขึ้น พักแล้วดีขึ้นเป็นๆหายๆ จำนวน ร้อยละ 62.25 และปวดลึกๆที่เข่าเล็กน้อยเวลาขยับตัวหรืออยู่ในบาง ท่าเท่านั้น ร้อยละ 21.52 โดยในพื้นที่อำเภอลำทะเมนชัย มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่มีท่าทางการ ทำงานอยู่ท่าเดิมเป็นเวลานาน การส่งเสริมพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ การแพทย์แบบผสมผสาน จึงควรมีการส่งเสริมในเรื่อง การปรับท่าทางการทำงานที่เหมาะสม/ การออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของข้อเข่า รวมไปถึง ส่งเสริมการใช้รูปแบบแพทย์แบบผสมผสาน เพื่อ บรรเทาอาการปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในระยะยาว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ การแพทย์แบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์ และคณะ²² ที่พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถี ใหม่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 39.75 เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน ด้านระบบการแพทย์ภาควิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 75.17 โดยข้อปฏิบัติที่ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ หยุดพักการใช้ข้อเข่าเมื่อมีอาการปวดเข่า มีคะแนนเฉลี่ย 2.61 ± 0.49 ด้านระบบการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 โดยข้อปฏิบัติที่ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือหลังทานยาแผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ทุเลา ผู้สูงอายุใช้ยาสมุนไพร/ประคบด้วยตนเองร่วมด้วย มีคะแนนเฉลี่ย 2.30 ± 0.56 และด้านระบบการแพทย์ภาคประชาชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.31 ข้อปฏิบัติที่ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือส่วนใหญ่เมื่อเริ่มมีอาการปวดเข่า ผู้สูงอายุใช้วิธีที่เคยได้รับการอบรม/เรียนรู้/จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาปรับใช้กับอาการที่บ้าน เช่น การประคบ การพอกเข่า โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.32 ± 0.53 รองลงมาคือเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า ผู้สูงอายุสามารถหาข้อมูลการจัดการอาการปวดเข่าด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยารับประทานก่อนเป็นอันดับแรก มีคะแนนเฉลี่ย 2.06 ± 0.52 และ เมื่อมีอาการปวดข้อเข่า ผู้สูงอายุใช้การประคบสมุนไพรช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่า มีคะแนนเฉลี่ย 2.05 ± 0.52 การส่งเสริมการแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมควรดำเนินการในทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ภาคประชาชน ควบคู่กับการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การดำเนินงานเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้การแพทย์แบบผสมผสานในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามนโยบายที่ให้หน่วยบริการสุขภาพมีการเสริมสร้างให้ประชาชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร²³ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จะพบว่าด้านปัจจัยเอื้อ ผู้ที่มีระดับการเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ในระดับมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง

มากกว่าผู้ที่มีระดับการเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน ปานกลางและต่ำ 9.45 เท่า (95% CI AOR : 2.84 - 31.48,) และพบว่าผู้ที่มีระดับการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสานปานกลางและน้อย 3.60 เท่า (95% CI AOR : 1.26 - 10.26, p-value = 0.016) สัมพันธ์กับการศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์²⁴ ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับที่สูง (Mean=3.89, S.D.=0.53) การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.532$, $r=0.387$ และ $r=0.384$ ตามลำดับ) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์แบบผสมผสานได้ง่ายขึ้น จะช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และด้านปัจจัยเสริมพบว่าผู้ที่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง มากกว่าผู้ที่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลปานกลางและต่ำ 4.83 เท่า (95% CI AOR : 1.01 - 23.12, p-value = 0.049) พื้นที่อำเภอเถินเป็นชุมชนกึ่งชนบท ลักษณะชุมชนเป็นแบบเครือญาติ มีการพึ่งพาอาศัยกัน การให้คำแนะนำการไปรับการรักษาด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน/หรือการใช้ที่เคยได้อบรมมาแล้วได้ผลดี เกิดการบอกต่อไปยังกลุ่มคนในครอบครัวและเครือญาติ จึงชักจูงให้เกิดพฤติกรรมในการใช้การแพทย์แบบผสมผสานตามคำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา อรุณพงษ์และคณะ²⁵ ที่พบว่าตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของของผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน²⁶ ที่พบว่า การให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลจากครอบครัวและการให้การสนับสนุนด้านการดูแล

สุขภาพของผู้สูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสาธารณสุข และชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการสร้างเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมการเสริมสร้างบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับการแพทย์แบบผสมผสาน รวมถึงให้คำแนะนำให้เหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสมกับตนเองอีกด้วย

ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดีและข้อจำกัดของการแพทย์แบบผสมผสานผ่านสื่อที่เข้าถึงง่าย ผ่านกิจกรรมในชุมชน สื่อออนไลน์ การฝึกอบรม หรือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการรักษาแบบผสมผสานของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมความมั่นใจและความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

4. หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพ หรือการสร้างเครือข่ายสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

5. ส่งเสริมให้หน่วยงานท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลในพื้นที่เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการแพทย์แบบผสมผสาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดแนวทางการบูรณาการการแพทย์แบบผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน ผลักดันให้มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแพทย์แบบผสมผสานและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่รวมถึงการแพทย์แบบผสมผสาน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

2. หน่วยงานสาธารณสุข ควรเพิ่มช่องทางให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทางการแพทย์แบบผสมผสานได้ง่ายขึ้น และสนับสนุนให้มีการให้บริการสุขภาพด้านการแพทย์แบบผสมผสานเชิงรุกในชุมชน

3. หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรส่งเสริมการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสาน โดยพัฒนาโปรแกรมการ

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้การแพทย์แบบผสมผสานปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ทศนคติ ความเชื่อ และแรงจูงใจเพื่อเข้าใจปัญหาและความต้องการอย่างลึกซึ้ง

2. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทและในเมืองหรือกลุ่มที่มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้อย่างครอบคลุม

3. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อศึกษาผลกระทบของการใช้การแพทย์แบบผสมผสานต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาวหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2565). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพ.ศ.2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- 2.Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. การคัดกรองโรคผู้สูงอายุ10 เรื่อง.ระบบออนไลน์.[อินเทอร์เน็ต].2565 :[สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565].เข้าถึงได้จาก:
https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f1513
- 3.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). รายงานประจำปี 2563.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.กรมอนามัย.กทม.
- 4.วันทนา วชิรอุดมกาล และคณะ. (2557).ความสามารถในการทำงานของข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมรุนแรง.เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาวะ. คณะแพทยศาสตร์ : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- 5.รักสกุลชัย ทองจันทร์. (2565). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดฉะเชิงเทรา.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ,คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
- 6.พิษณุ อภิสมภารโยธิน. (2557). รูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างจังหวัดนครปฐม.วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากรฉบับภาษาไทย 34.3.
- 7.Rodney W. Benner, et.al. (2019). Knee Osteoarthritis Alternative Range of Motion Treatment. Shelbourne Knee Center at Community East Hospital.USA”
- 8.นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์.(2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย.วารสารพยาบาลทหารบก 15:186
- 9.จันจิรา บิลหิ. (2561).ผลของโปรแกรมบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ:1.
- 10.ศศิภิญญา ผ่องชมภู. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ตามรูปแบบโอเอนีลำปาง ในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 11.วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์ และคณะ. (2565). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาพอกเข่าสูตรลำปางโมเดลกับการรักษาแบบปกติต่ออาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม.วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 21.3
- 12.ปิยะพล พูลสุขและคณะ. (2559) .ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริหารข้อเข่าด้วยฤาษีตัดตนเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 46:192.
- 13.ปฐวิภาณี ชันธโชค และคณะ. (2564). การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบรรเทาความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุตำบลมหาไถไทย อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- 14.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). พฤติกรรมทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของ วัฒนธรรมสุขภาพในพฤติกรรมทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- 15.กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ สำนักการแพทย์ทางเลือก.(มมป.).กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- 16.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเถิน. (2565). เอกสารสรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2565.
- 17.เสาวนีย์ สิงหา และคณะ.(2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตเทศบาลตำบลแพรกษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.วารสารมคอ.วิชาการ.18:115-130.
- 18.อัญชลี สามงามมี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.,วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.ปทุมธานี
19. Likert R. (1961) . inventor New Pattern of Management. 1961.

- 20.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2560). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี2560. กรมควบคุมโรค.
- 21.แสงอรุณ ดังก่อ.(2560). ภาพภาพบำบัดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. เวชบัณฑิตศิริราช บทความทั่วไป 15 :115
- 22.ณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์ ,พิตรพิบูล ธารภูธร.(2565). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ กรณีศึกษาชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี.วารสารหมอยาไทยวิชัย.9.2.
- 23.กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2565). นิตยสารออนไลน์เพื่อสุขภาพดี มีความสุข ปีที่2. ฉบับที่1 https://fliphtml5.com/ljivi/eggf/Wellness_Magazine/. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2568.
- 24.อภิชัย คุณิพงษ์, (2562).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.วารสารกรมการแพทย์.44.
- 25.ชลธิชา อรุณพงษ์ ,พรทิพย์ ปุกหุด.(2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี.Ubol Rachathani Journal of Research and Evaluation 10:31-42.
- 26.สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี .วารสารการแพทย์และสาธารณสุข :มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

Developing potential of village health volunteers for elderly and dependent people care in Pak Nam Chumphon Subdistrict, Chumphon Province

(Received: March 12,2025 ; Revised: April 7,2025 ; Accepted: April 8,2025)

โอริสา พรหมสถิตย์¹

Orisa promsatit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 73 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 55 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้วงจร PDCA มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทศนคติและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย หลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.31-1.92, $p = 0.007$) ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.80-2.81, $p = 0.001$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.10-4.82, $p = 0.002$)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้สูงอายุ, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study aims to study the results of developing the potential of village health volunteers for caring elderly and dependent people in Pak Nam Chumphon Subdistrict, Chumphon Province. Between August 2024 and January 2025, the sample group included 73 village health volunteers (VHVs) and 55 elderly people. research tool was questionnaire, including perceptions of health promotion among village health volunteer, operational skills for caring for elderly and dependent people and performing daily activities. Statistics analysis used: descriptive statistics and Paired t-test.

Results: Developing potential of village health volunteers for caring for elderly and dependent people. Using the PDCA cycle, there were 5 activities: 1) knowledge enhancement Attitudes and perceptions of health promotion for the elderly 2) promote practical skills for caring for elderly and dependent people 3) Promote family participation 4) Providing information 5) Developing the potential of village health volunteers for caring for elderly and dependent people the end of life. After developing the village health volunteers, there was a statistically significant increase in their awareness of promoting the overall health of the elderly (95%CI: 1.31-1.92, $p = 0.007$). Overall skills for caring for elderly and dependent people increase statistically significant (95%CI: 1.80-2.81, $p = 0.001$). Overall activities of daily living increase statistically significant (95%CI: 1.10-4.82, $p = 0.002$).

Keywords: Potential Development, Village Health Volunteers, Elderly, Dependent People

¹ พย.บ.โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประมาณว่า มากกว่าหนึ่ง พันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้น เป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 และภายในทศวรรษหน้า การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรนี้ สะท้อนให้ เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษาพยาบาล ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก¹

แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นระบบ และกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกที่สำคัญ ในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการขจัดหรือลด ตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบ องค์กรรวม สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเรื้อรัง อีกทั้งลดภาระ ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในอนาคต และลดภาระ ด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัว² กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควร มีการฟื้นฟูความรู้ทักษะการดูแลทุกปี การสนับสนุน งบประมาณที่เอื้อต่อการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ให้ ครอบคลุมต่อการดำเนินงานและการได้รับความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานเป็นทีม จะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มสูงขึ้น³ การ จัดบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลที่ ต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น หน่วยงาน หลักในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และได้รับการ กระจายอำนาจด้านการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี ระยะเวลาเตรียมการระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เพื่อรองรับความท้าทาย ดังนี้ 1) การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและ ชุมชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็ง ของ ทุนทางสังคมที่มีในชุมชน ทั้งในด้าน คน สถาบัน (ครอบครัว ชุมชน ศาสนา) วัฒนธรรม และภูมิปัญญา 2) การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการ ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการวางแผนและ

จัดสรร งบประมาณอย่างชัดเจน 3) การวางแผนและ พัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพและสังคม และการเร่ง เพิ่มสัดส่วน และพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการให้เพียงพอ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และบูรณาการ พร้อมรับการ เปลี่ยนแปลงและสามารถจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ที่มีคุณภาพ⁴ ความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน รายละเอียดบทบาทที่สำคัญดังนี้ 1) การส่งเสริมความตระหนักรู้ในสังคม อสม. ควร ร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในการส่งเสริม ความ ตระหนักในสังคมเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแล ผู้สูงอายุ และสนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่เน้น การแบ่งปันความรู้เรื่องสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) การสำรวจและดูแล สุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อสม. ทำการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน ค้นหา ผู้ที่มีความ เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังหรือมีความจำเป็นในการรับการ ดูแลเพิ่มเติม และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) การเฝ้า ระวังสุขภาพ เฝ้าระวังสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เหมาะสมตามสถานะสุขภาพ 4) อสม.ประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่ง ต่อผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล 5) การ บันทึกรายชื่อและวางแผน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพื่อใช้ในการวางแผน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงสภาพการดูแล⁵

ในเขตตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 มีผู้สูงอายุ ทั้งหมด จำนวน 1,978, 2,025, 1,964 และ 2,012 คน ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถจัดกลุ่ม ได้ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม ร้อยละ 97.02 (จำนวน 1,919 คน), ร้อยละ 97.58 (จำนวน 1,976 คน), ร้อย ละ 95.72 (จำนวน 1,880 คน), ร้อยละ 97.52 (จำนวน 1,962 คน) กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ร้อยละ 2.12 (จำนวน 42 คน), ร้อยละ 1.78 (จำนวน 36 คน),

ร้อยละ 3.16 (จำนวน 62 คน), ร้อยละ 1.24 (จำนวน 25 คน) และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง ร้อยละ 0.86 (จำนวน 17 คน), ร้อยละ 0.64 (จำนวน 13 คน), ร้อยละ 1.12 (จำนวน 22 คน), ร้อยละ 1.24 (จำนวน 25 คน)⁶ ทั้งนี้ ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเยี่ยมบ้าน ส่งยาถึงบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการอย่างครบถ้วน และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไม่เครียดจนเกินไป เพื่อให้เป็นมาตรฐานเกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน พร้อมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว จนถึงการดูแลในระยะท้ายของชีวิต รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร ที่ได้เริ่มดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัย ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

สมมติฐาน

หลังการได้รับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาในพื้นที่ตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-มกราคม 2568

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 73 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร มีบทบาทในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁷ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

เมื่อ Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96, Z_β = กำหนดค่า Power of Test เท่ากับ 80 มีค่าเท่ากับ 0.84, σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม, μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลอง

μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม อ้างอิงผลการศึกษาของ นงนุช หอมเนียม และคณะ⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. มีทักษะปฏิบัติการดูแลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินงาน (Mean 12.97, SD= 2.32: Mean 16.07, SD=1.54) คำนวณค่าความแปรปรวน ดังนี้

$$\sigma_d^2 = \frac{(n_1-1) sd_1^2 + (n_2-1) sd_2^2}{(n_1+n_2)^2}$$

$$\sigma_d^2 = \frac{(20-1)(2.32)^2 + (20-1)(1.54)^2}{(20+20)^2}$$

$$\sigma_d^2 = 3.68$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96+1.28)^2 3.68}{(2.32-1.54)^2}$$

$$n = 64.33 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 65 คนและผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% ของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 73 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ คู่มือรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร มีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลแบบสอบถามชุดนี้ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวทางการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว และ วรพจน์ พรหมสัถยพรต⁹ แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 52 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ประเภทผู้ดูแล เพศ อายุ การศึกษา การทำงาน จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแล การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่าย

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของ อสม. จำนวน 15 ข้อ การตอบมี 5 ระดับ¹⁰ คือ 1= ไม่มี ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 24.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (24.68-49.34 คะแนน) ระดับมาก (49.35-75.0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 29 ข้อ เกี่ยวกับการดูแลด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การตอบให้แสดงความคิดเห็นระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ¹⁰ คือ 1= ไม่มีส่วนร่วม ถึง 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด การแปลผลรวม 145 คะแนน แบ่งค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 49.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (49.0-96.0 คะแนน) ระดับมาก (96.01-75.0 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ส่วน จำนวน 38 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานเดิม การศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายรับ รายจ่าย สิทธิในการรักษาพยาบาล ประเภทผู้ดูแล หรือผู้ที่อยู่ร่วมในครอบครัว จำนวนพื้นที่ที่เหลื่อใช้ได้ และจำนวนพื้นที่หลัง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 26 ข้อ การศึกษานี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน¹² และระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ¹³ ตอบคำถามมี 5 ระดับ¹⁰ ดังนี้ 1=ไม่ใช้/ทำไม่ได้ ถึง 5 = มากที่สุด แปลผลดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยง (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับข้อมูลทั่วไป โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เลือกใช้ข้อมูลทั่วไป ที่มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30

คน ในเขตหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง ปรากฏดังนี้ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. $\alpha = 0.82$ ทักษะการปฏิบัติการดูแล $\alpha = 0.89$ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน $\alpha = 0.91$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ชี้แจงให้วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

2. เก็บข้อมูลกลุ่ม อสม. ครั้งที่ 1 ในเดือนสิงหาคม 2567 โดยให้กลุ่ม อสม.ตอบแบบสอบถามก่อนดำเนินการ (pre-test) ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนมกราคม 2568 ให้กลุ่ม อสม.ตอบแบบสอบถาม (post-test) ใช้เวลาตอบประมาณ 20-30 นาที

3. เก็บข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 ในเดือนสิงหาคม 2567 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมให้ตอบแบบสอบถาม (pre-test) ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนมกราคม 2568 ให้ตอบแบบสอบถาม (post-test) ใช้เวลาตอบประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมานสำหรับการวิเคราะห์ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา โดยใช้ Paired t-test ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะการปฏิบัติการดูแล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-053/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร โดยใช้วงจร PDCA รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร อธิบายได้ว่า มีการจัด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย จึงทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ มีกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 5 กิจกรรม มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีรายงานผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 57.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.2 อายุช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 67.1 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.1 มีการประกอบอาชีพ/ทำงาน ร้อยละ 72.6 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 64.4 ดูแลผู้สูงอายุ 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 89.0 และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.6

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า หลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.31-1.92, $p = 0.007$) โดยพบว่า อสม.มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ ($p=0.006$) รองลงมาคือด้านประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($p=0.027$) และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ($p=0.006$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=73)

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	19.60±4.22	20.04±3.99	0.05-0.825	-2.259	.027*
ด้านอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	12.15±4.10	12.47±4.10	0.01-0.63	-1.960	.054*
ด้านความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	19.10±4.28	19.47±4.18	0.10-0.63	-2.811	.006*
เฉลี่ย	50.84±9.74	51.97±9.37	1.31-1.92	-2.784	.007*

* $p < .05$, Paired t-test

ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. พบว่า หลังพัฒนาอสม. มีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.80-2.81, $p = 0.001$) โดยพบว่า อสม.มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ

ด้านการบริโภคอาหาร ($p = 0.001$) รองลงมาคือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($p = 0.010$) และมีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย ($p = 0.045$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=73)

ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านการบริโภคอาหาร	19.07±4.79	19.51±4.75	0.17-0.69	-3.350	.001*
ด้านการออกกำลังกาย	14.53±4.26	14.79±4.24	0.02-0.49	-2.223	.029*
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	12.66±3.61	12.89±3.51	0.02-0.44	-2.235	.028*
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	23.59±5.48	23.93±5.35	0.01-0.60	-2.640	.010*
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	19.96±4.53	20.26±4.50	0.04-0.55	-2.337	.022*
ด้านการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	19.53±4.90	19.77±4.74	0.01-0.47	-1.949	.045*
เฉลี่ย	109.34±24.10	111.15±23.75	1.80-2.81	-3.596	.001*

* $p < .05$, Paired t-test

ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79ปี) ร้อยละ 54.5 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 54.5 อาชีพด้านธุรกิจ/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 54.5 จบประถมศึกษา ร้อยละ 83.6 แหล่งรายได้จากคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 50.9

รายรับ-รายจ่ายเพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 61.8 อยู่ร่วมกับบุตร หลาน ญาติ ร้อยละ 65.5 มีพื้นที่ที่ใช้เคียวได้น้อยกว่า 20 ไร่ ร้อยละ 52.7 และไม่มีพื้นที่หลัง ร้อยละ 47.3

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(95% CI: 1.10-4.82, $p = 0.002$) พบว่าความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพกาย (Physical) ($p = 0.002$) รองลงมาคือ ด้าน

สิ่งแวดล้อม (Environment) ($p = 0.004$) และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านจิตใจ (Mental) ($p = 0.038$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยรวมเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=55)

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	คะแนนรวม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%CI	t	p-value
		Mean±SD	Mean±SD			
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	35	25.09±8.20	26.11±8.64	1.38-1.64	-3.242	.002*
ด้านจิตใจ (Mental)	30	16.13±7.18	16.95±7.35	1.04-1.59	-2.125	.038*
ด้านสังคม (Social)	15	10.11±2.78	10.38±2.89	0.04-0.50	-2.383	.021*
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	40	19.29±6.17	20.15±6.48	1.28-1.42	-3.001	.004*
รวม	130	70.62±21.72	73.58±23.11	1.10-4.82	-3.193	.002*

* $p < .05$, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร โดยใช้วงจร PDCA รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลปากน้ำชุมพร อธิบายได้ว่า มีการจัด 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร 5) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะท้าย จึงทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือ มีกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 5 กิจกรรม มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีรายงานผลการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ พบว่า ทูทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ต้นทุนด้านครอบครัว และ 2) อสม. มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้าน การวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร และศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรม อสม. มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน¹⁴ การศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา คานาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย พบว่า รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาครัฐและเอกชนผ่านโรงพยาบาล โดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการให้สิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบการเงินและรูปแบบอื่น เช่น การดูแลที่บ้าน การเข้าถึงบริการ มีระบบคัดกรองความสามารถในกิจวัตรประจำวัน และการปรับกระบวนการให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์และกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ¹⁵ และการศึกษาที่พบว่า การพัฒนากระบวนการในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) จัดประชุมวางแผน (3) กำหนดโครงการ (4) ดำเนินงานตามโครงการ (5) ติดตาม นิเทศ และประเมินผล ในขณะเดียวกันมีการดำเนินโครงการเพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวในพื้นที่ของประเทศไทยด้านประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโครงการควบคู่ไปกับการศึกษาจากประสบการณ์การดูแลระยะยาวในต่างประเทศ ใช้เป็นนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย¹⁶

2. ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า หลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เช่น อาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ อาหารที่ปรุงสุก และมีคุณภาพได้ รองลงมาคือ การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ ไม่ออกกำลังกาย เพราะกิจวัตรประจำวันและงานทำให้เหนื่อยแล้ว ตามลำดับ อธิบายได้ว่าหลังพัฒนา อสม. มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นทั้งในด้านความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ ด้านประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ผลการพัฒนา ศักยภาพอสม. ครั้งนี้จึงทำให้มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดรูปแบบบริการในการดูแลที่มีทั้งระยะต้น ระยะกลาง ระยะยาวต่อเนื่อง และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุ คือ กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/อสม.ในระดับชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะในการดูแล มีระบบพี่เลี้ยง และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง¹⁷ และการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาพบว่าผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขทุกราย¹⁸

3. ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. พบว่า หลังพัฒนา อสม.มีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การอาบน้ำ/การเช็ดตัว รองลงมาคือ เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชนช่วย

ส่งเสริมแผนการดูแลผู้สูงอายุ และมีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีความเครียด ท่านใช้ยานอนหลับ/ยาระงับประสาท ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาอสม.ทำให้มีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมเพิ่มขึ้นทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ด้านการได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะประกอบด้วย ความเครียด พลังสุขภาพจิต ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้างมากขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทำให้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี¹⁹

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ หากป่วยหนักเชื่อว่า ครอบครัวจะดูแลอย่างดี รองลงมาคือ รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และการสูญบุหรืลดลง ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นทั้งในด้านสุขภาพกาย (Physical) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และด้านจิตใจ (Mental) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น²⁰

สรุปผล การพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อสม. สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่บ้านของตนเองได้อยู่กับลูกหลาน ญาติ เพื่อนบ้านเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น จึงควรใช้เป็นจุดเริ่มต้นที่ชุมชนในการพัฒนาให้การสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น

และเอื้อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อาศัยในบ้าน
ตนเองในชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญอันดับต้น ๆ ที่
จะต้องพัฒนา

2. ด้านการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรผู้
ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้
มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้ง
ผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมใน

สังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่าง
ต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาว
ด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้
พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุม ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับ
การดูแลที่เหมาะสมเกิดประโยชน์มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. WHO.(2023). Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. [Internet]. 2023. [Cited 2023 June 2]. Available from: <https://www.who.int/thailand>
2. กองแผนงาน กรมอนามัย.(2566). โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต].2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://doc.anamai.moph.go.th>
3. จันจิรา อินทจิตร, ฉัตรสมุน พลภูมิโย.(2564). การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2): 383-92.
4. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช, ภาวดี เหมทานนท์, พรฤดี นิธิรัตน์, ประกาย เพชรบุญ, ฤกษ์กมล รักญาติกุล. (2020). The Management of Elderly Care System in Community: The Challenging Roles of Local Administrative Organization. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020; 14(3): 10-21.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.). คลังสื่อประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://prgroup.hss.moph.go.th/gameqeehar>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร.(2566). ข้อมูล HDC จังหวัดชุมพร [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo>
7. Wayne WD.(1995). Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
8. นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังสี, ดลนภา จิระออน.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 30(3): 460-70.
9. ศศิพันธ์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต.(2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 197-206.
10. Likert R.(1967). "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
11. Best JW.(1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc..
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
13. Pattanaphesaj J.(2023). Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University [Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://www.hitap.net>
14. รัตยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช.(2563). ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-13.

15. กุสาวดี เมลืองนนท์, ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, ศนิตา หิรัญรัมย์, ดวงรัตน์ โพธิ์. (2023). ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. JHCR 2023; 17(1): 149-62.
16. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Schols JMGA, Kempen GJM, Hamers JPH. (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care a Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. J Nutr Health Aging. 2020; 24(1): 43-47.
17. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(1): 140-55.
18. ศรีรัตน์ ศิลปภา, ธารา รัตนอานวยศิริ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 4(1): 29-42.
19. พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย, กฤติยาพร คำไข, เจนนภา หาญโงน, ภาวิณี วงษ์กันหา. (2565). โควิด-19 กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารมหาจุฬานาครธรรม 2565; 9(9): 1-14.
20. วัฒนา จันทรเปรม, มยุรี บุญทด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. (2566). การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2566; 6(1): 14-34.

คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

The quality of services affecting the satisfaction of users of emergency medical services
at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

(Received: March 16,2025 ; Revised: April 7,2025 ; Accepted: April 8,2025)

ณัฐพร ศิลาคม¹ อธิธิฤทธิ์ ศิลาคม²

Nathapohn Silakhom¹ Itthirith Silakhom²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย การวิจัยแบบเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 5 ด้านและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้ RATER MODEL ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง สมมติฐาน คือ ตัวแปรด้านคุณภาพการให้บริการอย่างน้อย 1 ตัว ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย เพศหญิง กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป การศึกษาชั้นประถมศึกษา ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านความเป็นรูปธรรมอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ ด้านการให้ความเชื่อมั่น และด้านการตอบสนองความต้องการ ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรถพยาบาลและ ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลการทดสอบสมมติฐาน คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรถพยาบาล พบว่า ตัวแปรด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่และด้านการตอบสนองความต้องการส่งผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งยอมรับสมมติฐาน และ ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ตัวแปรด้านความเป็นรูปธรรมและด้านการให้ความเชื่อมั่นส่งผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งยอมรับสมมติฐาน

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ, ความพึงพอใจ, การแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

This research aimed to investigate the service quality factors that influence the satisfaction of emergency medical service users at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. A cross-sectional survey design was employed to collect opinions on five aspects of service quality and satisfaction among emergency medical service users, utilizing the RATER model with a sample size of 86 individuals. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The hypothesis is that at least one service quality variable affects the satisfaction of emergency medical service users at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

The research results showed that most respondents were female patients aged 61 years or older, with a primary education. The overall perception of emergency medical service (EMS) quality at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province, was high level. Among the service dimensions, tangibility received the highest rating, followed by staff caring, reliability/trust, confidence, and responsiveness. Satisfaction levels among EMS users were high at both the ambulance service point and the emergency room. Hypothesis testing

¹ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

² นักวิจัยอิสระ

revealed that: For ambulance services, staff caring and responsiveness positively influenced service quality and user satisfaction, supporting the hypothesis; for emergency room services, tangibility and confidence had a significant positive effect on service quality and satisfaction, further validating the hypothesis.

Keywords: Service quality, Satisfaction, Emergency medical service

บทนำ

ในปัจจุบันการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีการกระจายไปทั่วทุกพื้นที่ มีการจัดระบบบริการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพัฒนาระบบ การจัดการกู้ชีพเพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การส่งต่อ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล การปฏิบัติการฉุกเฉิน เมื่อเกิดเหตุ ผู้เห็นเหตุการณ์โทรแจ้ง 1669 เพื่อแจ้งเหตุและขอความช่วยเหลือ ทาง 1669 ประเมินอาการทางโทรศัพท์แล้วแจ้งรถกู้ชีพ ถ้าเป็นผู้ป่วยอาการหนัก รถกู้ชีพของโรงพยาบาลจะออกมารับผู้ป่วย แต่ถ้าอาการไม่หนักรถกู้ชีพของมูลนิธิจะเป็นผู้มารับผู้ป่วย ดูแลนำส่งโรงพยาบาลจากสถิติปี 2564 พบว่าจำนวนปฏิบัติการออกมารับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีการรักษา นำส่ง 8,102,758 ครั้ง (93.69%) เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง 61,490 ครั้ง (0.71%) มีการรักษาและเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 20,330 ครั้ง (0.24%) มีการรักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง 2,624 ครั้ง (0.03%) มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ร้อยละ 36.48 ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที ข้อมูลจากงานวิจัย พบว่า หนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตคือ เวลาจากรับแจ้งเหตุจนถึงที่เกิดเหตุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที (Response time $\leq$ 10 minutes) มีโอกาสรอดชีวิตจนถึงโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่

เวลาจากรับแจ้งเหตุจนถึงที่เกิดเหตุที่มากกว่า 10 นาที 1.26 เท่า¹ จังหวัดหนองคายเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 8 ได้ปฏิบัติการกู้ชีพ ในปี 2564 ได้ปฏิบัติการกู้ชีพ 14,253 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 14,529 ราย ในปี 2565 จำนวนปฏิบัติการกู้ชีพ 12,752 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 13,306 ราย² ในปี 2559 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ความพึงพอใจด้านการใช้บริการอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ณ จุดบริการที่รถกู้ชีพ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ส่วนจุดบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด³

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย มีจำนวนปฏิบัติการฉุกเฉินออกมารับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ โดยรถกู้ชีพหรือรถพยาบาลของโรงพยาบาล จำนวน 610, 572 และ 510 ครั้งในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยรถกู้ชีพของโรงพยาบาล ซึ่งมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลรัศมี 10 กิโลเมตร ภายใน 10 นาที ในปี 2564, 2565, 2566 เท่ากับ 52, 49 และ 38 ตามลำดับ⁴ ซึ่งตัวชี้วัดระดับชาติจะต้องใช้ไปถึงที่เกิดเหตุภายในเวลา 8 นาที⁵ และที่ผ่านมาไม่มีการวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่มีการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในภาพรวมของหน่วยงานในปีที่ผ่านมาพบร้อยละ 85 ส่วนทางด้านมิติคุณภาพบริการยังพบอุบัติการณ์ ในปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านมา มีอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน 2 ครั้ง บุคลากรไม่พร้อมปฏิบัติหน้าที่เนื่องจากติดภารกิจการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น จำนวน 1 ครั้ง ออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุซ้ำ จำนวน 1 ครั้ง และกู้ชีพของมูลนิธิไม่ประสานขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล แต่

ตัดสินใจนำผู้ป่วยอาการหนักส่งโรงพยาบาลเอง
จำนวน 9 ครั้ง

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของคุณภาพบริการ
ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ ความ
ไว้วางใจ คุณภาพของสิ่งที่จับต้องได้ การเอาใจใส่
จากบุคลากรและการตอบสนองของบุคลากร⁶ ที่
ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 8 ด้าน
ได้แก่ 1) ความสะดวกในการใช้บริการ 2) ความ
รวดเร็วในการบริการ 3) การประสานงานเพื่อการ
ดูแลรักษา 4) ขั้นตอนการให้บริการ 5) การพูดจา
ของเจ้าหน้าที่ 6) การให้คำแนะนำปรึกษาของ
เจ้าหน้าที่ 7) การได้รับข้อมูลข่าวสาร 8) ผลการ
ให้บริการในการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดบริการรถกู้
ชีพและจุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพบริการ
ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย
เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขคุณภาพบริการใน
ด้านต่างๆให้สอดคล้องกับความต้องการของ
ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจตามที
คาดหวัง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความ
พึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรด้านคุณภาพการให้บริการอย่างน้อย
1 ตัว ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัด
หนองคาย

วิธีการวิจัย

ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ เลือกการวิจัยเชิง
สำรวจแบบภาคตัดขวาง สํารวจเพื่อรวบรวมข้อมูล
ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 5 ด้านและ
การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่ม
ตัวอย่าง ณ จุดหนึ่งของเวลา โดยใช้ RATER

MODEL ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ R:
Reliability (ความน่าเชื่อถือ), A: Assurance
(ความไว้วางใจ), T: Tangibles (คุณภาพของสิ่งที่
จับต้องได้), E: Empathy (การเอาใจใส่จาก
บุคลากร) และ R: Responsiveness (การ
ตอบสนองของบุคลากร)

ประชากรเป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่เคยใช้
บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรถกู้ชีพของ
โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย โดยการสั่งการของศูนย์สั่ง
การจังหวัด ช่วงเวลา 6 เดือนย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่
1 เมษายน-30 กันยายน 2567 จำนวน 108 คน
เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารได้ ขนาด
กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Yamane⁷
กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ค่าความเชื่อมั่น
ประชากรที่ระดับ 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 86 คน
และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก

ระยะเวลาศึกษาวิจัย 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1
ธันวาคม 2567-31 มกราคม 2568 สถานที่ งาน
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย
จังหวัดหนองคาย

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
ความคิดเห็นคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึง
พอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่ง
ประกอบด้วยรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้
แบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List)
2. ข้อมูลความคิดเห็นคุณภาพบริการที่
ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย
ประยุกต์จากแบบสอบถามคุณภาพการให้บริการที่
มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย⁸
และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี 2559³ ใช้
แบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating
Scale)⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความ
คิดเห็น แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ระดับ คือ 5
หมายถึง มากที่สุด, 4 หมายถึง มาก, 3 หมายถึง

ปานกลาง, 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ใช้เกณฑ์การประเมินผลโดยการหาค่าเฉลี่ยแบ่งระดับออกเป็น 5 ระดับชั้น โดยการหาช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น (คะแนน 1-5) และคำนวณจากสูตรดังนี้ อันตรภาคชั้น เท่ากับ¹⁰

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

การแปลผลคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยวิธีค่าเฉลี่ย (Mean)

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายความว่า เห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายความว่า เห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 - 3.40 หมายความว่า เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายความว่า เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายความว่า เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

นำแบบสอบถามหาค่าความสอดคล้องด้านเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องด้านเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือญาติที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาและประสบการณ์การใช้บริการรถกู้ชีพในฐานะ อธิบายด้วยค่าความถี่ และร้อยละ 2) ข้อมูลระดับความคิดเห็นของคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อธิบายด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร ที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิเคราะห์ หาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม หรือเป็นการพยากรณ์ตัวแปรอิสระอย่างน้อยหนึ่งตัว ที่มีอิทธิพลส่งผลต่อตัวแปรตาม

3. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณในการทดสอบสมมติฐานการวิเคราะห์คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวแปรว่ามีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระต้องเกิดก่อนตัวแปรตามหรือตัวแปรเกณฑ์ 2) ตัวแปรตามต้อง Normality โดยค่า (Abs)Zskewness < 3 , (Abs)ZKurtosis < 10¹¹ 3) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องสัมพันธ์กัน (Correlation ต้อง Sig) 4) ต้องไม่เกิด Multiple collinearity¹¹ การวิเคราะห์ผลเพื่อไม่ให้เกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรหรือตัวแปรต้องเป็นอิสระต่อกันตัวแปรหากมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกันเองมากจะทำให้ตัวแปรมีความหมายเหมือนกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียสัน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาไม่ควรเกิน 0.80 นอกจากนี้ยังได้พิจารณาพร้อมกับค่า VIF

ไม่ควรเกิน 10 สำหรับค่า tolerance ควรอยู่ระหว่าง 0.10 ถึง 1.00 และค่า Durbin-Watson ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.50 - 2.50¹¹

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 107/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ พบว่า เพศชายจำนวน 35 ราย ร้อยละ 40.7 เพศหญิงจำนวน 51 ราย ร้อยละ 59.3 อายุ 18-30 ปี จำนวน 9 ราย ร้อยละ 10.5 อายุ 31-40 ปี จำนวน 17 ราย ร้อยละ 19.8 อายุ 41-50 ปี จำนวน 13 ราย ร้อยละ 15.1 อายุ 51-60 ปี จำนวน 21 ราย ร้อยละ 24.4 และอายุ 61 ปี ขึ้นไปจำนวน 26 ราย ร้อยละ 30.2 การศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 60 ราย ร้อยละ 69.8 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 26 ราย ร้อยละ 30.2 และไม่พบผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ประสบการณ์การใช้บริการรถกู้ชีพในฐานะผู้ป่วย จำนวน 58 ราย ร้อยละ 67.4 และเป็นญาติ จำนวน 28 ราย ร้อยละ 32.6

2. ผลการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$, S.D.=0.58) ด้านความเป็นรูปธรรม ($\bar{x} = 4.17$, S.D.=0.54) อยู่ในระดับสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ($\bar{x} = 4.16$, S.D.=0.67) ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ ($\bar{x} = 4.09$, S.D.=0.57) ด้านการให้ความเชื่อมั่น ($\bar{x} = 4.08$, S.D.=0.53) และด้านการตอบสนองความต้องการ ($\bar{x} = 4.03$, S.D.=0.59) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรถพยาบาล พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรถพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.12$, S.D.=0.67) ด้านความรวดเร็วของชุดปฏิบัติการกู้ชีพอยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{x} = 4.17$, S.D.=0.73) รองลงมา ได้แก่ ด้านการพูดจา สื่อสารของเจ้าหน้าที่ ($\bar{x} = 4.17$, S.D.=0.73) และผลการให้บริการในการช่วยเหลือผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.16$, S.D.=0.66) ด้านความสะดวกที่ให้บริการ ($\bar{x} = 4.14$, S.D.=0.65) ด้านข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการตัดสินใจใช้บริการ ($\bar{x} = 4.12$, S.D.=0.67) และขั้นตอนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{x} = 4.12$, S.D.=0.71) ด้านการประสานการบริการ ($\bar{x} = 4.10$, S.D.=0.57) และด้านการได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาเบื้องต้น ($\bar{x} = 4.05$, S.D.=0.70)

4. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.05$, S.D.=0.70) ด้านความสะดวกที่ให้บริการการดูแลรักษา อยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{x} = 4.08$, S.D.=0.80) รองลงมา ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการตัดสินใจใช้บริการรักษาพยาบาล ($\bar{x} = 4.01$, S.D.=0.75) ด้านการได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาในระหว่างการรักษาและก่อนจำหน่าย ($\bar{x} = 4.00$, S.D.=0.70) ด้านความรวดเร็วของการดูแลรักษา ($\bar{x} = 3.97$, S.D.=0.81) และด้านผลการให้บริการในการช่วยเหลือผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.97$, S.D.=0.83) ด้านขั้นตอนการให้บริการการดูแลรักษา ($\bar{x} = 3.94$, S.D.=0.69) ด้านการประสานการบริการเพื่อการดูแลรักษา ($\bar{x} = 3.92$, S.D.=0.70) และด้านการพูดจา สื่อสารของเจ้าหน้าที่ ($\bar{x} = 3.90$, S.D.=0.73) ตามลำดับ

5. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้ค่าสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า 1) ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระต้องเกิดก่อนตัวแปรตามหรือตัวแปรเกณฑ์จากการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า คุณภาพบริการประยุกต์จากกรอบแนวคิด RATER MODEL ซึ่งประกอบด้วยมิติคุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ คุณภาพของสิ่งที่จับต้องได้ การเอาใจใส่จากบุคลากรและการตอบสนองของบุคลากร ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ดังนั้น คุณภาพบริการเกิดก่อนความพึงพอใจในการใช้บริการ 2) ตัวแปรตามมีลักษณะการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) โดย ณ จุดรถกู้ชีพหรือรพพยาบาล ค่า $Z_{Skewness} = .313 / .260 = 1.2$, $Z_{Kurtosis} = -.584 / .514 = -1.13$ และ ณ จุดห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ค่า $Z_{Skewness} = .001 /$

$.260 = 0.003$, $Z_{Kurtosis} = -.954 / .514 = -1.85$ (ปกติ $Z_{Skewness} < 3$ และ $Z_{Kurtosis} < 10$) 3) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์สัญ จังหวัดหนองคาย มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05 4) ไม่เกิด Multiple collinearity ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียสัน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาไม่เกิน 0.80 ซึ่งค่าที่ได้อยู่ระหว่าง 0.48 - 0.72 ค่า VIF ของตัวแปรอิสระ มีค่าอยู่ระหว่าง 1.66-2.65 (ไม่ควรเกิน 10) และค่า Tolerance มีค่า 0.413-0.603 (ควรอยู่ระหว่าง 0.10 ถึง 1.00) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson มีค่า 1.96 (ควรอยู่ระหว่าง 1.50 - 2.50) ซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์สัญ จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรพพยาบาล

คุณภาพที่ให้บริการ	การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			t	p
	B	SE	β		
ด้านความเป็นรูปธรรม	.081	.124	.083	.553	.503
ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ	.049	.127	.041	.332	.468
ด้านการตอบสนองความต้องการ	.494	.135	.496	2.653	.016
ด้านการให้ความเชื่อมั่น	.112	.112	.172	1.401	.145
ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่	.511	.137	.579	3.461	.001
Adjusted R Square = .907 R Square = .908 R = .914					

$P < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์สัญ จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรพพยาบาล ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่และด้านการตอบสนองความต้องการส่งผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์

ฉุกเฉิน ได้ร้อยละ 90.8 โดยที่ตัวแปรด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ส่งผลต่อความพึงพอใจมากที่สุดรองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการโดยสามารถเขียนสมการถดถอยได้ ดังนี้

$$\hat{y} = 0.511x_5 + 0.494x_3$$

และเขียนสมการคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{Zy} = 0.579 Zx_5 + 0.496 Zx_3$$

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

คุณภาพที่ให้บริการ	การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			t	p
	B	SE	β		
ด้านความเป็นรูปธรรม	.517	.149	.533	3.463	.001
ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ	.059	.137	.061	.430	.668
ด้านการตอบสนองความต้องการ	.094	.145	.096	.653	.516
ด้านการให้ความเชื่อมั่น	.311	.138	.318	2.257	.017
ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่	.171	.117	.179	1.461	.148
Adjusted R Square = .986 R Square = .987 R = .994					

P<.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรด้านความเป็นรูปธรรมและด้านการให้ความเชื่อมั่น ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ร้อยละ 98.7 โดยที่ตัวแปรด้านความเป็นรูปธรรมส่งผลต่อความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการให้ความเชื่อมั่น โดยสามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\hat{y} = 0.517x_1 + 0.311x_4$$

และเขียนสมการคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{Zy} = 0.533 Zx_1 + 0.318 Zx_4$$

สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน ตัวแปรด้านคุณภาพการให้บริการอย่างน้อย 1 ตัวแปร ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยจึง ยอมรับสมมติฐาน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน คือ ตัวแปรด้านคุณภาพการให้บริการอย่างน้อย 1

ตัว ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัย ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรถพยาบาล พบว่า ตัวแปรด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่และด้านการตอบสนองความต้องการมีผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ตัวแปรด้านความเป็นรูปธรรมและด้านการให้ความเชื่อมั่น ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของจุฑามาศ หลวงโคตร และขวัญกัลยา ปุณนา⁸ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ไม่สอดคล้องกับกับสุรภา ขุนทองแก้ว¹² ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การมีโรคประจำตัว การมีรถยนต์ส่วนตัวและการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ทั้งสองจุดบริการพบว่าอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ รุจิราโชติ¹³ ศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ณ ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีความพึงพอใจมากที่สุด ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

พบว่า อยู่ในระดับเชื่อมั่นมากที่สุด สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ³ พบว่า ด้านความพึงพอใจการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ณ จุดบริการรถฉุกเฉิน มีความพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับ Tatjana Kitic Jaklic, Jure Kovac, Matjaz Maletic and Ksenija Tusek Bunc¹⁴ ศึกษา การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจการรักษาจาก EMS อย่างมาก แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุดกับระยะเวลาที่ต้องรอเพื่อรับการตรวจ และไม่สอดคล้องกับ Fisseha Zeleke Asfaw, Ayalnesh Zemene Yalew, Mezgebu Godie, Ayele Fikadu & Abdata Workina¹⁵ ที่ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการบริการรถพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ใช้บริการในกรุงแอดดิสอาบาบา ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า มีเพียง 21.5% ของผู้เข้าร่วมเท่านั้นที่พึงพอใจกับบริการรถพยาบาลที่ได้รับ แต่สอดคล้องกับ Shujaa Almutairi and Ibrahim Alqasmi¹⁶ ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของหน่วยงานกาชาดซาอุดี ในเมืองรียาด พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก

ณ จุดบริการรถกู้ชีพหรือรถพยาบาล ตัวแปรด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่และด้านการตอบสนองความต้องการมีผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะว่าเจ้าหน้าที่เข้าใจความต้องการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นในการช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัวได้เหมาะสม เจ้าหน้าที่ไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุรวดเร็ว ให้บริการด้วยความเต็มใจ ท่าทางสุภาพ เป็นมิตร มีจำนวนเพียงพอ และตอบสนองความต้องการตามขอบเขตได้เหมาะสม ส่วน ณ จุดบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ตัวแปรด้านความเป็น

รูปธรรมและด้านการให้ความเชื่อมั่นส่งผลทางบวกต่อคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สาเหตุเพราะรถกู้ชีพมีตัวหนังสือหรือสัญลักษณ์ “รถกู้ชีพหรือรถพยาบาล” ชัดเจนสะอาด ไม่มีฝุ่นหรือคราบสิ่งสกปรก เจ้าหน้าที่ปฏิบัติภารกิจชีพแต่งกายสุภาพ เมื่อมีเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ท่านสามารถโทร 1669 ได้ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ช่วยเหลือดูแล พยาบาลเบื้องต้นได้ มีความปลอดภัยเมื่อใช้บริการกู้ชีพของโรงพยาบาลและเชื่อมั่นในสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับตามกฎหมาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอ 3 ด้าน คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เชิงปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุนการบริการด้วยหัวใจ (Service Mind) และส่งเสริมการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้มีความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินบริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร เต็มใจให้บริการแต่งกายสุภาพในการปฏิบัติภารกิจชีพ และเคารพสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับตามกฎหมาย

3) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เสนอศึกษาเกี่ยวกับการนำปัญญาประดิษฐ์มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการสื่อสารที่รวดเร็ว เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เพิ่มความปลอดภัย และสร้างความเชื่อมั่นในการบริการ

เอกสารอ้างอิง

- 1.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์พ.ศ 2564. [อินเทอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นวันที่ 3 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก
https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/416937_20221213220626.pdf.
- 2.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน(แผนปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน) ฉบับที่ 4 พ.ศ.2566-2570. [อินเทอร์เน็ต] 2565. [สืบค้นวันที่ 3 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก
<https://www.niems.go.th/1/Ebook?group=79>.
- 3.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. การประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต] 2559. [สืบค้นวันที่ 10 กันยายน 2567]. เข้าถึงจาก
https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256103162116323865_fw9ejlVjqEZ6iAuo.pdf
- 4.โรงพยาบาลโพธิ์ชัย. ทะเบียนงาน EMS หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช; 2567.
- 5.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ตัวชี้วัดสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและเลขาธิการ สผ.ประจำปีงบประมาณ [อินเทอร์เน็ต] 2563. [สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2567]. เข้าถึงจาก
https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2019/EBook/48166_20190917084705
6. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (Spring 1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Marketing*, 64, 12-40.
7. Taro Yamane. (1970). *Statistic: An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York: Harper & Row.
- 8.จุฑามาศ หลวงโคตรและขวัญกัลยา ปุณนา. คุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 2567;9(2): 808-815.
9. Clawson, J.G., Kotter, J.P., Faux, V.A., & McArthur, C.C.. *Self-assessment and career development* 3rd ed. NJ: Prentice-Hall Inc; 1992.
10. ปารวี ศรีอุบล. (2548). ความคิดเห็นและพฤติกรรมในการซื้อสินค้าของนักท่องเที่ยวในตลาดอิน โดจีน จังหวัดมุกดาหาร. *การศึกษาอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
11. พูนพงศ์ สุขสว่าง. (2563, 24 กันยายน). Multiple Regression Analysis: MRA. [วิดีโอ]. ยูทูบ.
<https://www.youtube.com/watch?v=WiBELjgYNDI>
- 12.สุรภา ขุนทองแก้ว.2562; 2(1): 30. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*.
- 13.กรณิการ์ รุจิวิโรจน์. การศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ณ ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต] 2563. [สืบค้นวันที่ 3 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก
https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210510848815275.pdf
14. Tatjana Kitic Jaklic, Jure Kovac, Matjaz Maletic and Ksenija Tusek Bunc. Analysis of Patient Satisfaction with Emergency Medical Services. [Internet]. 2018 [cited 2024 October 5]. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30426087/>.
15. Fisseha Zeleke Asfaw, Ayalnesh Zemene Yalew, Mezgebu Godie, Ayele Fikadu & Abdata Workina. Ambulance service satisfaction level and associated factors among service users in Addis Ababa, Ethiopia. [Internet]. 2024 [cited 2024 October 13]. Available from:
<https://bmcmemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-024-01007-9>.
16. Shujaa Almutairi and Ibrahim Alqasmi. Patients' satisfaction with Emergency Medical Services (EMS) care in Saudi Red Crescent Authority in Riyadh. *Neuroquantology*. Saudi Arabia. 2022; 20(11): 6508-6523.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

The development of a participatory healthcare model for dependent elderly in the community of Bang Luk Suea Subdistrict, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province.

(Received: April 9, 2025 ; Revised: April 16, 2025 ; Accepted: April 18, 2025)

ธีรวิทย์ โพธิ์ทอง¹ จเร สวัสดิ์นพรัตน์²

Teerawarit Phothong¹ Jarar Sawatnopparat²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research Design) ดำเนินการเป็นวงรอบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก รวมถึงพัฒนาและประเมินผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน ได้จากการคำนวณสัดส่วนตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน โดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยครอบครัวของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกต และแนวทางการสรุปบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงการเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยดัชนีบาร์ธเอลเอ็ดแอล (Barthel ADL Index) โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย 1) บริบทและสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีข้อจำกัดในเชิงนโยบาย บุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ขาดการฟื้นฟูองค์ความรู้ในการดูแล รวมถึงระบบสนับสนุนจากภาครัฐยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุบางกลุ่ม 2) ภายหลังจากนำรูปแบบมาใช้ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล CM CG และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมากที่สุด 3) ภายหลังจากนำรูปแบบมาใช้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับคุณภาพชีวิตภาพรวม อยู่ในระดับมาก และ 4) ภายหลังจากนำรูปแบบมาใช้ ระดับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอ็ดแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การพัฒนาารูปแบบ, การมีส่วนร่วม

Abstract

This study employed Participatory Action Research (PAR) with a cyclical process, utilizing a Mixed Method Research Design. The objectives were to examine the context and challenges in healthcare provision for dependent elderly individuals in Bang Luk Sue Subdistrict, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province, as well as to develop and evaluate a participatory community-based healthcare model. The sample consisted of 123 participants, determined using Krejcie and Morgan's sample size table and selected through purposive sampling. The participants included family members of dependent elderly individuals, community leaders, the Chief Executive of the SAO, public health officials, long-term care managers (Care Managers), elderly caregivers (Care Givers), village health volunteers, and dependent elderly individuals. Research instruments used were interviews, questionnaires, observations, and a structured reflection guide. Data were analyzed using descriptive statistics

¹ นักวิชาการสาธารณสุข ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

² พยาบาลวิชาชีพ ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

such as percentages, means, and standard deviations. The effectiveness of the model was evaluated by comparing the ability to perform activities of daily living (ADL) using the Barthel ADL Index through Paired Samples t-test and conducting content analysis.

The results revealed that (1) the healthcare system for dependent elderly individuals in Bang Luk Sue Subdistrict faced policy-related challenges, a shortage of public health personnel, insufficient knowledge and skills among caregivers, and inadequate government support for certain elderly groups not integrated into the healthcare system; (2) after implementing the model, family members, community leaders, the local administrative mayor, public health officials at subdistrict health-promoting hospitals, care managers, caregivers, and village health volunteers demonstrated the highest level of participation in elderly care; (3) the overall quality of life among dependent elderly individuals significantly improved following the implementation of the model; and (4) the Barthel ADL Index scores of dependent elderly individuals were significantly higher after implementing the model, with a statistical significance level of 0.05.

Keywords: Dependent elderly, Model development, Participation

บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ผ่านมา โดยประชากรโลกเพิ่มขึ้นจาก 1,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 1804 เป็น 8,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 2022 ควบคู่กับอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเป็น 71 ปี ส่งผลให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 ผู้สูงอายุจะมีจำนวนเกิน 2 พันล้านคน โดยกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในเอเชีย และอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3.30 ต่อปี โดยเฉพาะแอฟริกาที่มีอัตราสูงสุด ขณะที่ยุโรปจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 35.85)¹ ในกลุ่มประเทศอาเซียนมีประชากรรวม 674 ล้านคน พบว่าประเทศส่วนใหญ่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เฉลี่ยร้อยละ 11.74 ประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุด ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22.96) และไทย (ร้อยละ 18.86) ขณะที่ลาวและฟิลิปปินส์ยังมีประชากรวัยเด็กสูงกว่าอาเซียนโดยรวม การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และนโยบายสาธารณสุข^{1,2} ซึ่งประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบในประเด็นดังกล่าวเช่นกัน

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประชากรสูงวัยเผชิญปัญหาในการดำรงชีวิต ผลสำรวจประชากรสูงอายุ 7 ครั้ง (พ.ศ. 2545-2564) พบว่าแหล่งรายได้หลักเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ รายได้จากบุตรลดลงจาก 58.47% (พ.ศ. 2545)

เหลือ 32.18% (พ.ศ. 2564) ขณะที่การพึ่งพาเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นจาก 1.37% เป็น 19.18% ด้านที่อยู่อาศัย แนวโน้มการอยู่ลำพังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 3.60% (พ.ศ. 2537) เป็น 11.99% (พ.ศ. 2564) ส่วนผู้ที่อาศัยลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสเพิ่มขึ้นจาก 16.98% เป็น 24.03% ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง (46.91%) และเบาหวาน (21.79%) โดยในปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้สูงอายุ 75% ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การประเมินสุขภาพตนเองมีแนวโน้มดีขึ้น โดยผู้ที่มองว่าสุขภาพไม่ลดลงจาก 25.90% (พ.ศ. 2537) เหลือ 12.36% (พ.ศ. 2564) แม้สุขภาพโดยรวมจะดีขึ้น แต่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับรายได้ ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขในทุกจังหวัด^{1,2}

จังหวัดนครนายกเองก็ประสบปัญหาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 21.71 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 20 จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งจังหวัดนครนายกมีอัตราของผู้สูงอายุอยู่ในลำดับที่ 18 ของประเทศ สำหรับตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ เป็นพื้นที่หนึ่งของจังหวัดนครนายกที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีประชากรทั้งสิ้น 3,612 คน เป็นเพศชายร้อยละ 48.86 เพศ

หญิงร้อยละ 51.14 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 23.26 ของประชาชนทั้งหมด^{1,3} ซึ่งหมายความว่าตำบลบางลูกเสือ ได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จากการสำรวจเพื่อการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) พบว่า เป็นผู้สูงอายุติดสังคม หรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 94.48 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 3.49 และเป็นผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 2.03³ จากข้อมูล HDC ของตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ แสดงให้เห็นว่า จำเป็นต้องมีการจัดการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย (70 ปีขึ้นไป) ที่มีโรคประจำตัวสูงขึ้นตามวัย ได้แก่ ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตสูงเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอ้วน อีกทั้งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ มีร้อยละ 4 ที่ต้องการคนคอยช่วยดูแลแต่ไม่สามารถจะหาได้เมื่อมีอายุมากขึ้น⁴

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่ยังสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ การดำเนินงานเป็นความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต อสม. ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลองครักษ์ โดยให้บริการตามระบบการดูแลระยะยาว (LTC) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญกับปัญหาด้านนโยบาย การขาดแคลนบุคลากร การขาดความรู้ของผู้ดูแล และการสนับสนุนจากภาครัฐที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้สูงอายุ

ที่ยังพึ่งพาตัวเองได้มีแนวโน้มกลายเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงมากขึ้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทต้องอยู่ตามลำพัง และขาดผู้ดูแลอย่างเหมาะสม⁵

จากเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและนำมาออกแบบเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) ของ Kemmis and Wilkinson (1998)⁶ มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนของการวิจัยไว้ดังนี้ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) ที่เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีกิจกรรมนำสู่การเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วม (Participation) ซึ่งจะมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ร่วมในทุกขั้นตอนสำหรับกำหนดปัญหาและความต้องการ ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปกระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะค่อย ๆ เรียนรู้ร่วมกันผ่านการร่วมกันวางแผนและกำหนดการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยขยายองค์ความรู้จากการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนต้นแบบนี้ไปสู่ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ไปใช้ ครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนนำไปใช้
2. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ไปใช้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนนำไปใช้
3. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ไปใช้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีระดับคะแนน (Basic activity of Daily Living: ADL) สูงขึ้นกว่าก่อนนำไปใช้

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้รูปแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่
 - 1) ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 24 คน
 - 2) ผู้นำชุมชน จำนวน 37 คน
 - 3) นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน
 - 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน
 - 5) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 1 คน
 - 6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 4 คน
 - 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 78 คน และ
 - 8) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 32 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนจากตารางของ Krejcie & Morgan (1970)⁷ และเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ 1) ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 24 คน 2) ผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน 3) นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน 4)) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน 5) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 1 คน 6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 4 คน 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 36 คน และ 8) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 24 คน รวมทั้งสิ้น 123 คน โดยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากร (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ 3) เป็นผู้นำชุมชนในพื้นที่ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

4) เป็นนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข 6) เป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) 7) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) 8) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 9) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 10) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ต่อเนื่องครบร้อยละ 80 2) ย้ายที่อยู่อาศัยขณะทำการศึกษาวิจัย และ 3) เสียชีวิตในช่วงระยะเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ (Interview form) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ให้อยู่ในปัจจุบัน สถานะในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุดและสวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับต่อเดือน จำนวน 12 ข้อ และตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 21 ข้อ

2. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26

4. แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัด

นครนายก ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ประวัติการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ และตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

5. แบบสังเกตการมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

6. แบบบันทึกการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรมวัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) และนำไปทดสอบใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา คือตำบลนครนายก อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1970) เพื่อทดสอบหาความน่าเชื่อถือของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามสำหรับกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ต่อนักงานสาธารณสุขอำเภอองค์กรักจังหวัดนครนายก

2. ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอองค์กรัก จังหวัดนครนายก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประชุมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การจัดกระบวนการวิจัย การเก็บข้อมูลและแนวทางเก็บข้อมูล

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

4.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บจากผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองค์กรัก จังหวัดนครนายก ตามวันเวลาที่ได้กำหนดไว้ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ที่อาสาสมัครมีสิทธิที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และให้อาสาสมัครลงนามความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครเข้าใจดีและให้ความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามวันเวลาที่ได้กำหนดไว้ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ที่อาสาสมัครมีสิทธิที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และให้อาสาสมัครลงนามความยินยอมในการตอบแบบสัมภาษณ์ เมื่ออาสาสมัครเข้าใจดีและให้ความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

5) รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิจัยเชิงปริมาณด้วยสถิติวิเคราะห์และ

เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ต่อไป

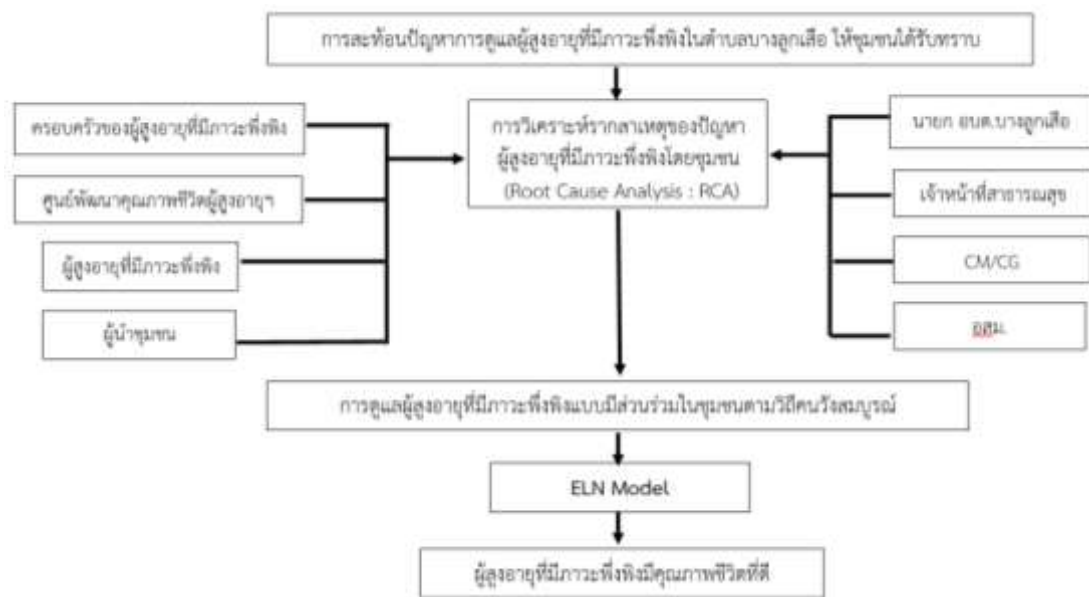
ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองค์กรัก จังหวัดนครนายก พบว่า ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองค์กรัก จังหวัดนครนายก มีจำนวน 12 หมู่บ้าน 802 หลังคาเรือน 889 ครอบครัว มีเนื้อที่ประมาณ 66 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 24,926 ไร่ อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอองค์กรัก ประมาณ 12 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากจังหวัดนครนายกประมาณ 44 กิโลเมตร มีประชากรทั้งสิ้น 3,612 คน ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยต่อตารางกิโลเมตร เท่ากับ 54.43 คน เป็นเพศชายร้อยละ 48.86 เพศหญิงร้อยละ 51.14 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 23.26 ของประชาชนทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าตำบลบางลูกเสือ ได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จากการสำรวจเพื่อการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า เป็นผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 94.48 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 3.49 และเป็นผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 2.03³ มีร้อยละ 4 ที่ต้องการคนคอยช่วยดูแลแต่ไม่สามารถจะหาได้เมื่อมีอายุมากขึ้น การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลบางลูกเสือ อำเภอองค์กรัก แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ ซึ่งการดำเนินงานเป็นการทำงานร่วมกันจากหลายส่วนในพื้นที่ จากการดำเนินที่ผ่านมาพบว่า การจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบปัญหาและอุปสรรคในเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงาน บุคลากรสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ การดูแลกลุ่มดังกล่าว ขาดการฟื้นฟูองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

ห่างไกลทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัว รวมไปถึงระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาครัฐยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มที่ไม่เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบางกลุ่ม ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลและการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนไม่เป็นระบบ ขาดความต่อเนื่อง ที่สำคัญคือ การขาดผู้ดูแลอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปทำงานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงานในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทต้องอยู่โดยลำพังและช่วยเหลือตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น

2. ผลพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก (ELN Model) ที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยแบบ PAR 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลปฏิบัติการ นำไปสู่การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดี ตำบลบางลูกเสือ (Environment=E) 2) โครงการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care=L) และ 3) โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบางลูกเสือ (Network=N) โดยมีรูปแบบ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก (ELN Model)

3. ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ดังนี้

3.1 ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภอ

องค์กรฯ จังหวัดนครนายก มาใช้ ระดับความรู้ภาพรวมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นอยู่ในระดับระดับดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 100

3.2 ระดับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มาใช้ ระดับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ผลการทดสอบ ความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า คะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มาใช้ ระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการฯ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.783 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .150

3.4 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มาใช้ ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล CM CG และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 4.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .231

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) ร่วมกันวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2) ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3) ร่วมกันสังเกตผล (Observing) และขั้นตอนที่ 4) ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) กับ 3 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดี ตำบลบางลูกเสือ (E: Environment) 2) โครงการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (L: Long Term Care) และ 3) โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบางลูกเสือ (N: Network) สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ทั้งนี้เพราะเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันวางแผน (Participation in Planning) ร่วมดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation) ร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization) ร่วมรับผลประโยชน์ (Participation in Benefit Sharing) และมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชิกร นาถประนิล, สมัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประทุม^๑ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1)

การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Acting) 3) การสังเกต (Observing) พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยสังเกตจากบันทึกการปฏิบัติงานของแต่ละมาตรการ และจากการติดตามนิเทศ หลังดำเนินการพัฒนาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน เท่ากับ 4.22 คะแนน (95%CI : 2.97, 5.46) 4) และการสะท้อนผล (Reflecting) เป็นการดำเนินการร่วมกันถอดบทเรียนตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงานตามแผนสะท้อนผลการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับ ลอองจันท์ คำภีรานนท์, เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ และจำเนียร สุวรรณชาติ⁹ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ด้วยการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ด้วยกระบวนการวิจัยแบบ PAR 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผล ปฏิบัติการนำไปสู่การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ธนัชพร ปักษาพันธ์ และสุนทรีพิทย บัวแดง¹⁰ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล การปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ พบว่า รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการ

เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ผลของการดำเนินการงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า

ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ภายหลังเข้าร่วมโครงการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 อาจเป็นเพราะเครือข่ายในชุมชนได้รับรู้ข้อมูลปัญหากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) อย่างแท้จริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้เครือข่ายในชุมชนทุกระดับมีความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชนตนเองมากยิ่งขึ้น และได้ตั้งเอาทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่มาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับ จิราภรณ์ อุ๋นเสียม¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ภาคีที่เกี่ยวข้องมีการรับรู้และเข้าใจปัญหาของระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ รวมทั้งท้องถิ่น และชุมชนรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับรู้ถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ สามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นำไปสู่การจัดทำแผนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป และสอดคล้องกับ ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนียว และอรุณ บุญสร้าง¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก และมีปัจจัยของความสำเร็จในการพัฒนาระบบการ

ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ คือ การให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุเองที่ได้รับผลกระทบ ให้ความรับผิดชอบในประเด็นปัญหานี้และมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากแนวทางการพัฒนาและดำเนินโครงการที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาจากภาวะพึ่งพิงไปสู่การเป็นผู้สูงอายุติดสังคมได้ โดยระบบการดูแลนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีแนวโน้มดีขึ้น อีกทั้งยังลดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในตำบลบางลูกเสือทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาชุมชนที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ช่วยลดข้อจำกัดทางกายภาพ และสนับสนุนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ดูแล และให้คำแนะนำผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจและส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับงานวิจัยของ นวรัตน์ ปัญจนทรัพย์¹³ ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า การปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และมีผลต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสิริธร บัวแก้ว และ ปิยากร หวังมหาพร¹⁴ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะด้านสภาพความเป็นอยู่ ร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการรวมกลุ่มทางสังคมนอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสนับสนุนข้อค้นพบของ ณัฏฐกัญย์ อ่องเอื้อ¹⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความสัมพันธ์ทางสังคม สภาพแวดล้อม และการได้รับการดูแลด้านสุขภาพแบบระยะยาว (LTC) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สอดคล้องกับโครงการที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ จากข้อมูลที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่าโครงการที่ดำเนินการมีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะการจัดระบบการดูแลที่เหมาะสมการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการเสริมสร้างเครือข่ายการดูแล ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทอื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลแอตีแวล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการได้รับการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากขึ้น โดยมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนดัชนีบาร์ธเอลแอตีแวล (Barthel ADL) หลังจากเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 โดยอาจเกิดจากการดูแลที่มีความเหมาะสมตามบริบทของชุมชนและรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เช่น ทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของยศ วัชรเชคุปต์ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าโครงการ LTC มีประสิทธิภาพช่วยให้

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลภายใต้โครงการมีคะแนน ADL ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโครงการ LTC มีผลกระทบในทางบวกต่อการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุนอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชาลัวชัย เหลาสาร และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรูปแบบที่มีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มคะแนน ADL ของผู้สูงอายุในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษานี้ยืนยันว่าแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมงานสหวิชาชีพและชุมชนมีผลดีต่อการฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอีกทั้งการศึกษาของนันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ¹⁸ ยังยืนยันถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้คะแนน ADL ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการดูแลภายใต้โครงการ LTC ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพที่ดีในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยการร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน ซึ่งสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท โกโพรินท์ (ไทยแลนด์) จำกัด; 2567.
2. United Nations Population Fund.(2022). World Population Prospects 2022. New York: United Nations; 2022.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก [อินเทอร์เน็ต]. นครนายก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก:

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ ได้โดยนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในชุมชนต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในลักษณะชุมชนร่วมมือ ซึ่งอาจมีการปรับปรุงบางส่วนตามลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เช่น การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น หรือการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่

2. ควรมีการเชิญหน่วยงานภาครัฐภายนอกชุมชนที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายกับคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านการสนับสนุนวิชาการ เสริมสร้างทักษะแก่คณะทำงาน สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มตัวแปรด้านความพึงพอใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายกเพื่อให้เห็นมุมมองที่หลากหลายในการปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้ตรงกับความต้องการและความพึงพอใจของทุกฝ่าย

2. ควรมีการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงการออกแบบ (Design Research Methodology) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีส่วนร่วมเพื่อให้สามารถตรวจสอบและพัฒนาแบบจำลองการดูแลที่เหมาะสมที่สุดตามบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

https://nyk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584

4. กรมการแพทย์.(2564). รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
5. องค์การบริหารส่วนตำบลบางลูกเสือ.(2566). รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566. นครนายก: องค์การบริหารส่วนตำบลบางลูกเสือ; 2566.
6. Kemmis, S. & McTaggart, R.(1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
7. Krejcie, R. V., & Morgan, D. E.(1970). Determining Sample Size for Research Activities. Journal Education and Psychological Measurement 1970; 30(3): 608-609.
8. วชิกร นาถประนิล, สมัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประชุม.(2565). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกัน การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565; 4(2): 177-177.
9. ลอองจันทร์ คำภีรานนท์, เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ และจำเนียร สุวรรณชาติ.(2567). การพัฒนารูป แบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัด สระแก้ว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4): 269-277.
10. ธนัพร ปกษาพันธ์ และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง.(2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี .วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2567; 3(2): 24-38.
11. จิราภรณ์ อุ่นเสียม.(2559). พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการแพทย์ 2559; 30(4): 261-268.
12. ขวัญรัตน์ บัวชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยวและอรุณ บุญสร้าง.(2563). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 5(03): 49-49.
13. นวรัตน์ ปัญจนทรัพย์.(2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาตนเอง ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. ใน: การประชุมวิชาการเสนอมผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 8 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 4; 26 เมษายน 2563; มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี; 2562. p. 89-99.
14. สิริธร บัวแก้ว และปิยากร หวังมหาพร.(2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วารสารสหวิทยาการวิจัย 2562; ฉบับบัณฑิตศึกษา, 8(2).
15. ณัฐกัญย์ อ่องเอื้อ.(2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
16. ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิสฐ์ พังนา และสาวินี สุริยันต์กร.(2561). ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(4): 608-624.
17. ชายุชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัจย์ และวชิราภรณ์ วิทยาขาว.(2562). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัด อุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 29(5): 813-821.
18. นันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ.(2565). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2565; 9(1): 241-256.

การศึกษาการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่ใช้สาร methamphetamine ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
:กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for pregnant mothers with methamphetamine use undergoing cesarean section.

: Case study 2 case

(Received: April 9,2025 ; Revised: April 16,2025 ; Accepted: April 18,2025)

สุขสันต์ ชัยเกษมสกุล¹
Suksan chaikasemsakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด Methamphetamine ในการได้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่าทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการที่แตกต่างกันโดยผู้คลอดรายที่ 1 มาด้วยมีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดจึงมาโรงพยาบาล ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 มาด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่งต่อ เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้คลอดทั้ง 2 รายมาด้วยอาการที่แตกต่างกันแต่พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการได้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่แตกต่างกันดังนี้ ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด,ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก , เกิดภาวะ Hypotension จากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block,เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal blockและ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

คำสำคัญ: มารดาที่ใช้สาร methamphetamine ,การพยาบาล

Abstract

This study is a case study. The purpose of this study is to study the nursing care of pregnant women who use methamphetamine for sedation during abdominal cesarean section. The comparison of 2 case studies.

The study found that the two patients presented with different symptoms. The first patient had a history of cesarean section and came to the hospital with labor pains. The second patient was referred from a health promotion hospital due to high blood pressure.Although the two patients presented with different symptoms, the nursing diagnoses for anesthesia during cesarean section were similar:Discomfort due to labor pains,anxiety due to lack of knowledge and understanding about preoperative preparation and anesthesia,hypotension from spinal block anesthesia,risk of shock from blood loss during surgery,risk of complications from spinal block anesthesia.discomfort due to surgical wound pain.

Keywords: Methamphetamine-using mothers, nursing care.

บทนำ

ปัจจุบันในสังคมไทยมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในกลุ่มเด็กเยาวชนวัยรุ่น รวมไปถึงในหญิงตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์นั้นเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อทารกตั้งแต่ในครรภ์และหลังคลอดได้¹ จากการศึกษา พบว่าการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง โดยสารเสพติดที่ นิยมใช้มากที่สุด คือ ยาบ้าหรืออนุพันธ์ของ Amphetamine รองลงมาคือ บุหรี่ เฮโรอีน และ แอลกอฮอล์ ตามลำดับ Amphetamine เป็นยาเสพติดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายจัดอยู่ในสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ในอดีตเรียกว่า ยาม้า ต่อมา มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อเพิ่มการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและลดผลข้างเคียง ด้านหัวใจและหลอดเลือด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เลือด กลายเป็น Methamphetamine ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลายจนถึง ปัจจุบัน amphetamine ออกฤทธิ์โดยทำให้เกิดการหลั่งและยับยั้งการทำลายของ dopamine ทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย จึงทำให้เกิดการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic มีผลทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดขยาย มีการเพิ่มของอัตราการเต้นหัวใจ รูม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก อุณหภูมิของร่างกายสูง² จากที่กล่าวมาพบว่าการใช้สารเสพติด Methamphetamine ในหญิงตั้งครรภ์นั้นจะทำให้ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีโอกาสได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องนั้นหมายถึง การคลอดทารกโดยผ่านผนังหน้าท้องและผนังมดลูก โดยจะกระทำเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์และทารกมีน้ำหนักกว่า 1,000 กรัม'ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สำหรับอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยเพิ่มเป็นร้อยละ 40.9 ใน ปี พ.ศ. 2566 เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรม และแพทย์วินิจฉัยภาวะที่มารดาและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น และสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น³

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับ M1 ขนาด 250 เตียง มีสูติบริแพทย์ 2 คน มีการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในปี 2565, 256 และ 2567 จำนวน 152, 145 และ 109 ราย ตามลำดับและจากสถานการณ์การใช้ยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ พบหญิงตั้งครรภ์ใช้ Methamphetamine ใน ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 13 ราย ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 10 ราย และปี งบประมาณ 2567 จำนวน 14 ราย และในจำนวนดังกล่าว มีมารดาที่ใช้สาร Methamphetamine ขณะตั้งครรภ์และได้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษา การพยาบาลมารดาที่ใช้สาร methamphetamine ในการเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแล

มารดาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตของมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด Methamphetamine ในการได้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

- 1.ศึกษาสถิติ/ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด Methamphetamine ในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- 2.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรางานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 3.เลือกศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด Methamphetamine จำนวน 2 ราย จากเวชระเบียนผู้ป่วย
- 4.ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- 5.ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
- 6.สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหา ตามหลักวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา รายที่ 1 มารดาครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 6 วัน ประวัติครรภ์แรกได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ผากครรภ์ครั้งแรก 16 สัปดาห์ 3 วัน ANC ทั้งหมด 9 ครั้ง ที่โรงพยาบาล ขณะผากครรภ์ตรวจพบ VDRL 1:32 ได้รับการรักษาด้วย

Benzathine penicillin G 2.4 Million units รับใหม่ วันที่ 31 มีนาคม 2567 เวลา 13.01 น สัญญาณชีพ BP 110/70 mmhg , PR 96 ครั้ง/นาที , RR 20 ครั้ง/นาที, T 36.8 องศาเซลเซียส , FHS 140ครั้ง/นาที , uterine contraction interval 5 นาที duration 30 วินาที,ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ urine methamphetamine positive , CBC : WBC 12,000 cell/mm3,Hb 8.9 g/dl , Hct 29.1 % , platelet count 402,000 cell/mm3 set ผ่าตัด cesarean section with Tubal Resection เวลา 17.00 น.

กรณีศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 2 มารดาครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ประวัติรับ refer จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยอาการ ปวดจุก แสบท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ตรวจพบมีความดันโลหิตสูง รับใหม่วันที่ 6

มกราคม 2568 เวลา 12.49 น. สัญญาณชีพแรกรับ BP 159/109 mmhg , PR 102 ครั้ง/นาที , RR 24 ครั้ง/นาที, T 36 องศาเซลเซียส , pitting edema 1+, ไม่ได้รับการฝากครรภ์ FHS 148ครั้ง/นาที , no uterine contraction ,ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ urine methamphetamine positive , CBC : WBC 13,900 cell/mm3,Hb 14.5 g/dl , Hct 44.6%, platelet count 186,000 cell/mm3, BUN 15 mg/dl,Creatinine 0.76 mg/dl , Mg 3.4 mg/dl ,Na 135.1 mg/dl ,K 4.45 mg/dl , Cl 103.6 mg/dl ,bicarbonate 23.1 mg/dl, set ผ่าตัด cesarean section with Tubal Resection เวลา 14.00 น.

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการ set ผ่าตัดคลอดทางหน้า แบบฉุกเฉิน ซึ่งผลการศึกษาการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีดังนี้

ตารางที่ 1 การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยยังไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด
กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพและให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ 2.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย 3.แนะนำการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวด 4.พูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะเจ็บครรภ์	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2.วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก
กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพและให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น 2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตการใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลช่วยเหลือ เพื่อผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ 2. ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตการใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก อาการที่แสดงถึงพยาธิสภาพของระบบ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหา/ความต้องการสภาพความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย 3.ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes 4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก อธิบายขั้นตอน วิธีการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัว 5.รับฟังความกังวลของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและให้ความสนใจพร้อมทั้งแสดงความเห็นใจและให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก	หายใจ หัวใจ ระบบไหลเวียน ภาวะการคลื่นไส้อาเจียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหา/ความต้องการสภาพความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย 3.ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes 4. ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก อธิบายขั้นตอน วิธีการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัว 5.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3. เกิดภาวะ Hypotension จากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. เกิดภาวะ Hypotension จากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block

ตารางที่ 1 การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล 1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาที หรือถี่กว่า 2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดอย่างเพียงพอ 0.9%NSS 1000 ml IV Drip 3. ดูแลให้ Oxygen mask c bag 8 ลิตร/นาที 4. ดูแลให้ได้รับยาตีบหลอดเลือด ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ เพื่อแก้ไข ภาวะความดันโลหิตต่ำ ในรายนี้ได้รับ levophed และ Ephedrine ในการประคับประคองความดันโลหิต เพื่อไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ 5. บันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้อง 6. ดูแล record urine out put เพื่อประเมิน volume status โดยบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 30 cc/ชม รายงานวิสัญญีแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล 1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาทีอย่างใกล้ชิด หรือถี่กว่าเพื่อเฝ้าระวังภาวะ Hypotension 2. เปิด IV ด้วย medicut no 18 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดอย่างเพียงพอ 0.9%NSS 1000 ml IV Drip และหยุดยา nicardipine 3. เฝ้าระวังติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด ถ้าผิดปกติ เช่นถ้าเต้นเร็วอาจเป็นอาการของภาวะ Hypotension 4. ดูแลให้ Oxygen mask c bag 8 ลิตร/นาที 5. ดูแลให้ได้รับยาตีบหลอดเลือด ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ เพื่อแก้ไข ภาวะความดันโลหิตต่ำ ในรายนี้ได้รับ Ephedrine ในการประคับประคองความดันโลหิต เพื่อไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ 6. ประเมินน้ำเข้าและออกทุก 1 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด
กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดจากประวัติการรักษา 2. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย การสำรองเลือด ทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญี เครื่องดมยาสลบ ยาระงับความรู้สึก สารน้ำ ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่างๆพร้อมใช้งาน 3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที หรือถี่กว่า 4. ประเมินลักษณะเลือดที่ออกจากการผ่าตัด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังการคลอดรก ได้รับ Methergine 0.2 mg IV push, Duratocin 100 mcg IV slowly push 6. ดูแลให้สารน้ำทดแทน กับปริมาณการเสียเลือดอย่างเหมาะสม 0.9%NSS 1000 ml IV drip 7. ติดตามการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินภาวะเลือดออกจากการผ่าตัด ถ้าเลือดออกมากให้รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อประเมินอาการและให้การแก้ไขทันเวลาที่ 8. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียเลือด 2. ประเมินภาวะซีด เช่น การดู conjunctiva ตรวจ Hematocrit , hemoglobin 3. ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การสำรองเลือด ทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญี เครื่องดมยาสลบ ยาระงับความรู้สึก สารน้ำ ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่างๆพร้อมใช้งาน 4. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที หรือถี่กว่า 5. ประเมินลักษณะเลือดที่ออกจากการผ่าตัดและเฝ้าระวังติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด ถ้าผิดปกติ เช่นถ้าเต้นเร็วอาจเป็นอาการของภาวะ Hypovolemic shock 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังการคลอดรก ได้รับ Duratocin 100 mcg IV slowly push 7. ดูแลให้สารน้ำทดแทน กับปริมาณการเสียเลือดอย่างเหมาะสม Acetar 1000 ml IV drip 8. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block
กิจกรรมการพยาบาล 1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดประวัติครอบครัวที่ผ่าตัดชักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกายจิตใจของผู้ป่วย 2. ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes เพื่อทราบความแข็งแรงสมบูรณ์ และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก	กิจกรรมการพยาบาล 1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตประวัติการใช้ยาต่างๆที่อาจมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึกประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุราการใช้สารเสพติด ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิด 2. ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes 3. ให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตนและความเสี่ยงและหลังให้ยาระงับความรู้สึก 4. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การ

ตารางที่ 1 การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
3. ตรวจ สอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของการลงนามยินยอมในการรับบริการทางวิสัญญีและการผ่าตัด 4. ให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตนและความเสี่ยงขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก 5. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การสำรองเลือด ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่องดมยา ยาระงับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมใช้งาน 6.เตรียมอุปกรณ์สำหรับเจาะน้ำไขสันหลัง พร้อม Spinal Needle ยาชา 0.5%Heavy Marcaine และช่วยแพทย์จัดทำเพื่อให้ยาระงับความรู้สึก Spinal Block จนแล้วเสร็จ จัดทำให้นอนหงายพร้อมการผ่าตัด และตรวจระดับการชา 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลาการเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาทีเพื่อประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขได้ทันเวลาที่	สำรองเลือด ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่องดมยา ยาระงับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมใช้งาน 5.เตรียมอุปกรณ์สำหรับเจาะน้ำไขสันหลัง พร้อม Spinal Needle ยาชา 0.5%Heavy Marcaine และช่วยแพทย์จัดทำเพื่อให้ยาระงับความรู้สึก Spinal Block จนแล้วเสร็จ จัดทำให้นอนหงายพร้อมการผ่าตัด และตรวจระดับการชา 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลาการเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาทีเพื่อประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขได้ทันเวลาที่ 7.เฝ้าระวังภาวะ ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และทำการประเมินระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง 8.บันทึกข้อมูลใน Anesthetic Record
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพและให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล 2.ประเมินสัญญาณชีพและระดับความปวด โดยการสังเกตอาการ สีหน้า และระดับความปวดเป็นตัวเลข 3.จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ 3.จัดสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด 4.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morphine 3 mg IV push 5.บันทึกข้อมูลใน PACU Record	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดสีหน้าและท่าทาง Pain Score ถ้าผู้ป่วยมี Pain Score มากกว่า 4 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินระดับความปวดซ้ำทุก 5 นาที 2.หลังให้ยาแก้ปวดสังเกตการณ์หายใจ ความดันโลหิต ชีพจร Spo2 ตลอดเพราะการให้ยาแก้ปวดจะทำให้เกิดการหายใจหรือหายใจช้าลงเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ 3.ดูแลจัดให้นอนท่าสุขสบาย ยกศีรษะขึ้นเล็กน้อย เพื่อให้กลืนเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผลผ่าตัด 4.ประเมินและบันทึกอาการปวดของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้การพยาบาลลดความปวดให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย 5.บันทึกข้อมูลใน PACU Record
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังระงับความรู้สึกแบบ Spinal Block กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักรับฟื้น 1 ชั่วโมง โดยใช้เกณฑ์ การประเมินสภาวะความรู้สึกตัวและการกลับฟื้นสภาพจากการระงับความรู้สึกมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (Postanesthetic recovery score) และการประเมินความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน (Pain Scores≤3) จึงจำหน่ายกลับหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่าง การผ่าตัดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ 2. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และให้ยาแก้ปวดตามแนวทาง และประเมินการง่วงซึม (sedation score) หลังการให้ยาแก้ปวด 3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล 4. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 5. บันทึกข้อมูลใน PACU Record	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังระงับความรู้สึกแบบ Spinal Block กิจกรรมการพยาบาล 1.เฝ้าระวังติดตามการทำงานของสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต คลื่นหัวใจ การหายใจ Spo2 ตลอดเวลา ถ้าพบผิดปกติรายงานวิสัญญีแพทย์ 2.ดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักรับฟื้น 1 ชั่วโมง โดยใช้เกณฑ์ การประเมินสภาวะความรู้สึกตัวและการกลับฟื้นสภาพจากการระงับความรู้สึกมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (Postanesthetic recovery score) และการประเมินความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน (Pain Scores≤3) จึงจำหน่ายกลับหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่าง การผ่าตัดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ 3. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และให้ยาแก้ปวดตามแนวทาง และประเมินการง่วงซึม (sedation score) หลังการให้ยาแก้ปวด 4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล 5. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 6. บันทึกข้อมูลใน PACU Record

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา การพยาบาลมารดาที่ใช้สาร Methamphetamine ขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ราย ในโรงพยาบาล สิริธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า มารดาส่งครรภ์ทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันคือ การใช้สารเสพติด (Methamphetamine positive) และได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจึงถือว่าเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับบริการทางวิสัญญี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเริ่มตั้งแต่การเยี่ยมมารดาก่อนผ่าตัด มีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วน ประวัติการเสพยาเสพติด ที่เชื่อมโยงกับการตั้งครรภ์ ต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างระมัดระวังเพราะเป็นเรื่องที่ส่อเสี่ยง การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพที่สามารถนำไปใช้ในการประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยให้การระงับความรู้สึก⁴ นำข้อมูลเข้าสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมกับปัญหา เช่น การเสีย

เลือดขณะผ่าตัด การเตรียมภาวะฉุกเฉินมารดาและทารกที่อาจเกิดขึ้นจากผลของมารดาใช้สารเสพติด ซึ่งส่งผลต่อมารดาอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง สับสน ชักได้ และในการผ่าตัดนั้นพบปัญหาดังนี้ .ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก . เกิดภาวะ Hypotension จากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal blockและ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด⁵ อย่างไรก็ตามปัญหาเบื้องต้นที่กล่าวมา ได้รับการแก้ไขและมารดาที่ใช้สาร Methamphetamine ขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ราย ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินและได้จำหน่ายกลับบ้านพร้อมกับนัดตรวจหลังคลอด^{2,3}

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับครบรอบ 50 ปี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย(พิมพ์ครั้งที่ 2,หน้า 389-395). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด.
2. สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์.(2560). ผลกระทบของการเสพยาเสพติดระหว่างตั้งครรภ์.กรุงเทพฯ:ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. มานัส โพธารมณ์.(2565). เสพยาขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งแม่และเด็ก. วันที่สืบค้น 25 สิงหาคม 2565.
4. ศิริพร ปิติมานะอารี. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด: ตำรวิสัญญีวิทยา ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล: หน้า 135-149.
5. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 เรื่องแนวทางเวชปฏิบัติในการทำ Spinal Anesthesia ประกาศ ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2562

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในทหารกองประจำการ ในจังหวัดขอนแก่น ปี 2566

Factors Related to Protection Behaviors Sexually Transmitted Diseases among Solider in
Khonkaen Province 2023

(Received: March 23,2025 ; Revised: April 7,2025 ; Accepted: April 8,2025)

พินญาดา เหมือนชาติ¹
Pinyada Muanchat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross Sectional Study) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในทหารกองประจำการในจังหวัดขอนแก่น ปี 2566 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ทหารกองประจำการในจังหวัดขอนแก่น ปี 2566 จำนวน 261 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Surveillance System: BBS) ประจำปี พ.ศ. 2566 ร่วมกับกองระบาดวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาพื้นฐาน สถิติ Chi square, Logistic regression และ Correlation

ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่อุปการ / การมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการ / การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกัน ซึ่งในบางครั้งไม่สวมถุงยางอนามัย และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดโดย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติด สารมึนเมาในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 2) ปัจจัยด้านอายุ สถานะภาพสมรส รวมถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, โรคเอดส์, ทหารกองประจำการ

Abstract

This survey research by Cross-Sectional Study aimed to examine risk behaviors related to sexually transmitted infections (STIs) among conscripted soldiers in Khonkaen Province in 2023 and to explore factors influencing protective behaviors against STIs and HIV/AIDS. The sample consisted of 261 conscripted soldiers in Khonkaen Province in 2023. The research utilized secondary data collection tools, specifically data from the BSS project for 2023, in collaboration with the Bureau of Epidemiology. Data analysis was conducted using basic descriptive statistics, Chi-square tests, logistic regression, and correlation analysis.

The research findings 1) The overall protective behavior against sexually transmitted infections (STIs) among the sample group was at a moderate level. Identified risk behaviors included engaging in sexual activities with women other than their partners, sexual encounters with sex workers, and sexual relationships with other men, sometimes without using condoms. Additionally, substance use and abuse were notable, with the majority of the sample reporting the use of intoxicating substances or drugs within the past 12 months. 2) Factors such as age, marital status, and the level of knowledge about HIV/AIDS were significantly associated with protective behaviors against sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS.

Keywords: Sexually Transmitted Infections (STIs), HIV/AIDS, Conscription Soldiers

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่สามารถติดต่อกันได้จากการมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ และมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่แสดงออกทางเพศของประชากรกลุ่มเสี่ยง สาเหตุของการติดต่อมาจากการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน¹ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องในหลายด้านได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข และทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญในระดับโลก และความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น ยังคงแพร่กระจายไปทุกประเทศ ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกชนชั้น² ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองตลอดจนสถานบริการทางเพศ และรูปแบบการให้บริการทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป รายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด และพบว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงที่สุด³

กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประเทศพบว่าในช่วง 5 ปี (ระหว่าง พ.ศ. 2560 - 2564) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน และกามโรคของต่อม และท่อน้ำเหลือง มีอัตราป่วยเท่ากับ 28.8, 31.6, 33.8, 33.6 และ 29.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 พบว่าเมื่อพิจารณาอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก พบว่าโรคซิฟิลิส เป็นโรคที่ได้รับรายงานเข้ามาในระบบเฝ้าระวังโรค 506 มากที่สุด คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 18.6 ราย ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (8.5, 3.1, 1.3 และ 0.2 ราย ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)³

ทหารกองประจำการ หรือทหารเกณฑ์ เป็นกลุ่มบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีอายุระหว่าง 21 ปี ถึง 26 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพฤติกรรมการตัดสินใจ หรือพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่อาจยังมีข้อผิดพลาด ทหารกองประจำการจัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากอยู่ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อถูกเกณฑ์ทหารต้องรับใช้กองทัพ และถูกส่งไปประจำตามกรม กอง เป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งการที่ต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตสภาพแวดล้อม เพื่อนฝูง และลักษณะงานที่ต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบต่าง ๆ ประกอบกับการที่ต้องห่างไกลจากครอบครัว หรือคู่สมรส อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการยั่วต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงเช่นการไม่สวมถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกัน (ทางทวารหนัก) ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้⁴ จากสถิติการศึกษาบุคลากรเพศชายในระยะก่อนและภายหลังการรับใช้กองทัพ พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละปี มีค่าประมาณ ร้อยละ 2 - 5 นอกจากนี้จากผลการสำรวจของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข⁵ พบว่าร้อยละ 30.8 ของพลทหารกองประจำการที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มนักศึกษาเพศชายที่มีอายุใกล้เคียงกัน

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ถือว่าเป็นการป้องกันที่ต้นเหตุที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรค อาทิเช่น การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย การรับทราบความเสี่ยงและกลไกการติดเชื้อ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการจัดบริการด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ครอบคลุม และตรงกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายจากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อเอชไอวีข้างต้นนับว่าเป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องดำเนินการในการ

ป้องกันการติดเชื้อ และจากการทบทวนวรรณกรรม การวิจัยที่ผ่านมาโดยส่วนมากพบว่า การศึกษาในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยส่วนใหญ่จะพบการศึกษาในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา หรือกลุ่มวัยรุ่น แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่ม ทหารกองประจำการหรือทหารเกณฑ์ในปริมาณที่ค่อนข้างน้อย⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญ ของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจในการสำรวจพฤติกรรม เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่ม ทหารกองประจำการ และดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในทหารกองประจำการใน จังหวัดขอนแก่น ปี 2566 อันจะเป็นแนวทางสำหรับ กำลังพล และกองทัพให้มีทิศทางในการปฏิบัติ กำหนดนโยบายสุขภาพ สำหรับกำลังพลในการ ปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และลด พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในทหารกองประจำการใน จังหวัดขอนแก่น ปี 2566
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ใน ทหารกองประจำการในจังหวัดขอนแก่น ปี 2566

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ ภาคตัดขวาง (Analytical Cross Sectional Study) โดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการเฝ้าระวัง พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Surveillance System: BBS) ประจำปี พ.ศ. 2566 ร่วมกับกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ข้อมูลของกลุ่ม ทหารกองประจำการ ผลัดที่ 1 ปี พ.ศ. 2566 ในค่าย

ทหารสังกัดกองทัพบกในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่มี อายุระหว่าง 21 – 26 ปี จำนวนทั้งหมด 750 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ คำนวณจากสูตรโดยมีเงื่อนไขที่ทราบจำนวน ประชากรที่อยู่ในขอบเขตจำนวน และการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยในลักษณะการวิเคราะห์เชิงพรรณนา จึง เลือกใช้สูตรการคำนวณของ ของ Taro Yamane (1967)⁶ โดยกำหนดการศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ 261 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นข้อมูลของทหารกองประจำการ ในผลัด ที่ 1 ในค่ายทหารสังกัดกองทัพบกในพื้นที่จังหวัด ขอนแก่น พ.ศ. 2566
2. เป็นข้อมูลในรายที่มีความครบถ้วน สมบูรณ์ ของข้อมูลครบทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล การป่วย และการเข้าถึงบริการตรวจการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ และ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สารมึนเมา และ แอลกอฮอล์
3. เป็นข้อมูลที่มีความถูกต้อง ไม่ขัดแย้งกับ ข้อมูลในส่วนอื่น ๆ

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย คือ ไม่เป็นข้อมูลของทหารกองประจำการ ในผลัดที่ 1 ในค่ายทหารสังกัดกองทัพบกในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2566
2. มีรายละเอียดของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ครบ 5 ด้าน ตามเกณฑ์การคัดเข้า
3. มีการบันทึกข้อมูลในช่วงเวลาที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการเฝ้า ระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Surveillance System: BBS) ประจำปี พ.ศ. 2566 ร่วมกับกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

⁵ โดยแบบเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิที่นำมาใช้ ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล 5 ข้อ
2. การป่วย และการเข้าถึงบริการตรวจการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ 6 ข้อ
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ตามเกณฑ์ของ GAM (Global AIDS Monitoring) 5 ข้อ
4. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค 12 ข้อ
5. พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์ 5 ข้อ

โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีค่า IOC ระหว่าง 0.66 – 1.00 สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือชี้แจงโครงการวิจัย การเก็บข้อมูล และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารกองประจำการ ในส่วนของจังหวัดขอนแก่นต่อผู้บังคับบัญชา

2. จัดทำหนังสือแจ้งในการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารกองประจำการ ในส่วนจังหวัดขอนแก่น ไปยังผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการบันทึกข้อมูลที่ได้นี้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (Microsoft Excel) โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นผู้บันทึก และตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อเตรียมเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเน้นการดำเนินงานในประเด็นการให้ความสำคัญกับสิทธิประโยชน์ด้านจริยธรรม การปกป้องข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป และจัดทำเป็นสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเตรียมเข้าสู่การอภิปรายผลการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Chi - Square และ Correlation รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Logistic Regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odd Ratio (OR) โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC045/2567 วันที่ 17 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ ผลัดที่ 1 ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 261 คน มีอายุเฉลี่ย 22 ปี (SD.=1.411) เมื่อจำแนกตามอายุ 3 ลำดับแรกพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 49.04 รองลงมาคืออายุ 24 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 21.84 อายุ 23 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 13.03 ตามลำดับ ด้านสถานภาพการมีคู่พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีคู่สมรส / ไม่มีแฟน จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 49.43 รองลงมาคือเคยมีแฟน แต่ปัจจุบันเลิกกันแล้ว จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 19.92 และมีคู่สมรส ที่อยู่กินด้วยกัน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 18.77 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาสูงสุดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 37.16 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 29.50 และระดับประถมศึกษา จำนวน 44 คน คิด

เป็นร้อยละ 15.33 ตามลำดับ ด้านอาชีพก่อนที่จะเข้ารับการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป / กรรมกร / ผู้ใช้แรงงาน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 31.03 รองลงมาคือ อาชีพนักเรียน / นักศึกษา จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 20.31 และอาชีพลูกจ้าง / พนักงานโรงงาน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 12.64 ตามลำดับ ด้านรสนิยมทางเพศพบว่าส่วนใหญ่ชอบเพศหญิง จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 99.24 รองลงมาคือชอบทั้งเพศหญิง และเพศชาย (Bio sexual) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.15 และชอบเพศเดียวกัน (เพศชาย, เกย์) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.88 ตามลำดับ ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อเพศตนเองพบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นผู้ชาย จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 99.24 รองลงมาคือคิดว่าตัวเองเป็นเพศหญิง และยังสับสนทางเพศอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.76 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ การป่วย และการเข้าถึงบริการตรวจเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 85.82 โดยช่วงอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 – 20 ปี จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 69.64 โดยบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกด้วยคือ แฟน หรือคู่รักเพศหญิง จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 89.29 ด้านประวัติการป่วย หรือการมีอาการที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีอาการป่วยทั้งหมด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.04 โดยอาการที่พบมากที่สุดคืออาการปัสสาวะแสบขัด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 80.95 รองลงมาคืออาการมีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และอาการมีของเหลวที่ผิดปกติไหลออกจากอวัยวะเพศ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.05 ด้านประวัติการเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาล / คลินิกตรวจโรคทั่วไปของรัฐ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาคือซื้อยากินเอง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.62 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล / คลินิกตรวจโรคทั่วไปของเอกชน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ด้านประวัติการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจเลือด จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 97.70 และทุกคนได้รับทราบผลการตรวจ คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อมูลการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 95.02 ด้านประวัติการได้รับถุงยางอนามัยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับถุงยางอนามัย จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 99.23 โดยส่วนใหญ่ซื้อถุงยางอนามัยจากร้านสะดวกซื้อ จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 47.88 รองลงมาคือซื้อจากร้านขายยา จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 28.19 และได้รับฟรีจากหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 21.62 ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยใช้แบบสอบถามตามเกณฑ์ของ GAM (Global AIDS Monitoring) อ้างถึงใน UNAIDS (2017) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ครบตามเกณฑ์ของ GAM (Global AIDS Monitoring) อ้างถึงใน UNAIDS (2017) จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 53.26 มีความรู้ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 46.74

3. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค

3.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

พฤติกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สวมถุงยางอนามัย จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 55.94

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 โดยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดในรอบ 12 เดือน ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟน หรือคูรักเพศหญิง จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 84.73 รองลงมาคือ มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน หรือคูรัก จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90 และมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการเพศหญิง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.93 โดยจากการมีเพศสัมพันธ์ล่าสุดในรอบ 12 เดือน ส่วนใหญ่สวมถุงยางอนามัย จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 60.59 ด้านข้อมูลการมีแฟน หรือคนรักที่อยู่กินด้วยกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีแฟน หรือคนรักที่อยู่กินด้วยกัน จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีแฟน หรือคนรักที่อยู่กินด้วยกันมีจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 ในกลุ่มที่มีแฟน หรือคนรักส่วนใหญ่มีแฟนหรือคนรัก 1 คน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 97.62 มีแฟนหรือคนรักมากกว่า 1 คน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.38 ด้านประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ที่ไม่ใช่พนักงานบริการทางเพศ แฟนหรือคนรัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 59.61 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 40.39 โดยในกลุ่มที่เพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นส่วนใหญ่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 53.66 รองลงมาคือ สวมบางครั้ง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 32.93 และไม่เคยสวมเลย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 ด้านข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศหญิง ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศหญิง จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 80.79 เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศหญิง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 โดยในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศหญิง ส่วนใหญ่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 74.49 รองลงมาคือ สวมบางครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.82 และไม่เคยสวมถุงยางอนามัย จำนวน 3 คน คิดเป็น

ร้อยละ 7.69 ด้านข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกันทางทวารหนัก ในรอบ 12 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกัน จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 98.03 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.97 โดยในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกันทุกคนสวมถุงยางอนามัย คิดเป็นร้อยละ 100

3.2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สารมึนเมา และแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติด สารมึนเมาในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 72.03 โดยประเภทสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 43.62 รองลงมาคือ กัญชา จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 40.96 และน้ำกระท่อม จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 32.45 ตามลำดับ ข้อมูลการใช้สารเสพติด สารมึนเมาก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด สารมึนเมาบางครั้ง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 52.13 ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 37.44

3.3 ระดับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ที่ไม่เหมาะสม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 0.53 (S.D.= 0.500) อยู่ในระดับปานกลาง จำแนกตามระดับพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 51.72 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 121 คน คิดเป็น

ร้อยละ 46.36 และระดับสูง จำนวน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.92 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลระดับความรู้ ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มาทำการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน โดยผลการวิเคราะห์ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง แต่ข้อมูลทั่วไปด้านอายุ และสถานะภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อนำตัวแปรข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ และสถานะ มาทำการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์เพิ่มเติมด้วยการวิเคราะห์ Logistic regression พบว่าตัวอย่างที่มีอายุ 24 ปี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์มากกว่าอายุ 21 ปี 1.90 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 23 ปี และ 26 ปี โอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์มากกว่าอายุ 21 ปี 1.45 เท่า และ 1.83 เท่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25 ปี พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุ 21 ปี และกลุ่มอายุ 22 ปี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์น้อยกว่ากลุ่มอายุ 21 ปี และพบว่าทุกสถานะมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ น้อยกว่าสถานะยังไม่มีคู่ / แพน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

อายุ	B	S.E.	Wald	Df	OR	95% CI for OR		Sig.
						Lower	Upper	
21 ปี ^{ref}	-	-	-	-	-	-	-	-
22 ปี	-0.419	0.424	1.342	1	0.61	0.267	1.404	0.247
23 ปี	0.369	0.387	0.909	1	1.45	0.677	3.089	0.340
24 ปี	0.642	0.323	3.941	1	1.90	1.008	3.583	0.047*
25 ปี	-20.952	17974.843	0.000	1	0.00	0.000	.	0.999
26 ปี	0.251	0.836	0.090	1	1.83	0.250	6.615	0.764

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

สถานะ	B	S.E.	Wald	Df	OR	95% CI for OR		Sig.
						Lower	Upper	
ยังไม่มีคู่/แพน ^{ref}	-	-	-	-	-	-	-	-
เล็กกับแพน	-0.786	0.338	5.398	1	0.456	0.235	0.884	0.020*
มีคู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	-0.831	0.415	4.011	1	0.435	0.193	0.982	0.045*

มีคู่ อยู่กันด้วยกัน	-0.690	0.343	4.060	1	0.501	0.256	0.981	0.044*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

	ระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์		
	Pearson's correlation (r)	Sig.	แปลผล ⁷
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	0.147*	0.017*	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป และอภิปรายผล

กลุ่มทหารกองประจำการ ผลัดที่ 1 ปี พ.ศ. 2566 ในค่ายทหารสังกัดกองทัพบกในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จำนวน 261 คน มีอายุเฉลี่ย 22 ปี ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการคัดเลือกทหารกองเกินเข้ารับราชการทหารกองประจำการในประเทศไทยดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักที่กำหนดหน้าที่และกระบวนการเกี่ยวกับการรับราชการทหารของชายไทย⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ กุญสุวรรณ และคณะ⁷ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยสาเหตุ พฤติกรรมที่บ่อนทำลายจากโรคเอดส์ ของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นทหารกองประจำการที่มีอายุระหว่าง 21 – 29 ปี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยช่วงอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 – 20 ปี โดยบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกด้วยคือ แฟน หรือคูรักเพศหญิง สะท้อนถึงพฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การศึกษานี้ยัง

ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของแฟนหรือคูรักในฐานะบุคคลสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ ช่วงอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกระหว่าง 15 – 20 ปีตรงกับวัยรุ่น ซึ่งตามทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของ Erik Erikson¹⁰ เป็นช่วงของการแสวงหาความใกล้ชิด (Intimacy) เพื่อหลีกเลี่ยงความโดดเดี่ยว (Isolation) บุคคลในช่วงวัยนี้เริ่มสร้างความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับผู้อื่น ทั้งในแง่ร่างกายและอารมณ์ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงนี้จึงอาจเกิดจากความต้องการเชื่อมโยงทางอารมณ์และร่างกายกับคูรัก¹¹ ประกอบกับธรรมชาติของวัยรุ่นที่มีแรงขับทางเพศในตนเอง จึงทำให้วัยรุ่นเริ่มมีความต้องการทางเพศ สนใจเพศตรงข้าม และมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศ เช่น มองหาผู้ที่ตนสนใจเพื่อสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิด จับมือถือแขน นัดหมายเพื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง ซึ่งทำให้เกิดความพอใจระหว่างกัน จากเหตุที่กล่าวมาถือเป็นจุดเริ่มต้นอันนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในขณะเดียวกัน สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมที่เปิดรับค่านิยมจากวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาในชีวิตประจำวัน เช่น การแต่งกายที่ล่อแหลมมากขึ้น การยอมรับการทักทายแบบโอบกอด เป็นผลให้

ค่านิยม การรักษานวลสงวนตัวแบบวัฒนธรรมไทยลดลง สอดคล้องกับประเด็นการศึกษาสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยในปี 2560 ที่พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้น โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่างอายุ 13 – 15 ปี รวมถึงมีสถิติอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นในช่วงอายุระหว่าง 15 – 19 ปี ที่เพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น¹² และสอดคล้องกับการศึกษาของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁵ ได้ทำการศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มพนักงานขาย และหญิงในสถานประกอบกิจการประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างชายมีอายุเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 18.1 ปี และหญิง เท่ากับ 20.3 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่น

ด้านประวัติการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจเลือด และทราบผลการตรวจรวมถึงส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้รับถุงยางอนามัยโดยเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานของกองทัพบกไทยได้ดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ในกลุ่มทหารอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ซึ่งมีเป้าหมายหลักในการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2573¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรวรรณ จุลวงษ์¹⁴ ที่ทำการศึกษารื่องการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก โดยพบว่าส่วนใหญ่พลทหารได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี พร้อมทั้งได้รับความรู้จากการให้สุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ กุญสุวรรณ และคณะ¹⁵ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยสาเหตุพฤติกรรมที่บ่อนทำลายจากโรคเอดส์ ของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้รับการถ่ายทอด

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ส่วนใหญ่ครบตามเกณฑ์ ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ และความเข้าใจในแนวทางป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี โดยคำถามเกี่ยวกับความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุดคือ การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹⁵ ที่ระบุว่า การสวมถุงยางอนามัยเป็นหนึ่งในมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ของจรัญ คำสอน และคณะ¹⁶ ยังยืนยันว่า การรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยเฉพาะในประเด็นการใช้ถุงยางอนามัย

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของ กลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้ในระดับหนึ่งเกี่ยวกับการป้องกันโรค แต่ยังมีช่องว่างในด้านการนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ทหารเกณฑ์ที่ต้องปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ที่มีความหลากหลายในเชิงวัฒนธรรม และพฤติกรรม ซึ่งจากสถานการณ์นี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมของกลุ่มทหารให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง จากผลการศึกษาด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ วนิดา ปาวรีย์¹⁷ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของประชาชนในชุมชนวัดไผ่สีสุก เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยฯ อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพบว่า อายุ สถานะภาพสมรส และระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่ามักมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตและความรับผิดชอบที่สูงขึ้น รวมถึงการตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมกกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า และสถานภาพสมรสมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่แต่งงานแล้วมักมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่า เนื่องจากมีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและคู่ครอง รวมถึงการวางแผนในการมีเพศสัมพันธ์อย่างระมัดระวังมากขึ้น รวมถึงความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกโดยตรงกับพฤติกรรม เนื่องมาจากความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างความตระหนัก (awareness) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุ วิธีการแพร่กระจาย และแนวทางป้องกัน จะทำให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และนำไปสู่การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวีจิตร อาวะกุล¹⁸ ที่ว่าการฝึกอบรมให้ความรู้เป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มพูนความถนัด ความรู้ ทักษะหรือความชำนาญ ซึ่งเมื่อเกิดความรู้จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ปาวรีย์¹⁷ โดยผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์โดยการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์สามารถอธิบายโดยสรุปได้ว่าทหารกองประจำการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ได้แก่ อายุ สถานะภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งความรู้ที่ถูกต้องส่งผลโดยตรงต่อการสร้างความตระหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การขาดการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

และความเชื่อผิดเกี่ยวกับการแพร่เชื้อยังคงเป็นปัญหาที่พบในกลุ่มตัวอย่าง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย รวดเร็ว และเป็นมิตรกับกลุ่มวัยรุ่น รวมถึงการรณรงค์ และให้ความรู้ด้านสุขภาวะทางเพศที่ถูกต้อง จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของกลุ่มทหาร และวัยรุ่นไทยโดยรวม นอกจากนี้ การส่งเสริมความเข้าใจในประเด็นที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และการใช้ถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่องถือเป็นมาตรการสำคัญที่สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาหลักสูตรอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทหารกองประจำการ โดยเน้นเรื่องความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ และการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และถูกต้อง
2. จัดตั้งระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย รวดเร็ว และเป็นมิตรกับกลุ่มทหาร โดยเพิ่มจำนวนคลินิกเฉพาะทางด้านสุขภาพทางเพศ (Sexual Health Clinic) ในพื้นที่ค่ายทหาร ซึ่งดำเนินการโดยกรมความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลค่ายฯ และองค์กรปกครองท้องถิ่นในพื้นที่
3. ส่งเสริมการใช้สื่อดิจิทัล และแพลตฟอร์มออนไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่มหาวิทยาลัย รวมถึงใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของทหารกองประจำการเป็นระยะ โดยเฉพาะในกลุ่มทหารใหม่
4. ควรนำองค์ความรู้ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปพัฒนาต่อยอดในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ได้รูปแบบ และกลไกการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทหารกองประจำการที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. วิภาดา มหัตตนิโรจน์, นาฏอนงค์ พรนภดล และคณะ. (2552). สรุปลโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
2. สมจิตร ฉิมแสง. (2555). หลักสูตรทักษะชีวิตเรื่องเอดส์และเพศระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2567. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/das/pagecontent>.
4. Radhika, S. (2003). A new security threat: HIV/AIDS in the Military. *Society in Transition*, 16(2), 16-23.
5. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2566). การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มพนักงานขาย และหญิงในสถานประกอบกิจการประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2567. แหล่งข้อมูล: <https://www.ddc.moph.go.th/doi/>
6. จักรกฤษณ์ สำราญใจ. (2544). การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2567. แหล่งข้อมูล: http://www.jakkrit.lpru.ac.th/pdf/27_11_44/9.pdf
7. กรรกรรช ดารุณิกร และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีคู่นอนหลายคนของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 12(1), 13 – 21.
8. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560). การเกณฑ์ทหารในราชอาณาจักรไทย ตามพระราชบัญญัติการรับราชการทหาร พ.ศ.2497. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2567. แหล่งข้อมูล: https://cdc.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=1724.
9. กันยารัตน์ กุญสุวรรณ และคณะ. (2556). ปัจจัยสาเหตุพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์ ของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ: การศึกษาการเปลี่ยนแปลงระหว่างช่วงเวลาการฝึกในศูนย์ฝึกทหารใหม่ และผลของการลดความเสี่ยงจากโรคเอดส์. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 19(2), 35 – 58.
10. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
<https://pharm.tu.ac.th/uploads/pharm/pdf/articles/STDs%20%E0%B8%95%E0%B8%B5%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B9%8C.pdf>
11. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์สุขภาพวัยรุ่นในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานนัยการเจริญพันธุ์.
12. สำนักงานนัยการเจริญพันธุ์. (2565). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ.2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
13. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญเอดส์. (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ: บริษัทเอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.
14. อรรณพ จุลวงษ์. (2556). การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(3), 142 – 150.
15. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2563). รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.
16. จงรักษ์ คำสอน และคณะ. (2562). การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสุขภาพและการศึกษา*. 8(2), 45 – 56.
17. วนิดา ปาจารย์. (2557). พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของประชาชนในชุมชนวัดไม้สีกุ เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*. 20 (2). 148 – 157.
18. วิจิตร อาวะกุล. (2540). การฝึกอบรม : คู่มือการฝึกอบรมและพัฒนาบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย
Participatory Process for Traffic Accidents Prevention among
Village Health Volunteers, Takdaet Subdistrict Health Promoting Hospital
Wangsaphung District Loei Province.

(Received: March 27,2025 ; Revised: April 7,2025 ; Accepted: April 8,2025)

สังวาลย์ สิงห์สถิตย์¹
Sungwan Singsathit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร พัฒนา และประเมินผลรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ตำบลตากแดด ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร แบบสอบถามเชิงโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired T-Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน ก่อนการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมพบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=1.41$, S.D.=0.255) 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรที่พัฒนาขึ้น มีความครอบคลุมตามแนวทาง 5 เสาหลัก ประกอบด้วย การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โครงสร้างพื้นฐานด้านความปลอดภัยทางถนน ยานพาหนะที่ปลอดภัย พฤติกรรมผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัย และการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ 3) หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรก่อนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, อุบัติเหตุทางถนน, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This research was Action Research study aimed at examining the level of participation of Village Health Volunteers (VHVs) in traffic accident prevention, as well as developing and evaluating a participatory process model for traffic accident prevention by VHVs in Tak Daet Subdistrict. The population and sample consisted of 69 VHVs. The research instruments included a questionnaire on participation in traffic accident prevention and a structured questionnaire for focus group discussions. Data analysis was conducted using content analysis, descriptive statistics, and the Paired T-Test.

The research findings 1) The level of participation in traffic accident prevention in the community before the development of the participatory model was found to be low overall among the sample group ($\bar{x}=1.41$, S.D. = 0.255). 2) The developed participatory model for Village Health Volunteers (VHVs) in traffic accident prevention comprehensively aligns with the 5 Pillars approach, which includes Road safety management, Safe Road infrastructure, Safe vehicles, Safe Road user behavior, and Post-crash response. 3) After implementing the model, the sample group showed a statistically significant increase in their mean participation score in traffic accident prevention at the 0.05 significance level.

Keywords: Participation, Road Accidents, Village Health Volunteers (VHVs)

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตากแดด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้บาดเจ็บทุพพลภาพทั่วโลกมากถึง 50 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตไม่น้อยกว่า 1.3 ล้านคน¹ ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ประกาศแผนการสร้างความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2564 – 2573 โดยมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านความปลอดภัย ลดจำนวนผู้เสียชีวิต และบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ.2573² ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศที่ถูกจัดอันดับเป็นประเทศที่ถนนอันตรายที่สุดอยู่ในลำดับที่ 9 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน ทำให้มีผู้ได้รับผลกระทบทั้งบาดเจ็บ และต้องกลายเป็นผู้พิการไปตลอดชีวิตเฉลี่ยปีละ 20,000 คน โดยเหยื่อประมาณร้อยละ 75 เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่มีอายุระหว่าง 15 - 29 ปี โดยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 32.7 ต่อประชากร 100,000 คน สร้างความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี แม้จะเป็นประเด็นปัญหาที่รุนแรง ทว่าประเทศไทยกลับยังไม่สามารถแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้³

ประเทศไทยกำหนดโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 ในรูปแบบคณะกรรมการตั้งระดับชาติจนกระทั่งถึงระดับท้องถิ่น รวมถึงกรุงเทพมหานคร แต่จากรายงานการประเมินความปลอดภัยทางถนนในเชิงกฎหมาย และเชิงสถาบันประเทศไทย⁴ พบว่าโครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 ยังมีข้อจำกัดในหลายด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงสร้าง และกลไกการส่งมอบนโยบายและการนำนโยบายจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ทั้งด้านการบริหารจัดการและกำลังคน

ในการปฏิบัติงาน จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนา และหาแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรที่เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับในแต่ละพื้นที่ในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรต่าง ๆ มีการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนก็มิได้ลดลงตามเป้าหมาย อีกทั้งยังพบว่าบางปีมีอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 808,697 คน มีผู้เสียชีวิต 14,122 คน และในปี 2567 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 30 กันยายน มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนแล้วจำนวน 629,191 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 10,254 คน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปี 2566 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 พบว่าในปี 2566 มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 31,953 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 858 คน โดยในพื้นที่จังหวัดเลย มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 4,045 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 119 คน คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 2.94 โดยจากข้อมูลเชิงลึกของสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนพบว่าส่วนใหญ่เกิดในทางหลวงชนบท และในพื้นที่ชุมชน⁵

ปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุประกอบไปด้วยคน สิ่งแวดล้อม และระบบ การแก้ปัญหาอุบัติเหตุหรือการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลจำเป็นต้องเรียนรู้ว่าอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุในชุมชน⁶ ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีเส้นทางคมนาคมที่สะดวกเป็นเส้นทางผ่านระหว่างอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย สู่อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย มียานพาหนะสัญจรผ่านไป มา ในปริมาณมาก บางเส้นทางมีถนนที่คับแคบ มีผิวการจราจรที่ขรุขระ ซึ่งผ่านมาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดดยังขาดการจัดการความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

อย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจากการจราจรยังพบได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และยังมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน มีความเข้าใจถึงบริบท และพฤติกรรมของชาวบ้าน ซึ่งทำให้สามารถเข้าถึงและเผยแพร่ข้อมูลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ จากที่มาและความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยในบทบาทนักวิชาการสาธารณสุข และเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ประชาชนในชุมชน รวมทั้งการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพะให้มีการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงที่ป้องกันได้ รวมถึงความเสี่ยงที่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจร จึงดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ตำบลตากแดด
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จาก 7 หมู่บ้าน จำนวนรวมทั้งหมด 113 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด จำนวน 69 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย และมีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี 2) เป็นผู้เฒ่าชุมชน หรือบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการ และพัฒนาชุมชนในด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ 3) เป็นผู้ที่ได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และมีความสนใจ ตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ ที่อาจเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก 1) มีประสบการณ์ในการทำงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย น้อยกว่า 1 ปี 2) มีปัญหาด้านด้านสุขภาพ ที่อาจเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ 3) ผู้ที่ไม่แสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ หรือขอยุติการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามกระบวนการวิจัยเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะเป็นเครื่องมือแนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย สถานการณ์ความร่วมมือการดำเนินงานในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ประสบการณ์การมีส่วนร่วมดำเนินการในชุมชน ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร แนวคิดและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการ การศึกษา สถานการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และประเมินผลจากการทดลองใช้รูปแบบมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประเด็นละ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 28 ข้อ

โดยเครื่องมือในการวิจัยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.66 – 1.00 และเครื่องมือในส่วนที่ 2 มีค่า Cronbach Alpha Coefficient เท่ากับ 0.78 สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวของของ Kemmis and McTaggart⁸ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จำนวน 2 ท่าน โดยให้มีบทบาทในการช่วยขับเคลื่อน

กระบวนการวิจัย การเก็บข้อมูลวิจัย และการประสานงานในส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. จัดทำหนังสือประสานไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลหนองจี่ ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสะพุง สถานีตำรวจภูธรวังสะพุง โรงเรียนบ้านนาขาแข้ง โรงเรียนเขาหลวงวิทยา และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการชี้แจงโครงการวิจัย และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

3. ขั้นตอนการวางแผน (Planning: P) ดำเนินการกระบวนการเก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 คน โดยผู้ช่วยวิจัย และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกันอธิบายรายละเอียดการวิจัย สิทธิประโยชน์ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาแสดงความยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในเอกสาร

4. ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตามแบบสอบถามโดยการแจกแบบสอบถามให้และให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 5 วัน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ส่งแบบสอบถามได้ทางกล่องรับแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด หรือนำส่งผ่านทางประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการก่อนระยะการพัฒนารูปแบบเป็นเวลา 2 สัปดาห์

5. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action: A) หลังจากเก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยการเชิญกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมประชุม และสนทนากลุ่ม โดยใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งร่วมกันสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสม

6. นำรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในพื้นที่ เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยระหว่างการทำไปใช้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ

7. ขั้นตอนการสังเกต และประเมินผล (Observe: O) หลังจากการทดลองใช้รูปแบบแล้วเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดำเนินการเก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ โดยการแจกแบบสอบถามให้ และให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 5 วัน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ส่งแบบสอบถามได้ทางกล่องรับแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากแดด หรือนำส่งผ่านทางประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

8. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflect: R) ดำเนินการวิเคราะห์ผลการตอบแบบสอบถาม และสรุปผลการวิจัย จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่งานวิจัยเพื่อใช้เป็นประโยชน์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Paired t test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ผลการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยแบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ

89.86 รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.14 โดยมีอายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 51 ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 39.13 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 37.68 กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 18.84 และกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35 ตามลำดับ ด้านอาชีพหลักพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 85.51 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.70 และอาชีพค้าขาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 89.86 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35 สถานภาพโสด และหย่าร้าง อย่างละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 82.61 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 ด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาระหว่าง 11 – 15 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 68.12 รองลงมาคือระหว่าง 5 – 10 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 23.19 ระหว่าง 16 – 20 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.25 และน้อยกว่า 5 ปี 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.45 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรม หรือรับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 76.81 ซึ่งผู้ที่เคยได้รับการอบรม หรือรับความรู้ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 94.34 รองลงมาคือได้รับความรู้ผ่านทางวิทยุ โทรทัศน์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 13.21 ผ่านสื่อ สิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.55 และผ่านทาง

อินเทอร์เน็ต จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.66 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ก่อนการพัฒนารูปแบบ ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรก่อนการพัฒนาแบบอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.41 (S.D.=0.255) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.50 (S.D.=0.453) การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.53 (S.D.=0.453) การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.44 (S.D.=0.456) และการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.18 (S.D.=0.416)

2.การพัฒนาแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

2.1 สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงาน แนวคิด และ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบ ชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมป้องกันอุบัติเหตุจราจรเป็นบางครั้ง โดยเฉพาะในช่วงเทศกาล เช่น การตั้งด่านตรวจการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายหรือสื่อออนไลน์ในหมู่บ้าน อสม. จะมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน แต่บทบาทยังจำกัดเฉพาะระดับปฏิบัติ ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือวางแผนอย่างจริงจัง ทำให้แนวทางการดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน

ปัญหาที่พบในการดำเนินงานคือการขาดความร่วมมือจากประชาชน เช่น การไม่สวมหมวกกันน็อก ดื่มสุราแล้วขับรถ ขับรถเร็วเกินกำหนด ขณะที่ถนนบางสายมีสภาพชำรุด ขาดไฟส่องสว่าง หรือป้ายเตือนอันตราย ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง อสม. ยังพบข้อจำกัดในการติดตามผล เนื่องจากไม่มีระบบรายงานที่เป็นทางการเกี่ยวกับจำนวนอุบัติเหตุหลังการดำเนินกิจกรรม ทำให้ไม่

สามารถประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างแม่นยำ และไม่สามารถนำข้อมูลกลับไปใช้พัฒนาแนวทางป้องกันอย่างเป็นระบบ

อุปสรรคสำคัญคือการขาดงบประมาณและอุปกรณ์สนับสนุน เช่น ป้ายจราจร เสื้อสะท้อนแสง หรืออุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในเรื่องความปลอดภัยทางถนน ส่งผลให้ขาดองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งยังขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นบางแห่ง ทำให้การดำเนินงานขาดแรงผลักดันและความต่อเนื่อง

ถึงแม้ว่า อสม. จะมีบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น จุดตรวจในช่วงเทศกาล การอบรมหรือประชุมเรื่องความปลอดภัย แต่ความถี่ของกิจกรรมยังน้อย และบทบาทส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับปฏิบัติ ไม่ได้มีส่วนร่วมในเชิงนโยบายหรือการตัดสินใจ ส่งผลให้ผลกระทบต่อความปลอดภัยในชุมชนยังไม่ชัดเจน

แนวคิด และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบ คือการส่งเสริมบทบาทของ อสม. ให้มากขึ้น โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังอุบัติเหตุประจำหมู่บ้านที่มี อสม. เป็นแกนนำ เพื่อรวบรวมข้อมูลและเสนอแนะแนวทางปรับปรุงความปลอดภัย นอกจากนี้ ควรเพิ่มมาตรการบังคับใช้กฎจราจรในพื้นที่ เช่น การกำหนดเขตปลอดภัย การติดตั้งกล้องตรวจจับความเร็ว และการมีระบบติดตามผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน อาทิ รายงานประจำเดือน เปรียบเทียบสถิติก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลกระทบผ่านแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การลดอุบัติเหตุในระยะยาวอย่างยั่งยืน

2.2 ผลการพัฒนาแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันอุบัติเหตุ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การ

ดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้นำข้อมูลมาร่วมกันสังเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันอุบัติเหตุ โดยใช้หลักการ

5 เสาหลักเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน โดยรูปแบบการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

ด้านการดำเนินงาน (5 เสาหลัก)	แนวทางการดำเนินงาน
การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน	1. กำหนดให้ อสม. เป็นคณะทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับชุมชน เพื่อช่วยกำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ 2. ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับ การเก็บข้อมูลอุบัติเหตุและการวิเคราะห์สถิติ เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลมาพัฒนาแนวทางป้องกันอุบัติเหตุที่มีประสิทธิภาพ 3. อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ระหว่างชุมชนและหน่วยงานรัฐ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และตำรวจจราจร เพื่อเสนอแนวทางแก้ไขปัญหในพื้นที่ โดยมีแผนการดำเนินงานที่มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และกระบวนการทำงาน 4. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มมากขึ้น โดยมีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูล ด้านความปลอดภัยทางถนนผ่านเสียงตามสาย โซเชียลมีเดีย และเวทีประชุมหมู่บ้าน 5. ควรเพิ่มกระบวนการประเมินผล จากการดำเนินงานในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรในชุมชน
โครงสร้างพื้นฐานด้านความปลอดภัยทางถนน	1. อสม. ควรได้รับมอบหมายให้เป็นเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังจุดเสี่ยงในพื้นที่ เพื่อสำรวจและรายงานปัญหาถนนชำรุด จุดอันตราย และจุดที่ขาดสัญญาณไฟหรือป้ายเตือนที่เป็นระบบ และมีการตรวจสอบ แก้ไขปัญหาอย่างสม่ำเสมอ 2. สนับสนุนให้ อสม. ทำงานร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นในการจัดตั้งโครงการปรับปรุงถนนปลอดภัย เช่น การติดตั้งไฟส่องสว่าง และการสร้างทางข้ามในจุดเสี่ยง 3. ควรผลักดันให้หน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบต. หรือเทศบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานตามข้อเสนอของ อสม.
ยานพาหนะที่ปลอดภัยขึ้น	1. ควรจัดทำโครงการตรวจสภาพรถก่อนเดินทาง โดยให้ อสม. มีบทบาทส่งเสริมให้ประชาชนตรวจเช็คสภาพยานพาหนะ เช่น ไฟหน้า-ไฟท้าย ระบบเบรก และยางรถ 2. รณรงค์ให้ประชาชนใช้ หมวกกันน็อกที่ได้มาตรฐาน และควรมีมาตรการแจกหมวกกันน็อกให้กลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุและเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์ 3. ผลักดันการบังคับใช้กฎหมาย ในระดับชุมชน ในการตรวจสอบและรายงานยานพาหนะที่มีสภาพไม่ปลอดภัยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานขนส่ง หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่
พฤติกรรมผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยขึ้น	1. อสม. ควรเป็นแกนนำในการรณรงค์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจร เช่น สวมหมวกกันน็อก 100% ดื่มไม่ขับ และลดความเร็วในชุมชน ผ่านกิจกรรมในหมู่บ้าน โดยการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. สร้างเสริมความรู้ โดยเฉพาะการจัดทำโครงการที่มุ่งเป้าไปที่กลุ่มเยาวชน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ถูกต้องและมีบทบาทในการรณรงค์ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากภายใน ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ กฎหมายจราจรและวินัยการใช้ถนน และประชาสัมพันธ์ผ่าน 3. ช่องทางที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย เช่น เสียงตามสายในหมู่บ้าน โดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้ความรู้หลัก
การตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ	1. ควรมีการฝึกอบรม อสม. ด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน เช่น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การทำ CPR และวิธีการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บอย่างถูกต้อง และมีความต่อเนื่อง 2. ควรสนับสนุนการจัดตั้งทีมเผชิญเหตุฉุกเฉินระดับชุมชน โดยให้ อสม. เป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนหน่วยกู้ภัย และโรงพยาบาล และมีการวางแผนแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน

ด้านการดำเนินงาน (5 เสาหลัก)	แนวทางการดำเนินงาน
	3. ควรมี ระบบติดตามผู้ประสบอุบัติเหตุหลังอุบัติเหตุ โดยให้ อสม. รวบรวมข้อมูล รายงานสาเหตุ และเสนอแนวทางป้องกันเพิ่มเติมให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่าง อสม. กับตำรวจ หน่วยกู้ภัย และโรงพยาบาล เพื่อให้กระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บมีประสิทธิภาพและสามารถลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้

3. การประเมินรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันอุบัติเหตุ การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น โดยการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรก่อน และหลังการใช้รูปแบบ พบว่าก่อนการใช้รูปแบบ และ

หลังการใช้รูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน โดยหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรก่อน และหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ตัวแปร	Mean	Mean Difference	SD.	95% CI		t	df	P-Value
				Lower	Upper			
การมีส่วนร่วม								
ก่อนการใช้รูปแบบ	1.413	-0.895	0.298	-0.966	-0.823	-24.953	68	0.00*
หลังการใช้รูปแบบ	2.308							

*P<0.05

สรุป และอภิปรายผล

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน ก่อนการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมพบว่าในภาพรวมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดทั้งในด้านบทบาทหน้าที่ และขอบเขตอำนาจของ อสม. ในชุมชน แม้ว่าจะมีการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง โดยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 เรื่องแนวทาง และหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก⁹ได้กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติการกิจซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในด้านการรณรงค์ป้องกันการเกิด

อุบัติเหตุในชุมชนกำหนดให้ดำเนินการเฉพาะในช่วงเดือนเมษายน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินงาน ประกอบการปัจจุบันการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุในระดับตำบล ชุมชน มีโครงสร้างการมีส่วนร่วมที่ยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในบทบาทผู้ปฏิบัติ และผู้สนับสนุนมากกว่าผู้กำหนดทิศทางในการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน และอีกปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุในการส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมที่ต่ำ ได้แก่ การขาดการฝึกอบรมที่เพียงพอ ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร ทำให้การดำเนินงานของ นอกจากนี้ การขาดกลไกติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถพัฒนาไปสู่แนวทางที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเต็มที่ จากสถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต แสนเสนา และคณะ¹⁰ ที่ได้

ทำการศึกษารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยผลการศึกษาพบว่าในช่วงแรกของการดำเนินงานกลไกการป้องกันการบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนยังไม่มี ความชัดเจน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากท้องถิ่น และชุมชนยังไม่มี ความชัดเจนซึ่งเป็นเหตุผลที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสม และตรงกับบริบทของพื้นที่

รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรที่พัฒนาขึ้น มีความครอบคลุมตามแนวทาง 5 เสาหลัก ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญที่ใช้ในการลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุ โดยเป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลและถูกนำไปใช้เป็นนโยบายหลักของหลายประเทศ¹¹ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570 ที่ได้นำกรอบการดำเนินงาน 5 เสาหลักมาเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดำเนินงานซึ่งประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ มุ่งเป้าการลดการบาดเจ็บสาหัส และการเสียชีวิตของผู้ใช้รถใช้ถนน ยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของยานพาหนะ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การเดินทางที่ยั่งยืน และพัฒนารากฐานโครงสร้างการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน² โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวทาง 5 เสาหลักมาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม โดยมีการประยุกต์ให้ตรงกับบริบทของอสม. ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินงานในระดับชุมชน โดยการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของ อสม. ตามแนวทาง 5 เสาหลักนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้การป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังช่วยให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาความปลอดภัยบนท้องถนนได้อย่างยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสมบุรณ์ คำผิง¹² ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการความ

ปลอดภัยโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 3) การจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน 4) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ 5) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ 6) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ 7) การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และ 8) การสร้างการรับรู้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

ผลจากการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยก่อนการใช้รูปแบบพบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดำเนินงาน ทั้งในด้านบทบาท อำนาจหน้าที่ และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม หลังจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งครอบคลุมแนวทาง 5 เสาหลัก ได้แก่ การบริหารจัดการความปลอดภัย โครงสร้างพื้นฐาน ยานพาหนะ พฤติกรรมผู้ใช้ถนน และการตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับการมีส่วนร่วมเกิดจากการกำหนดบทบาทของ อสม. ให้ชัดเจนขึ้น โดยไม่เพียงแต่เป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลความปลอดภัยเท่านั้น แต่ยังมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแนวทางป้องกันอุบัติเหตุร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น นอกจากนี้ การอบรมเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน

และการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน เช่น ระบบรายงานอุบัติเหตุ หรือแนวทางติดตามผลการดำเนินงาน ที่กำหนดไว้ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ อสม. สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และอีกปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคือการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีตำรวจ และโรงพยาบาลในพื้นที่ ทำให้ อสม. มีบทบาทในการสนับสนุนมาตรการป้องกันอุบัติเหตุที่เป็นรูปธรรม โดยการทำงานร่วมกันในลักษณะนี้ช่วยให้มาตรการที่ดำเนินการมีความต่อเนื่องและสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้ จากข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา ศรีมาตร⁷ ได้ทำการศึกษา กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ ราชบัณฑิต¹³ ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยผลการศึกษาพบว่า หลังจากการใช้รูปแบบความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมการพัฒนาแบบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการคุณภาพ

ชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลศรีล้อม และคณะ¹⁴ ได้ทำการศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอ ขำสูง จังหวัดขอนแก่น โดยผลการศึกษาพบว่าจากการใช้รูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) มีการมีส่วนร่วมและประสิทธิภาพในการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ อสม. มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ในการกำหนดแนวทางป้องกันอุบัติเหตุจราจรในระดับชุมชน แทนที่จะเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามนโยบาย เพื่อให้มาตรการมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
2. พัฒนาระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และพัฒนาศักยภาพด้านการสอบสวนหาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุเพื่อนำข้อมูลเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มปัญหา รวมถึงประเมินผลลัพธ์ของมาตรการป้องกัน เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ผลักดัน การให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น อุปกรณ์ด้านความปลอดภัย การอบรม อสม. ให้มีทักษะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือฉุกเฉิน และการบูรณาการความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). Road traffic injuries. [Internet]. [Cited 2024 October 10]. Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
2. กรมควบคุมโรค. (2565). แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2565 – 2570. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2568. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3427420230523063416.pdf>.
3. รัฐารีย์ บุญเจริญ และคณะ. (2567). การจัดการเชิงบูรณาการเพื่อลดอุบัติเหตุอันเกิดจากการขับซิ่งจักรยานยนต์ในกรุงเทพมหานคร. วารสารร้อยแก่นสารสินธุ์. 9(9), 552 – 568.

4. องค์การอนามัยโลก. (2559). The world health report 2000: Health systems improving performance. Geneva: WHO.
5. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ มูลนิธิไทยโรดส์. (2567). การเปรียบเทียบสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของไทย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairsc.com/data-compare>.
6. ทนงค์ศักดิ์ สุวรรณเทมีย์. (2561). การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ ในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอ กบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567. แหล่งข้อมูล: https://trsl.thairoads.org/SearchSubject.aspx?t_id=9
7. สนธยา ศรีมาตย์. (2565). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 5(1), 24 – 35.
8. วีระยุทธ ชาทะกาญจน์. (2553). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช. 29(1), 1 – 7.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2568. แหล่งข้อมูล: <https://bkpho.moph.go.th/bungkanpho/uploads/media/201801041043054861.pdf>
10. พิชิต แสนเสนา และคณะ. (2566). รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2(1), 47 – 62.
11. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน. (2554). 5 เสาหลักสร้างถนนปลอดภัย. เอกสารเผยแพร่ โครงการสัมมนา ระดับชาติเรื่องความปลอดภัยทางถนน ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร.
12. ศรีสมบุรณ์ คำผิง. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 1(2), 72 – 86.
13. อำนาจ ราชบัณฑิต. (2565). รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่าน คณะกรรมการคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 29(3), 98 – 110.
14. กมล ศรีล้อม และคณะ. (2567). ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอขำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 31(2), 87 – 100.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่บ้าน : เปรียบเทียบกรณีศึกษา
Nursing care for patients with chronic kidney disease stage 4 at home :
a comparative Case study.

(Received: April 10,2025 ; Revised: April 16,2025 ; Accepted: April 18,2025)

ชินนภา ธรรมวิเศษ¹
Cheunnapa Thumviset¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่บ้าน จำนวน 2 ราย ที่มารับการรักษา โรงพยาบาลหนองฮี การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหนองฮี วันที่ 7 พฤษภาคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 30 กรกฎาคม 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียนใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและแบบประเมิน INHOMESSS และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 72 ปี ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เมื่อ 4 ปีที่แล้วมีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์ร่วมด้วย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 70 ปีป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เมื่อ 2 ปีที่แล้วมีโรคเกาต์ร่วมด้วยจากการเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ มีภาวะของเสียคั่งและความไม่สมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการกรองของไตลดลงและไตสูญเสียหน้าที่ มีภาวะซีดเนื่องจากภาวะไตเสื่อมระยะที่ 4, ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว, เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้การพยาบาลแบบองค์รวมต่อเนื่องที่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถลดความก้าวหน้าเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ; การพยาบาล

Abstract

This study was comparison of two case studies aimed to study and compare the disease progression, treatment, and nursing care for 2 patients with chronic kidney disease stage 4 at home who received treatment at Nonghee Hospital. This case study compared 2 patients with chronic kidney disease stage 4. The study was conducted in case study 1 who received services at Nonghee Hospital on May 7, 2024, and in case study 2 on July 30, 2024. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The concept of patient health assessment according to the 11 health models of Gordon and the INHOMESSS assessment form was used, and nursing diagnoses were determined along with the concept of nursing process to apply to continuous nursing care for patients at home.

Main findings : Case study 1, a 72-year-old Thai man, had chronic kidney disease stage 4 4 years ago and had hypertension and gout. Case study 2: A 70-year-old Thai man with stage 4 chronic kidney disease who had gout 2 years ago. From 4 home visits, the nursing diagnosis was the same: there was a state of waste accumulation and an imbalance of fluids and electrolytes in the body due to decreased renal filtration and loss of kidney function, anemia due to stage 4 renal failure, the patient and relatives were anxious about the disease due to lack of knowledge about the disease and behavior, and a risk of stroke. Providing continuous holistic nursing care at home resulted in no complications for both patients and was able to reduce the progression to end-stage renal disease.

Keywords: Stage 4 chronic kidney disease: Nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลหนองฮี

บทนำ

สถานการณ์โรคไตเรื้อรังทั่วโลกพบความชุกของโรคไตเรื้อรังมากที่สุดในระยะที่ 3 ร้อยละ 7.6 ความชุกของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุโดยความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปในประชากรไทยทั่วประเทศที่มีอายุมากกว่า 18 ปี พบร้อยละ 2.9 – 13 จากประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคนหรืออยู่ในช่วงประมาณ ตั้งแต่ 2-9 ล้านคน ซึ่งประชากรที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังเนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 มักไม่ค่อยปรากฏอาการที่เฉพาะเจาะจงและมักมีอาการแสดงการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4 และพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ ความตระหนักรู้ทำให้ไม่เห็นความสำคัญและขาดการร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อไตเสื่อมลงเข้าสู่ระยะที่ 5 จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดทดแทนไตที่เสียไป (Renal Replacement Therapy; RRT) ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตและการปลูกถ่ายไตซึ่งเป็นการรักษาระยะยาวต่อเนื่องไปตลอดชีวิต สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีมากกว่า 129,724 รายต่อปี นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังยังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง¹

อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด² ในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบจำแนกตาม Stage ดังนี้ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1 ร้อยละ 6.67 ไตเรื้อรังระยะที่ 2 ร้อยละ 8.70 ไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 44.64 ไตเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 27.25 ไตเรื้อรังระยะที่ 5 ร้อยละ 12.75 ซึ่งการชะลอไตจากระยะที่ 4 ไม่ให้สู่ระยะที่ 5 เพื่อผู้ป่วยจะไม่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจรวมถึงผู้ดูแล Care giver ดังนั้นวิธีการที่ช่วยชะลอ

ความเสื่อมของไตได้ดีที่สุด คือ การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่สำคัญคือ การควบคุมอาหารและน้ำ ร่วมกับการรักษาทางยาเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนและจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 พบว่า ปัญหาที่มีความไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่เพราะไตเสียหน้าที่ การขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองตามข้อกำหนดการรักษา ขาดความรู้เกี่ยวกับการจำกัดสารอาหารและการรับประทานยา และการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยก้าวผ่านภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิต ซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาลเชิงรุก การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยใช้หลักให้ผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำทฤษฎีแรงจูงใจ การเสริมพลัง Empowerment หรือการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาเป้าหมายอย่างมีความสุขดี สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ สามารถปรับตัวอยู่กับความเจ็บป่วยทางร่างกาย ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ชะลอไตสู่ไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อการชะลอไตในชุมชน โรงพยาบาลหนองฮี ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

การศึกษารายกรณีนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 2 รายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 – 7 มกราคม 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม 2567- 7 มกราคม 2568

ขั้นตอนการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอดถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน³ และแบบประเมิน INHOMESSS เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

การศึกษานี้ได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 กรณีศึกษา 2 ราย ผลศึกษา พบว่า **กรณีศึกษา 2 ราย** พบว่าผู้ป่วย 2 รายคือ เพศชาย และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rainer Dusing⁴ พบว่า เพศชายมีการลดลงอย่างรวดเร็วในการทำงานของไต และภาวะแทรกซ้อนที่แย่กว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน และอายุที่มากขึ้นส่งผลให้ไตวายมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลียขาบวม เล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ปัสสาวะออกน้อยเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ซึ่งเป็นอาการแสดงที่ชัดเจนของโรค Chronic Kidney Disease stage 4 ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล วิงเวียนศีรษะ บวม เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ซีดเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แพทย์ตรวจวินิจฉัยโรค Chronic Kidney Disease stage 4 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์ มีการรับประทานยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ เกิด Hypertensive nephrosclerosis และ ะ gouty nephropathy และ ะ Chronic analgesic nephropathy⁵ มีลักษณะอาการอ่อนแอ เหนื่อยง่าย กินอาหารได้น้อยลงมีอาการบวมที่ขาเนื่องจากการทำหน้าที่ของไตลดลง ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ป่วยด้วยโรคเกาต์และใช้ยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีอาการซิด วิงเวียนศีรษะ บวม เหนื่อย

หายใจไม่อิ่ม ซึ่งเป็นอาการจากการทำงานของไตลดลงจนระดับ Serum Creatinine สูงขึ้นพบภาวะซีดหรือโลหิตจาง นำไปสู่การสะสมของสารพิษและของเหลวในร่างกาย การตรวจเลือดเพื่อตรวจการ

ทำงานของไตระยะนี้จะพบอัตราการกรองของไต (eGFR) ประมาณ 15-29 มล./นาที ซึ่งเป็นระยะที่ไตถูกทำลายอย่างรุนแรงและการทำงานของไตลดลงอย่างมาก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เนื่องจากตนเองเป็นความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะที่ 4, เกิดเป็นมา 11 ปี รับประทานยาเป็นประจำไม่เคยขาดยาและมาพบแพทย์ตามนัดเสมอการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม. และโรงพยาบาลหนองฮี ผู้ป่วยรับประทานเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเองที่เป็นโรคไตระยะที่ 4 แต่สามารถปฏิบัติได้บ้างปานกลาง เช่นการควบคุมความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เพราะเป็นผู้ป่วย HT การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลดี เสื้อผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้นสะอาด ปัญหาที่พบ -มีความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่เนื่องจากไตเสียหน้าที่	การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เนื่องจากตนเองเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 4, เกิดเป็นมา 2 ปี รับประทานยาเป็นประจำไม่เคยขาดยาและมาพบแพทย์ตามนัดเสมอการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม. และโรงพยาบาลหนองฮี ผู้ป่วยรับประทานเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเองที่เป็นโรคไตระยะที่ 4 แต่สามารถปฏิบัติได้บ้างปานกลาง การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลดี เสื้อผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้นสะอาด ปัญหาที่พบ -มีความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่เนื่องจากไตเสียหน้าที่
2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีน้ำหนักลดลงเนื่องจากรับประทานได้น้อยมีคลื่นไส้ อาเจียน ชอบอาหารรสจัดและเค็ม ดื่มน้ำวันละ 3-5 แก้ว น้ำหนัก 62.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 24.916 ปัญหาที่พบ -พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านและของดิบรสจัด ดื่มน้ำวันละ 5-6 แก้ว น้ำหนัก 50.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 20.069 ปัญหาที่พบ -พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม
3. การขับถ่าย	การขับถ่ายอุจจาระท้องผูกประจำต้องรับประทานยาระบายทุกวัน ปัสสาวะออกน้อยวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	การขับถ่ายอุจจาระท้องผูกเป็นประจำมีอาการท้องอืดบ่อยๆ ถ่ายอุจจาระเป็นลักษณะขี้กระต่ายออกน้อย ปัสสาวะออกน้อยวันละ 3-4 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองเข้ม
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ทำกิจกรรมได้น้อยลง มีอาการเหนื่อยง่ายและนอนราบไม่ได้ ปัญหาที่พบ -มีภาวะซีดจากพยาธิสภาพของโรค	ผู้ป่วยไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกาย ปวดเข่าทำให้เดินไม่สะดวกและการทำงานลดลง ปัญหาที่พบ -มีภาวะซีดจากพยาธิสภาพของโรค
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับๆตื่นๆไม่เป็นไปตามปกติเข้านอนเวลา 20.00 น. ตื่นประมาณ 02.00 น. และบางครั้งนอนหลับกลางวัน ใช้นานอนหลับเป็นประจำ	ผู้ป่วยเข้านอนเวลา 21.00-05.00 น. ไม่ได้นอนกลางวัน ไม่เคยใช้นานอนหลับ ถ้าวันไหนปวดเข่าจะนอนหลับๆตื่นๆ
6. สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยรับรู้ที่ดี รู้สติดี สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น สามารถตัดสินใจเองได้บางครั้งมีอาการหลงลืม การมองเห็นชัดเจน การได้ยินชัดเจนดี	ผู้ป่วยรู้สีกตัวดี รู้สติดี สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น สามารถตัดสินใจเองได้ ไม่มีอาการหลงลืม มองเห็นชัดเจน ได้ยินชัดเจน
7. การรับรู้ตนเองและอัตมันในทัศน	ผู้ป่วยยอมรับว่ามีโรคประจำตัว ต้องมีการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค เช่นโรคไตเรื้อรังมีการยาคุมดูแลตลอด เป็นคนเครียดง่าย โกรธง่ายหายเร็ว	ผู้ป่วยรับรู้ตนเองไม่แข็งแรงมีโรคประจำตัวเก่าๆ เป็นหัวหน้าครอบครัวมีภรรยาและหลานชายดูแลตลอด เป็นคนสนุกสนานร่าเริง ไม่เครียดง่าย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวภรรยาและบุตรชายเสียชีวิตด้วยโรคไตวายจึงได้แต่งงานใหม่ บุตรสาวประกอบอาชีพที่กรุงเทพมหานครกลับบ้านที่และสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี มีทะเลาะกันบ้างเล็กน้อยผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน	เป็นหัวหน้าครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 2 คน บุตรชายป่วยด้วยโรคตับแข็ง บุตรสาวประกอบอาชีพที่กรุงเทพมหานครมีหลานชายคอยดูแลสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีทะเลาะกันผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน
9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษารายาเมื่อก่อนเวลาเครียดชอบสูบบุหรี่และระบายกับเพื่อนๆ ณะเจ็บป่วยการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความวิตกกังวลและมีภาวะเครียดกลัวว่าจะได้ล้างไต คะแนนวิตกกังวล 9 คะแนน ปัญหาที่พบ -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษารายาและจะแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อนเมื่อก่อนเวลาเครียดชอบสูบบุหรี่/ดื่มสุราและระบายกับเพื่อนๆ ณะเจ็บป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและเครียด คะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน ปัญหาที่พบ -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว
11. คุณค่าและความเชื่อ	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาสดูและเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหลายโรค และการทำบุญจะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจ เชื่อว่าการเจ็บป่วยต้องรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาสดูและเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายได้รับยาแก้ปวดมาก และการทำบุญจะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจ เชื่อว่าการเจ็บป่วยต้องรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนพบว่า ก่อนเจ็บป่วยแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งสองรายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังคือการมีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์ทำให้ต้องกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสมเช่น รสเค็ม รสจัด ดื่มน้ำน้อยผู้ป่วยไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกายเดิมผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้น้อยลงมี

อาการเหนื่อยแม้ว่ามีการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย บางครั้งนอนราบไม่ได้ เหนื่อยง่ายกว่าที่เป็นอยู่เดิม สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความวิตกกังวลและมีภาวะเครียดกลัวว่าจะได้ล้างไต

แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS)

สำหรับองค์ประกอบของการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
I : Immobility (การเคลื่อนไหว) รับประทานอาหารได้เอง ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ลูกจากที่นอน เข้าห้องน้ำเอง เดินได้ในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ขึ้นลงบันไดได้เอง อาบน้ำได้เอง กลั้นอุจจาระได้ กลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง ประเมินกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel Activities of Daily Living หรือ ADL Score 19 คะแนน ประเมินได้ว่าไม่มีภาวะพึ่งพิง	I : Immobility (การเคลื่อนไหว) รับประทานอาหารได้เอง ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ลูกจากที่นอน เข้าห้องน้ำเอง เดินได้ในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำได้เอง กลั้นอุจจาระได้ กลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง ประเมินกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel Activities of Daily Living หรือ ADL Score 19 คะแนน ประเมินได้ว่าไม่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
N : Nutrition (โภชนาการ) รับประทานอาหารจำนวน 3 มื้อ ตรงเวลาชอบรับประทานอาหารรสจัด เค็ม และเนื้อติดมัน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีน้ำหนักลดลง เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยมีคลื่นไส้ อาเจียน ตื่นนอนบ่อยวันละ 3-5 แก้ว น้ำหนัก 62.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 24.916 มีภาวะน้ำหนักเกิน	N : Nutrition (โภชนาการ) รับประทานอาหาร 3 มื้อ ไม่ตรงเวลาชอบรับประทานข้าวเหนียว และอาหารพื้นบ้านและของดิบรสจัด ตื่นนอนวันละ 5-6 แก้ว น้ำหนัก 50.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 20.069
H : Home Environment (สภาพบ้าน) บ้านไม้ 2 ชั้น มีรั้วรอบทำจากไม้ มีต้นไม้ออบอวลอยู่ติดถนนในซอยตั้งในเขตชุมชน มีบ้านติดกันหลายหลัง มีรั้วกัน หน้าบ้านเป็นลานจอดรถและนั่งเล่น ไม่มีสัตว์เลี้ยง ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนั่งเล่น แยกเป็นสัดส่วนอยู่ชั้นล่าง ผู้ป่วยนอนบริเวณห้องนั่งเล่น อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ พื้นบ้านและห้องน้ำไม่ลื่นภายในบ้านมีความสะอาดดี มีพื้นที่ต่างระดับบริเวณขอบล่างของประตูทุกบาน	H : Home Environment (สภาพบ้าน) บ้านปูน 2 ชั้น มีรั้วรอบทำจากไม้ มีต้นไม้ออบอวลอยู่ติดถนนในซอยตั้งในเขตชุมชน มีบ้านติดกันหลายหลัง ไม่มีรั้วกัน หน้าบ้านเป็นลานจอดรถและนั่งเล่น ไม่มีสัตว์เลี้ยง ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนั่งเล่น แยกเป็นสัดส่วนอยู่ชั้นล่าง ผู้ป่วยนอนชั้นล่าง อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ พื้นบ้านและห้องน้ำไม่ลื่นภายในบ้านมีความสะอาดดี ไม่มีพื้นที่ต่างระดับ
O : Other People (สมาชิกคนอื่นในบ้าน, ชุมชน) เป็นหัวหน้าครอบครัว ภรรยาและบุตรชายเสียชีวิตด้วยโรคไตวาย จึงได้แต่งงานใหม่อาศัยอยู่กับภรรยา 2 คน บุตรสาวประกอบอาชีพที่กรุงเทพมหานคร กลับบ้านที่และสัมผัสสภาพในครอบครัวกับใครกันดี มีทะเลาะกันบ้างเล็กน้อย ผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อนบ้านช่วยเหลือดี มักจะนำอาหารมาให้เป็นประจำ หากต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ มักทำการปรึกษา อสม. และพยาบาลเยี่ยมบ้าน	O : Other People (สมาชิกคนอื่นในบ้าน, ชุมชน) เป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยามีบุตร 2 คน บุตรชายป่วยด้วยโรคตับแข็ง บุตรสาวประกอบอาชีพที่กรุงเทพฯ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งกำลังกายและทุนทรัพย์คอยให้กำลังใจอยู่เสมอ มีหลานชายอายุ 15 ปี คอยดูแลสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับใครกันดี ไม่มีทะเลาะกัน ผู้ป่วยชอบเข้าสังคมและชอบพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน หากต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ มักทำการปรึกษา อสม. และพยาบาลเยี่ยมบ้าน
M : Medication (ยาที่ผู้ป่วยใช้) ยาที่แพทย์สั่งการรักษา ดังนี้ 1) Allopurinol 100 mg 1 เม็ด วันละ ครั้ง วันเว้นวัน เข้า 2) Amlodipine 5 mg 2 เม็ด วันละ ครั้ง หลังอาหาร 3) Ferrous fumarate 200 mg 1 เม็ด วันละ 3 เวลา 4) Sodamint 300 mg 1 เม็ด วันละ 2 เวลา 5) Simvastatin 20 mg 1 เม็ด ก่อนนอน 6) Hydralazine 25 mg 2 เม็ด วันละ 4 เวลา 7) Lactulose 100 ml 1 ช้อนโต๊ะ ก่อนนอน 8) มะขามแขก 400 mg 2 เม็ด ก่อนนอน 9) Norgescic 1 เม็ด วันละ 3 เวลา ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร ยาชุด และยาอื่นๆ บริหารยาด้วยตนเอง จัดและเตรียมยาเองทุกมื้อ	M : Medication (ยาที่ผู้ป่วยใช้) ยาที่แพทย์สั่งการรักษา ดังนี้ 1) Allopurinol 100 mg 1 เม็ด วันละ ครั้ง เข้า (จันทร์/พุธ/ศุกร์) 2) Ferrous fumarate 200 mg 1 เม็ด วันละ 3 เวลา 3) Simvastatin 20 mg 1 เม็ด ก่อนนอน 4) Sodamint 300 mg 2 เม็ด วันละ 3 เวลา 5) Folic acid 5 mg 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า 6) Doxazosin 4 mg ครั้ง เม็ด ก่อนนอน 7) Colchicine 0.6 mg 1 เม็ด เฉพาะเวลาปวด 8) Amlodipine 5 mg 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง มีประวัติการใช้ยาสมุนไพร ยาชุด และยาอื่นๆ เป็นประจำ บริหารยาด้วยตนเอง จัดและเตรียมยาเองทุกมื้อ
E : Examination (ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 59 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % 1) ระบบประสาท รู้สึกตัวดี คุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ 2) ใบหน้า ศีรษะ และลำคอ ใบหน้าไม่บวม เปลือกตาไม่บวม ชีตเล็กน้อย มีฟันผุบางซี่ 3) ระบบทางเดินหายใจ มีอาการหายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย นอนราบไม่ได้ ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงที่ผิดปกติ 4) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ไม่พบ murmur การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจรสม่ำเสมอ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ 5) ระบบย่อยอาหาร ท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน รับประทาน	E : Examination (ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % 1) ระบบประสาท รู้สึกตัวดี คุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ 2) ใบหน้า ศีรษะ และลำคอ ใบหน้าไม่บวม เปลือกตาช้ำเล็กน้อย มีฟันผุบางซี่ 3) ระบบทางเดินหายใจ มีอาการหายใจไม่อึด เหนื่อยเล็กน้อย ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงที่ผิดปกติ 4) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ไม่พบ murmur การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจรสม่ำเสมอ วูบ วิงเวียนศีรษะ 5) ระบบย่อยอาหาร ท้องอืด แน่นท้อง 6) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อแขนขา ระดับ 5 ปวดเข้าข้างซ้าย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
อาหารได้น้อย 6)ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกกล้ามเนื้อแขน ขา ระดับ 5 บวมที่ขาข้างขวาตบุม 1+	
S : Stability (ความปลอดภัย) ภายในบ้านไม่พบสารเคมี น้ำมันเชื้อเพลิง ของมีคมวางอยู่บริเวณ หน้าบ้านซึ่งจัดเก็บไม่เรียบร้อยอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ ยาเก็บไว้ที่ ชั้นวางของ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้านอยู่ในสภาพดีมีการบำรุงรักษา ภายในห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องไม้สน ประตูบานพับมีขอบล่างยื่น ขึ้นมาทำให้เดินสะดุดล้มได้ ราวบันไดมั่นคง	S : Stability (ความปลอดภัย) ภายในบ้านไม่พบสารเคมี น้ำมันเชื้อเพลิง ของมีคมจัดเก็บ เรียบร้อยเป็นระเบียบ ยาเก็บไว้ที่ตู้เก็บของ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายใน บ้านอยู่ในสภาพดีมีการบำรุงรักษา ภายในห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องไม้ สัน ไม่มีน้ำขังเปียกและ ไม่มีพื้นต่างระดับ ราวบันไดมั่นคง
S : Spiritual Health (สุขภาพทางจิตวิญญาณ) ผู้ป่วยและภรรยาทราบและรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง คัดกรอง ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และแบบประเมิน 9Q พบว่า ผู้ป่วยวิตกกังวล 9 คะแนนเรื่องภาวะเจ็บป่วยและการดูแล ดังนี้	S : Spiritual Health (สุขภาพทางจิตวิญญาณ) ผู้ป่วยและภรรยาทราบและรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง คัดกรอง ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และแบบประเมิน 9Q พบว่า ผู้ป่วยวิตกกังวล 10 คะแนนเรื่องภาวะเจ็บป่วยและการดูแล ดังนี้
Idea (ความคิดต่อการเจ็บป่วย) ผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุที่เจ็บป่วยเกิด จากพฤติกรรมกรับประทานอาหารเค็มและป่วยด้วยโรคความดัน โลหิตสูงมานาน 11 ปี Feeling(ความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว) ผู้ป่วยและครอบครัวรู้ และเข้าใจการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเพราะภรรยาและบุตรชายได้ เสียชีวิตเพราะโรคไตเรื้อรัง Function (ความสามารถในอาชีพ) ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะบุตรสาวส่งเงินมาให้ใช้ทุกเดือน งานอดิเรกทำสวนและเลี้ยง วัว 2 ตัวไม่รู้สึกว่าคุณค่าที่เจ็บป่วย Expectation (ความคาดหวัง) ผู้ป่วยและภรรยามีความคาดหวัง ว่าถ้าชะลอไตเสื่อมไม่ได้ก็ต้องล้างไตและก็ต้องทำไตเทียม	Idea (ความคิดต่อการเจ็บป่วย) ผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุที่เจ็บป่วย เพราะกินยาแก้ปวดแก้ปวด/ยาชุด/ยาต้มสมุนไพรมานาน 2 ปี Feeling(ความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว) ผู้ป่วยและครอบครัวรู้ และเข้าใจการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังแล้วว่าต้องล้างไต Function (ความสามารถในอาชีพ) ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะบุตรสาวส่งเงินมาให้ใช้ทุกเดือน งานอดิเรกทำสวนไม่ได้รู้สึก ว่าตัวเองด้อยคุณค่าที่เจ็บป่วย Expectation (ความคาดหวัง) ผู้ป่วยและภรรยามีความคาดหวัง ว่าถ้าชะลอไตเสื่อมไม่ได้ก็ต้องล้างไตและก็ต้องทำไตเทียม
S : Service (ทางเลือกการรักษาอื่นในชุมชน) ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุ ไปรับยาโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเกาต์ที่โรงพยาบาลหนองฮีห่างจากบ้านประมาณ 2 กิโลเมตร โดยขับมอเตอร์ไซด์ ปัจจุบันรักษาเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้ รักษาแพทย์ทางเลือกอื่น	S : Service (ทางเลือกการรักษาอื่นในชุมชน) ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุ ไปรับยาโรคเกาต์ที่โรงพยาบาล หนองฮีห่างจากบ้านประมาณ 1 กิโลเมตร โดยขับมอเตอร์ไซด์ ปัจจุบันรักษาเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้รับรักษาแพทย์ทางเลือก อื่น

จากตารางที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน สถานะสุขภาพมาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาลโดย วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลมาจากการตั้งเป้าหมาย ร่วมกับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้น การให้

ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะในการปฏิบัติการ ดูแล ติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ เสริมสร้าง แรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทาง สังคม เช่น อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วย จัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็น	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดโรค	-ผู้สูงอายุ/เพศชาย -ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 11 ปี -ป่วยด้วยโรคเกาต์ 2 ปี	-ผู้สูงอายุ/เพศชาย -ป่วยด้วยโรคเกาต์ 2 ปี -กินยาชุด/สมุนไพรแก้ปวดเป็น ประจํา	-เพศชายมีการลดลงอย่างรวดเร็วในการทำงานของไต และภาวะแทรกซ้อนที่แย่กว่าเพศหญิง -อายุที่มากขึ้นส่งผลให้ไตวายมากขึ้น

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็น	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-รับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ		-ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ป่วยเสี่ยงโรคไตจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive nephrosclerosis) และโรคไตจากเก๊าต์ (Gouty nephropathy) -ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 จากโรคไตจากเก๊าต์ (Gouty nephropathy)และโรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ(Chronic analgesic nephropathy)
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	-หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย เวียนศีรษะ ขาข้างขาบวมกดบวม1+	-หายใจไม่อึดม วูบ วิงเวียนศีรษะ เหนื่อย ซีด ปวดเข้าข้างซ้าย	- เกิด Hypertensive nephrosclerosis และ gouty nephropathy และ Chronic analgesic nephropathy มีลักษณะอาการอ่อนแอ เหนื่อยง่าย กินอาหารได้น้อยลงมีอาการบวมที่ขาเนื่องจากการทำหน้าที่ของไตลดลง จนระดับ Serum Creatinine สูงขึ้นพบภาวะซีดหรือโลหิตจาง นำไปสู่การสะสมของสารพิษและของเหลวในร่างกาย การตรวจเลือดเพื่อตรวจการทำงานของไตระยะนี้จะพบอัตราการกรองของไต (eGFR) ประมาณ 15-29 มล./นาที ซึ่งเป็นระยะที่ไตถูกทำลายอย่างรุนแรงและการทำงานของไตลดลงอย่างมาก
3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC พว -RBC 2.59 cell/min ³ -Hb 7.0 g/dl -Hct 28 % ตรวจ Chemistry พว -BUN 26 mg/dl -Creatinine 3.8 mg/dl -eGFR 15.10 ml/min/1.73m ² -Chloride 108.5 mmol/L -Magnesium 2.3 mg/dl	CBC พว -RBC 3.11 cell/min ³ -Hb 8.6 g/dl -Hct 26 % ตรวจ Chemistry พว -BUN 29 mg/dl -Creatinine 3.9 mg/dl -eGFR 14.83 ml/min/1.73m ² -Chloride 109.3mmol/L -Magnesium 2.5 mg/dl -Calcium 8.0 mg/dl -Phosphorus 5.1mg/dl	-RBC, Hb และ Hct ต่ำกว่าปกติ เพราะผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 จะพบภาวะซีดจากร่างกายสร้าง Erythropoietin ลดลงทำให้ผลิตเม็ดเลือดแดงลดลง และเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นจากภาวะยูรีเมีย ร่วมกับขาดธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ส่งผลให้ผลเลือดผิดปกติ -ค่า eGFR ต่ำกว่าปกติบ่งชี้ถึงภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างช้า ๆ หรือประสิทธิภาพและความเร็วในการขับของเสียออกจากตัวกรองที่ไตภาวะไตเริ่มผิดปกติในระดับรุนแรง -ค่า Creatinine ในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบสูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงภาวะไตเสื่อมจากโรคความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรังทำให้ระบบเมตาบอลิซึมผิดปกติมียูเรียและ Creatinine สะสมทำให้ค่า BUN และ Creatinine จึงสูงกว่าปกติ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ทำให้ Calcium ในเลือดลดลง
4.การวินิจฉัยโรคและการรักษา	Chronic Kidney Disease stage 4 with Hypertension with Gout	Chronic Kidney Disease stage 4 with Gout	-การตรวจเลือดเพื่อตรวจการทำงานของไตระยะนี้จะพบอัตราการกรองของไต (eGFR) ประมาณ 15-29 มล./นาที มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีอาการจากโรคไตเรื้อรังรวมทั้งพบปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคโลหิตจางที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มุ่งเน้นไปที่การรักษาอาการที่เกิดจากการทำงานของไตบกพร่อง การชะลอการลุกลามของโรคไตเรื้อรัง และเริ่มศึกษาการบำบัดทดแทนไต ในระยะนี้แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อกับอายุรแพทย์โรคไตเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง อายุรแพทย์โรคไตจะตรวจประเมินเริ่มวางแผนการบำบัดทดแทนไตที่เป็นไปได้ (การล้างไตและการปลูก

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็น	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ถ่ายไต) หากโรคของผู้ป่วยดำเนินไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือที่เรียกกันว่าโรคไตระยะสุดท้าย
5.ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.มีภาวะของเสียคั่งและความไม่สมดุลของสารน้ำเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการกรองของไตลดลงและไตสูญเสียหน้าที่ 2.มีภาวะชืดเนื่องจากภาวะไตเสื่อมระยะที่ 4 3.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 4.เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	1.มีภาวะของเสียคั่งและความไม่สมดุลของสารน้ำเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการกรองของไตลดลงและไตสูญเสียหน้าที่ 2.มีภาวะชืดเนื่องจากภาวะไตเสื่อมระยะที่ 4 3.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 4.เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	-พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต้องใช้ทักษะและความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง -พยาบาลประเมินผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและแบบประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน(INHOMESSS) ในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับการรวบรวมข้อมูล แผนการรักษา อาหารและข้อมูลทางห้องปฏิบัติการนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การเสริมแรงการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นและสามารถชะลอไตเสื่อมไม่ให้ก้าวสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ซึ่งมีปริมาณเพิ่มขึ้นและจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานบริการและครอบครัวประกอบกับนโยบายเครือข่ายบริการสุขภาพ⁶ (Service plan) ที่กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกันภายในพวงบริการ จึงมีการส่งกลับผู้ป่วยมาดูแลในชุมชนมากขึ้นเมื่อพยาบาลประเมินผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและวิธีการ INHOMESSS ทำให้เห็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ได้แก่ มีภาวะของเสียคั่งและความไม่สมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ในร่างกาย จากการที่อัตราการกรองของไตลดลง การควบคุมสมดุลของเกลือแร่และกรดต่างของร่างกาย การควบคุมความดันโลหิต การทำงานของต่อมไร้ท่อสูญเสียหน้าที่เกิดการคั่งของเกลือ กรด น้ำในร่างกายรวมทั้งของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารโปรตีนและหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมนบางชนิดผิดปกติไปด้วยทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวมที่หน้าและขา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ

ชืด ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควรควบคุมการบริโภคน้ำอย่างเหมาะสม ไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควรจำกัดน้ำดื่มให้เท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ขับออกต่อวันบวกกับปริมาณน้ำที่สูญเสียไปทางลมหายใจ เหงื่อ อูจจาระประมาณวันละ 500 มิลลิลิตรควรชั่งน้ำหนักตัววันละ 1 ครั้งในตอนเช้าเวลาเดียวกันทุกวัน และพบปัญหาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พยาบาลชุมชนจึงร่วมกับครอบครัววางแผนการพยาบาลดูแลต่อเนื่องในเรื่อง การรับประทาน อาหารและยา การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ได้แก่ การควบคุมอาหารประเภทโปรตีน ไขมันสูง เกลือและโซเดียม ฟอสเฟตและโพแทสเซียม ผู้ป่วยควรได้รับสารโปรตีนที่มีคุณภาพสูงและได้รับปริมาณต่ำไม่เกิน 0.6 กรัม/กิโลกรัม/วัน เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว นม เต้าหู้ การงดอาหารไขมันสูงเช่น ไข่แดง ไขมันจากสัตว์ ไขมันจากมะพร้าว การจำกัดเกลือโซเดียมควรรับประทานอาหารรสไม่เค็มจัด เกลือแกง 1-2 ช้อนชา/วัน น้ำปลา 2.5-5 ช้อน/วัน งดสารปรุงแต่งผงชูรส ซุป ซอสปรุงรส ควรหลีกเลี่ยงสารหรือยาที่มีผลเสียต่อไต ระวังดื่งในการใช้ยาไม่ซ้อยามารับประทานเอง

ได้แก่ ยาแก้ปวด NSAIDs ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Aminoglycosides ยาสมุนไพร ต้องใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ เช่น ยาลดความดันโลหิต จากการศึกษาพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้มีการเสื่อมของไตเร็วขึ้น ยาลดไขมันในเลือด (Statin) ยารักษาภาวะกรดที่เกิดจากการเผาผลาญ (Sodamin) ยาขับปัสสาวะ ยาธาตุเหล็ก เป็นต้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ พยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในลักษณะต่อเนื่องที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ต้องใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญในการประเมินผู้ป่วย นำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง พยาบาลเข้าไปช่วยดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ การสร้างความตระหนัก พยาบาลจึงเป็นไปในลักษณะเสริมส่วนที่ขาดและชี้ให้ครอบครัวเห็นความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ยังหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นระยะที่ไตถูกทำลายอย่างรุนแรงและการทำงานของไตลดลงอย่างมากหากไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือการปฏิบัติตัวที่ได้อาจนำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งเป็นภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่อาจนำไปสู่ขั้นการบำบัดทดแทนไต จุดเด่นของการพยาบาลในครั้งนี้คือ การร่วมกับครอบครัววางแผนการดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยเสริมแรงให้แก่ผู้ดูแลและครอบครัวมีพลังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป จากผลการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับหลักการพยาบาลชุมชนอธิบายว่า การพยาบาลที่ปฏิบัติได้สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน เช่น การจัดการบริการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาวควรเป็นกิจกรรมส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองและอยู่ในสังคมได้โดยเป็นภาระแก่ครอบครัวน้อยที่สุดและมีการเตรียมความพร้อมครอบครัวให้ปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 นี้สามารถจัดการบริการได้ตรงตามหลักการพยาบาลชุมชนในระยะเวลาที่น้อยที่สุดอย่างเห็นได้ชัดเจน

ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายสรุปได้ว่าพยาบาลชุมชนได้นำหลักการพยาบาลในชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีภาวะสุขภาพในระดับคงที่โดยใช้วิธีการประเมินแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงเป็นการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4
2. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลชุมชนในการให้ความรู้ คำแนะนำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
3. พยาบาลชุมชนจะต้องมีการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชนอย่างเข้มแข็ง เช่น อสม. อสค. ผู้นำชุมชน เป็นต้น ในการดูแลผู้ป่วยทำให้มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม สามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
4. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดโรคไตเรื้อรังและสามารถชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายได้
5. พยาบาลชุมชนควรมีการประสานงานกับพยาบาลในโรงพยาบาลและร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
6. การทำแผนปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและระวังรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยบูรณาการร่วมกับคลินิกโรคต่างๆ เช่น DM/HT/หัวใจหลอดเลือด/เก๊าต์ เป็นต้น
7. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ / อบรมแก่ประชาชนทั่วไป อสม. อสค. ผู้นำชุมชน เรื่องโรคไตวายเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข.HDC Service จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตาม Stage(Coverage)ปี 2566-2567.นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข.
- 2.โรงพยาบาลหนองฮี.(2567).HDCจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตาม Stage.ข้อมูลวันที่ 10 มกราคม 2568
3. Gordon M. (1976).Nursing Diagnoses and the Diagnostic Process. The American Journal of Nursing
<https://www.jstor.org/stable/4278508>.
- 4.Rainer Dusing. (2006). Risk Factors in the Progression of Chronic Kidney Disease,EuropeanEndocrine Review;
Diabetic & CKD Anaemia Management, 41-46.
- 5.คณะกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565).ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565(ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม).บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์.
- 6.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล Service plan.บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับ
ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
ถาวยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลวังทอง อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว**

**The Effectiveness of the Improving Inhibition Control Program on Eating Behavior for People
with Uncontrolled Blood Glucose Type2 Diabetes Mellitus in Ban Thawai Chaloe Phrakiat
Health Promoting Hospital, WangTong subdistrict, Wangsomboon Distric, Sakaeo Province.**

(Received: April 10,2025 ; Revised: April 16,2025 ; Accepted: April 18,2025)

วาสนา นามเหลา¹
Vassana Namlao¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถาวยเฉลิมพระเกียรติ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมเพิ่มการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง วัดผลการทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน มีขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มการการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร 2) การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และ 3) การนำโปรแกรมไปใช้ โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ เครื่องมือแพทย์ คู่มือ และโปรแกรมการเพิ่มการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาการฝึก 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยรวมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนั้น กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยรวมการยั้งคิดต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีขนาดอิทธิพลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอีกด้วย

คำสำคัญ: การยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร/ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The purposes of this quasi experimental research were to develop and to examine a food eating Inhibition control (EIC) program by using Inhibition control model for people with uncontrolled Type 2 diabetes mellitus (T2DM). The participants consisted of 60 uncontrolled T2DM patients in Wangtong sub-district, Sakaeo Province, who were simple random sampling to one of two groups (30 per group). The research design was a 2X2 factorial pre-test and post-test design. The research process consisted of three steps including 1) development of EIC training program 2) screening participants and 3) investigation of EIC program on eating behaviors in people with uncontrolled T2DM. Instruments included 1) an interview form 2) medical equipment and 4) the EIC program, a program consisting of 8 activities lasting over 12 weeks. Data were analyzed by descriptive statistics and analytic statistics including paired t test and independent t-test.

Results showed that both groups presented significant increases in total mean scores of EIC and EH after 12 weeks of training program. Moreover, the mean scores of IC and EH of experimental group was significantly higher than the comparison group. At the 12 weeks after training mark, experimental group exhibited significant reductions in HbA1c

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถาวยเฉลิมพระเกียรติ

levels. In addition, it was found that experimental group presented a lower level of HbA1c and more effect side of EIC and EH when compared to the comparison group. In conclusion, the findings

Keywords: Eating Inhibition control, Eating behavior, Type 2 diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบการเผาผลาญอาหาร ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดการทำลายหัวใจ หลอดเลือด ไต และระบบประสาท ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด สถานการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1980 เป็น 422 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 และระหว่างปี 2000-2019 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 โดยในปี 2019 มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากภาวะไตวายประมาณ 2 ล้านคน¹ จากการสำรวจความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทยที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563² จากข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic Plus) ปีงบประมาณ 2567 พบว่าร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพียง ร้อยละ 35.48 สอดคล้องกับร้อยละผลการดำเนินงาน ผู้เป็นเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีของจังหวัดสระแก้วปี 2567 เพียงร้อยละ 34.95 และอำเภอวังสมบูรณ์ ร้อยละ 44.03 และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถวยเฉลิมพระเกียรติ ร้อยละ 37.71 ตามลำดับ³ ซึ่งผลงานต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือร้อยละ 40 ส่งผลภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จากองค์ความรู้ด้านการรักษาโรค จะใช้การรักษาด้านการใช้ยาควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย โดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว สามารถลดระดับ HbA1c ได้ร้อยละ 0.5-2⁴

การบริโภคอาหาร เป็นระบบการควบคุมจากระบบประสาทส่วนกลาง และมีฮอร์โมนที่ส่งผลต่อความอยากอาหาร ทำให้เป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก ประกอบกับศึกษาอภิมาน

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นการใช้นวัตกรรมกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม การใช้ทฤษฎีทางปัญญาสังคม แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และการกำกับตนเอง ซึ่งผลการศึกษายังไม่ยืนยันชัดเจน ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับคนไทย และมีผลสำเร็จที่เกิดขึ้นมีขนาดอติพิลอย่างไรต่อประชากร⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการพัฒนาการยั้งคิดพบว่า การนำแบบจำลองการยั้งคิด ไปพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าสามารถเพิ่มคะแนนการยั้งคิดแก่กลุ่มเป้าหมายได้ แต่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายได้แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผลจากกลุ่มเป้าหมายไม่สามารถในการตรวจระดับน้ำตาลตนเองได้⁶ จากข้อจำกัดและช่องว่างจากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีผู้วิจัยได้นำแบบจำลองพฤติกรรมกรยั้งคิดของ บาร์คลีย์ (Barkley's Model of Behavioral Inhibition) เป็นแบบจำลองที่ได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง โดย Russell A. Barkley ในปี 1997 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความสามารถในการมีสมาธิต่อการกระทำ (Nonverbal Working Memory) (2) การพัฒนาด้านการพูดการสื่อสารความเข้าใจกฎเกณฑ์หลักการ (Internalization of Speech) (3) การกำกับตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และการตื่นตัว (Self-regulation of Affect, Motivation, and Arousal) และ (4) การวิเคราะห์และสังเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง การฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญ (Reconstitution)^{1,3} โดยนำแบบจำลองดังกล่าว ออกแบบเป็นโปรแกรมการเพิ่มการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มการยังชีพต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านถวายเฉลิมพระเกียรติ

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มการยังชีพต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านถวายเฉลิมพระเกียรติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ 2x2 Factorial Pretest Posttest Design มีขั้นตอนวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอน 1 การพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มการยังชีพต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนได้แก่ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 กำหนดจุดมุ่งหมายของกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบกิจกรรมการฝึกให้สอดคล้องบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 4 นำกิจกรรมที่ออกแบบแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหากตรวจสอบแล้วไม่ผ่านให้กลับไปดำเนินการในขั้นที่ 1 ถึง 3 หากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบผ่านแล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันขั้นตอนที่ 6 จัดทำเอกสารและคู่มือการใช้โปรแกรมขั้นที่ 7 ประเมินผลการใช้โปรแกรม

ขั้นตอน 2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่

ปรับปรุงจาก แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการยังชีพต่อการบริโภคอาหาร⁸ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2⁹ นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ในเขต โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ ขั้นตอน 3 การนำโปรแกรมไปใช้ในการสร้างกิจกรรมการเพิ่มการยังชีพต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าน้ำตาลเกาเม็ดเลือดแดง (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7 ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 60 คน โดยกลุ่มทดลองอาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถวายเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคลองเจริญสุข และยินดีเข้าร่วมการทดลอง โดยจำนวนตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .95 และขนาด อิทธิพลของตัวแปร (Effect Size) มีค่าเท่ากับ 0.38⁵

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การยังชีพต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาขึ้นจาก แบบวัดพฤติกรรมกรรมการยังชีพ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2^{7,8} โดยแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อความ 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านการยังชีพต่อการบริโภคอาหาร เป็นข้อความ 3 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อความจำนวน 31 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ

การแปลผล การยังคิดต่อการบริโภคอาหาร โดยใช้การแปลความหมายคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของ Best¹⁰ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ กำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ลบด้วย คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดหารด้วย 3 ได้ ช่วงอันตรภาคขั้นเท่ากับ 31 แปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 86 หมายถึง มีพฤติกรรมการยังคิดอยู่ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง 51-85 หมายถึง มีพฤติกรรมการยังคิดอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 หมายถึง มีพฤติกรรมการยังคิดอยู่ในระดับต่ำ

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อความจำนวน 31 ข้อ รวม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารแบบควบคุมไม่ได้ จำนวน 6 ข้อคำถาม 2) การบริโภคอาหารแบบจำกัดอาหาร 6 ข้อคำถาม 3) การบริโภคอาหารตามอารมณ์ 6 ข้อคำถาม 4) การบริโภคอาหารตามสังคม 4 ข้อคำถาม 5) การบริโภคอาหารแบบวางแผนล่วงหน้า 3 ข้อคำถาม และ 6) การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ 6 ข้อคำถาม และผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90 การประเมินผลรายข้อ แบ่งออกเป็น 5 คะแนน ตามความถี่ของการปฏิบัติ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ดังนี้

ความถี่การปฏิบัติ	เชิงบวก	เชิงลบ
ทุกครั้ง (ปฏิบัติทุกวัน)	5 คะแนน	1 คะแนน
เกือบทุกครั้ง (5-6 วัน)	4 คะแนน	2 คะแนน
บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	3 คะแนน	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

โดยข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 7, 8, 9, 10, 11, 12 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

การแปลผล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้การแปลความหมายคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของ เบส (Best, 1977) แบ่งออกเป็น 3

ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ลบด้วย คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดหารด้วย 3 อันตรภาคขั้นเท่ากับ 41 แปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 115 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนนระหว่าง 74-114 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 73 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ

การแปลผลระดับ HbA1c เป้าหมายในการควบคุมและติดตามผลการรักษาสำหรับผู้ใหญ่มี 3 ระดับ⁽⁴⁾ ดังนี้ ควบคุมได้ดี น้อยกว่าร้อยละ 7 ควบคุมได้ในระดับพอใช้ ร้อยละ 7-8 และควบคุมไม่ดี มากกว่าร้อยละ 8 **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ด้านความตรง สำหรับแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยส่งแบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 และความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ S-CVI มีค่าเท่ากับ 1.00 ด้านความเที่ยง สำหรับแบบสัมภาษณ์รายบุคคล ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัคร ในเขตอำเภอวังน้ำเย็น จำนวน 40 ราย มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟา ของครอนบาร์ค โดยแบบวัดพฤติกรรมการยังคิด เท่ากับ 0.97 และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired samples t-test การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม
วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
เลขที่ SKPHO 10/2567 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม
2567

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะประชากรของ
กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย
ละ 83.33 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันร้อยละ
75.00 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 96.67 อาชีพ ส่วนมากมี
อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 และมีระดับ
ฐานะพอมีพอกิน (มีรายได้ 15,000–20,000 บาท
ต่อปี) ร้อยละ 61.67 มีรายได้เฉลี่ย 6,400.00 บาท
ต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,123.92 ด้าน
ระยะเวลาการป่วย ส่วนมากมีระยะเวลาป่วย
ระหว่าง 5–10 ปี ร้อยละ 37.50 ค่าเฉลี่ย 9.05 ปี
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.63 ระดับน้ำตาล HbA1c
ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 7–8% มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
8.13% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 ระดับ BMI
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ อ้วนระดับที่ 2 (ค่าBMI 25–
29.9) ด้านการออกกำลังกาย ส่วนมากมีการออก
กำลังกาย ร้อยละ 53.75 โดยมีระยะเวลาการออก
กำลังกายส่วนใหญ่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อย
ละ 50.00 และเป็นการออกกำลังกายแบบเบาๆ
(ช่วงออกกำลังกายร้องเพลงได้) ร้อยละ 70.00 เมื่อ
วิเคราะห์ความแตกต่างคุณลักษณะทางประชากร
ทั้งสองกลุ่ม โดยการทดสอบ Chi square test
ก่อนการทดลอง พบว่าคุณลักษณะทางประชากร
ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนด้านการยังคิดต่อ
การบริโภคอาหาร และระดับ HbA1c พบว่า ระดับ
การยังคิดต่อการบริโภคอาหารก่อนการทดลองทั้ง
สองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่ม
ทดลองร้อยละ 80.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ
90.00 ตามลำดับ ภายหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม
มีระดับการยังคิดต่อการบริโภคสูงขึ้น โดยทั้งสอง
กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง กลุ่มทดลองร้อยละ

80.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 56.67
ตามลำดับ ด้านระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีพฤติกรรม
การบริโภคอาหารในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองร้อย
ละ 70.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 60.00
ตามลำดับ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2
กลุ่มมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นทั้งสอง
กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนในระดับสูง
ร้อยละ 90.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00
ตามลำดับ ด้านระดับ HbA1c ก่อนการทดลองทั้ง
สองกลุ่ม ส่วนใหญ่ควบคุมได้ในระดับปานกลาง
โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.00 กลุ่มเปรียบเทียบ
ร้อยละ 66.33 ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง
สองกลุ่มสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น โดยกลุ่ม
ทดลองมีระดับ HbA1c ส่วนใหญ่ควบคุมน้ำตาล
ได้ดี ร้อยละ 73.33 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ
43.33

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การยังคิดต่อ
การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
และระดับ HbA1c ภายในกลุ่ม ก่อนการทดลอง
และหลังร่วมการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ
Paired t – test หลังการทดลอง การเพิ่มการยัง
คิดต่อการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่
2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้
ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนน
เฉลี่ยรวมพฤติกรรมการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร
และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าระยะ
ก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ
มีขนาดอิทธิพลในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ย HbA1c
ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนร่วมกิจกรรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรม
การเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร สามารถ
นำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบแนวทางการ
ดำเนินงานการเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่
เหมาะสมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากขึ้น

และส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ จากผลการถอดบทเรียนการดำเนินงาน พบว่าผู้เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ และสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานเป็นอย่างดี และมีความพึงพอใจในการดำเนินงานในระดับสูง โดยเฉพาะกิจกรรมการสนับสนุนให้ผู้กลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง และมีการตรวจติดตามการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว โดยทีมผู้วิจัย ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปออกแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง พบว่า รูปแบบในการพัฒนาประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล การพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลและผู้ป่วย¹¹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Malanda และคณะ¹¹ ด้านกิจกรรมการสำรวจตนเอง การตั้งเป้าหมาย โดยมีพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ (Coaching) เป็นรายบุคคลโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุข เข้าใจสภาพแวดล้อมของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคล สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Heisler, Smith, Hayward, Krein, & Kerr ที่ศึกษาผลของการมีผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำ ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถลดระดับ HbA1c ได้ร้อยละ 1.07 ในเวลา 6 เดือน¹²

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยรวมการยังคิดต่อการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยโปรแกรมมีกระบวนการการสร้างแรงจูงใจ และแรงสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการบันทึกการอาหาร การติดตามเจาะน้ำตาล

ปลายนิ้ว การเยี่ยมเสริมพลัง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย มีการรับรู้อันตราย และสร้างพลังให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการลดการใช้ยา และมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น ส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสอดคล้องกับแบบจำลองพฤติกรรม การยังคิดที่กล่าวว่า การปฏิบัติเพื่อเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีความตั้งใจและความพยายามเพื่อการบรรลุความสำเร็จ รวมทั้งการปฏิบัติด้านการวิเคราะห์หรือการสังเคราะห์พฤติกรรม สามารถทำให้พฤติกรรมการยังคิดมีประสิทธิภาพสูงขึ้น¹³ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมบริโภคอาหาร และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยนี้เป็นผลจากกลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ มีเป้าหมายในการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการยับยั้งชั่งใจ และมีกระบวนการกำกับตนเองในด้านการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ตามแผนที่กำหนด ส่งผลให้มีคะแนนรวมด้านการบริโภคดีขึ้นทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการควบคุมการบริโภคอาหารและ องค์ประกอบด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบำบัด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องดีขึ้น¹⁴ และลดระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร สามารถลดระดับ HbA1c ในเลือดของผู้เป็นเบาหวานได้ เป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการเปรียบเทียบระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่าระดับก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก็มีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่มีขนาดอิทธิพลน้อยกว่า แสดงว่าโปรแกรมการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหารที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพดีกว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมลดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน โดยกิตติยากร คล่องดีและคณะ พบว่าโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดทั้งระดับ FBS และ HbA1c ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม¹⁵ สรุปได้ว่า โปรแกรมการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร มีความเหมาะสมในการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร เพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดระดับ HbA1c ของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถวายเฉลิมพระเกียรติ อำเภอวังสมบูรณ์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Global report on diabetes 2023. Geneva.: WHO.
2. วิชัย เอกพลากร, ณพทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว.(2564) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 345 หน้า.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2567). รายงานประจำปี 2567. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์. 173 หน้า.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ประทุมธานี: รมเย็น มีเดีย จำกัด.
5. จิตติพร ศรีชะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อศนี วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, วิริยา โพธิ์ขวาง ยุสธ.(2560). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน ไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 11 (2):156-70.
6. บุญฤดีดา ยาอินทร์.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 18(1):35-48.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และสร้างความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ ได้ หรือนำไปใช้ในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง กลุ่มที่มีภาวะอ้วน หรือโรค NCDs ที่ต้องการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
2. ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย การจำแนกกลุ่มเป้าหมาย และจัดพี่เลี้ยงในการดูแล 2) การพัฒนาและสร้างความชำนาญแก่ อสม. ที่เป็นครู ก ให้มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจ ทักษะการสื่อสาร การฟัง และสะท้อนความคิด 3) การสร้างบุคคลต้นแบบให้เป็นผู้นำการเรียนรู้ การถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่น 4) การสร้างเครือข่ายและแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การใช้ Key Message โรงเรียนเบาหวาน และใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการเพิ่มการยังคิดต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
- 2.ควรเพิ่มตัวแปรด้านความพึงพอใจสำหรับผู้ให้บริการ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับบริการ

7. Barkley RA.(1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*. 121(1):65-94.8.อังคินันท์
- 8.จำเนียร สุวรรณชาติ, ยุทธนา จันทะชิน, กนก พานทอง.(2565). การเพิ่มการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมการยั้งคิดของบาร์คลีย์. [ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. Best JW.(1977). *Research in education* : 3rd ed. Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall Englewood Cliffs, Nj.
10. ณิชาสกล นาคกุล.(2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 28(3):36-50.
11. Malanda UL, Welschen LM, Riphagen, II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SD.(2012). Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *The Cochrane database of systematic reviews*. 1:Cd005060.
12. Heisler M, Smith DM, Hayward RA, Krein SL, Kerr EA.(2003). How well do patients' assessments of their diabetes self-management correlate with actual glycemic control and receipt of recommended diabetes services? *Diabetes Care*. 26(3):738-43.
13. Jiang Q, He D, Guan W, He X.(2016). “Happy goat says”: The effect of a food selection inhibitory control training game of children's response inhibition on eating behavior. *Appetite*. 2016;107:86-92.
14. สุรีย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามิ, วรากร เกรียงไกรศักดิ์.(2560). การกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชะโด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสุขศึกษา*. 40(1):69-81.
15. กิตติยากร คล่องดี, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช , ธราดล เก่งการพานิช.(2562). ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภค โดยประยุกต์แนวความคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. *รามธิบดีพยาบาลสาร*. 25(3):326-39.

การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม
ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนคร

The evaluation of the operational performance of the waste bank fund at Ban Wang Yiam
Subdistrict Health Promotion Hospital, Nong Waeng Tai Subdistrict, Wanon Niwat District,
Sakon Nakhon Province.

(Received: April 10,2025 ; Revised: April 16,2025 ; Accepted: April 18,2025)

ไพจิตร ฤทธิธรรม¹

Paijit Ritthithum¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม 2) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจของสมาชิกในการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดเขียนตอบด้วยตนเอง จำนวน 17 คน และกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม จำนวน 225 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม มีความพร้อมและเพียงพอ ทั้งในด้านกำลังคน และงบประมาณ การวางแผนการดำเนินงานในการขับเคลื่อนและพัฒนากองทุน คณะกรรมการกองทุนธนาคารขยะมีเป้าหมายเดียวกันคือชุมชนมีปริมาณขยะลดลง ชุมชนเห็นถึงความสำคัญของการคัดแยกขยะ สมาชิกธนาคารขยะมีเงินสะสมในบัญชีกองทุน และมีนาปนกิจศพ 13,000 บาท ต่อศพ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเป็นการนัดหมายรับซื้อขยะที่ไม่แน่นอน ใช้เวลานานในการนำขยะมาขายในบางครั้ง โดยรวม สมาชิกกองทุนธนาคารขยะมีความพึงพอใจผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.74$, S.D.=0.51) ด้านความรู้เรื่องการคัดแยกขยะและปริมาณขยะสูงที่สุด ($\bar{X}=4.87$, S.D.=0.40) รองลงมา คือด้านรายได้และผลตอบแทน ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) ด้านการประชาสัมพันธ์และการสมัครเข้าร่วม ($\bar{X}=4.69$, S.D.=0.47) และด้านสถานที่รับซื้อขยะ/การให้บริการ ($\bar{X}=4.68$, S.D.=0.71) เป็นลำดับสุดท้าย

คำสำคัญ: กองทุนธนาคารขยะ

Abstract

This study was survey research that collects both qualitative and quantitative data. The objectives are 1) To evaluate the performance of the Waste Bank Fund at Ban Wang Yiam Subdistrict Health Promoting Hospital. 2) To study the problems, obstacles, and suggestions for the operation of the Waste Bank Fund at Ban Wang Yiam Subdistrict Health Promoting Hospital. 3) To assess the satisfaction of members regarding the operation of the Waste Bank Fund at Ban Wang Yiam Subdistrict Health Promoting Hospital. The key informants consisted of 17 individuals who provided data through open-ended questionnaires. The sample group included 225 members of the Waste Bank Fund at Ban Wang Yiam Subdistrict Health Promoting Hospital, with data collected through

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม

questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, and content analysis for qualitative data.

The results of the study revealed that the Waste Bank Fund at Ban Wang Yiam Subdistrict Health Promoting Hospital had adequate readiness in terms of manpower and budget. The fund's operational planning was effective in driving and developing the initiative. The Waste Bank Fund Committee shared a common goal of reducing waste in the community. The community recognized the importance of waste separation, and Waste Bank members accumulated savings in their accounts, with a funeral benefit of 13,000 baht per deceased member. Challenges in the operation included irregular waste collection schedules and lengthy processing times for selling waste on certain occasions. Overall, Waste Bank Fund members were highly satisfied with the fund's operations, with an overall satisfaction rating at the highest level (Mean = 4.74, S.D. = 0.51). The highest-rated aspect was knowledge of waste separation and waste reduction (Mean = 4.87, S.D. = 0.40), followed by income and returns (Mean = 4.71, S.D. = 0.47), publicity and participation (Mean = 4.69, S.D. = 0.47), and lastly, waste collection locations/services (Mean = 4.68, S.D. = 0.71).

Keyword: Waste Bank Fund

บทนำ

สถานการณ์ขยะมูลฝอย ปัจจุบันถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในอันดับต้น ๆ และมีปัญหาในการจัดการเป็นอย่างมาก จากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทยปี 2566 พบว่าประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 26.95 ล้านตัน หรือประมาณ 73,840 ตัน/วัน เฉลี่ยเท่ากับ 1.12 กิโลกรัม/คน/วัน เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรปี พ.ศ.2566 ทั้งนี้เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ประมาณร้อยละ 5 ที่มีปริมาณขยะมูลฝอย 25.70 ล้านตัน สำหรับปริมาณขยะมูลฝอย ภาคกลางมีปริมาณขยะมูลฝอยสูงที่สุด 31,339 ตัน/วัน ซึ่งเป็นขยะมูลฝอยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มากที่สุด 12,748 ตัน / วัน รองลงมา เป็น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปริมาณขยะมูลฝอย 17,873 ตัน/วัน ภาคใต้ 9,705 ตัน/วัน ภาคตะวันออก 7,073 ตัน/วัน ภาคเหนือ 4,582 ตัน/วัน และภาคตะวันตก 3,268 ตัน/วัน ซึ่งยังไม่แนบขยะที่ตกค้างในแต่ละปีที่มีจำนวนนับหมื่นตันต่อปี¹

ขณะนี้ทั้งประเทศมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย และสถานีย่อยขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2566 มี

สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่เปิดดำเนินงาน ทั้งสิ้น 2,079 แห่ง และสถานีย่อยขยะมูลฝอย 36 แห่ง ซึ่งในส่วนสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่เปิดดำเนินงาน 2,079 แห่ง แบ่งเป็นสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยซึ่งดำเนินการได้อย่างถูกต้อง จำนวน 114 แห่ง เช่น การฝังกลบอย่างถูกหลักวิชาการ หรือการฝังกลบแบบกึ่งใช้อากาศ การกำจัดโดยการเผาเพื่อผลิตพลังงาน การกำจัดโดยการเผาที่มีระบบบำบัดมลพิษอากาศ ระบบหมักทำปุ๋ยหรือหมักเพื่อผลิตก๊าซชีวภาพ ระบบผลิตเชื้อเพลิงขยะ จากการคัดแยกหรือการบำบัด แบบเชิงกล ชีวภาพ และระบบผสมผสาน สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยซึ่งดำเนินการไม่ถูกต้อง อีกจำนวน 1,965 แห่ง ประกอบด้วย การเทกองที่มีการควบคุม การเทกอง การเผากลางแจ้ง การกำจัดโดยการเผาไม่มีระบบบำบัดมลพิษอากาศ และการกำจัดที่มีการเทกองหรือเทกองที่มีการควบคุมภายในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่าขยะอาหารและขยะพลาสติกถูกพบเป็นจำนวนมาก และเป็นสัดส่วนหลักของปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย สะท้อนให้เห็นว่าระบบการคัดแยก ขยะมูลฝอยยังคงไม่มีประสิทธิภาพเพียงพออาจทำให้เกิดปัญหาต่อระบบ

การจัดขยะมูลฝอย ซึ่งจะส่งผลให้สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยหลายแห่งเต็มเร็วกว่ากำหนดหรือเกินกว่าศักยภาพในการรองรับ¹

สถานการณ์ขยะมูลฝอย ปี พ.ศ. 2566 จังหวัดสกลนคร เป็นหนึ่งในจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 872.00 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 510.00 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง 145.00 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 217.00 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยตกค้าง 4,300.00 ตัน¹ ซึ่งบ้านวังเย็น ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร มีประชากร ทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ประชากรรวมทั้งสิ้น จำนวน 4,963 คน 942 หลังคาเรือน ซึ่งในแต่วันมีขยะมูลฝอยที่เกิดจากครัวเรือนเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลรายงานผลการบริหารจัดการขยะมูลฝอยย้อนหลัง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงใต้ ประจำปีงบประมาณ 2565 มีขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 687.60 ตัน/ปี ปีงบประมาณ 2566 มีขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 798.90 ตัน/ปี ปีงบประมาณ 2567 มีขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 954 ตัน/ปี เห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและพบว่าการกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง คนในชุมชนขาดความรู้เรื่องการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์ ทำให้เกิดขยะมูลฝอยตกค้างในชุมชน ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของคนในชุมชนพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2550) หมวด 3 การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย มาตรา 18 ระบุว่า “การเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยในเขตราชการส่วนท้องถิ่นใด ให้เป็นอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่นนั้นในการดำเนินการตามวรรคหนึ่งราชการส่วนท้องถิ่นอาจร่วมกับหน่วยงานของรัฐหรือราชการส่วนท้องถิ่นอื่นดำเนินการภายใต้ข้อตกลงร่วมกันก็ได้”²

จากสาเหตุข้างต้น ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังเย็น ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีเขต

พื้นที่บริการ 6 หมู่บ้าน พิจารณาว่าขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนต้องมีการดำเนินงานด้านการลดขยะคัดแยกขยะ นำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ กำจัดขยะด้วยวิธีที่ถูกต้อง เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์หลักของการควบคุมมลพิษ คือการสร้างเสริมสังคมขยะไร้ไซเคิล จึงได้ผลักดันให้มีการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็น ตำบลหนองแวงใต้ จังหวัดสกลนครขึ้น โดยได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน โดยการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคนในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็น ศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะและความพึงพอใจของสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็น เพื่อนำผลที่ได้เป็นสารสนเทศในการพิจารณาปรับปรุงแก้ไข วางแผนพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไปและเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็น
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็น
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของสมาชิกในการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด เขียนตอบตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนธนาคารขยะระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วยประธานกองทุนธนาคารขยะประจำหมู่บ้าน, ตัวแทนคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะประจำหมู่บ้าน, คณะกรรมการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการ, รองประธานคณะกรรมการ, เลขานุการ, เภรณูญิก, ประชาสัมพันธ์

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม ประเมินความพึงพอใจผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยเก็บข้อมูลจาก สมาชิกกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สมาชิกกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 17 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ตอบแบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สมาชิกกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม จำนวน 225 คน ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด เขียนตอบ

ด้วยตนเอง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 17 คน ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนธนาคารขยะ ระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วยประธานกองทุนธนาคารขยะประจำหมู่บ้าน 6 คน, ตัวแทนคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะประจำหมู่บ้าน 6 คน คณะกรรมการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม 5 คน ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการ, รองประธานคณะกรรมการ, เลขานุการ, เภรณูญิก, ประชาสัมพันธ์

2. ผู้ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ ประเมินความพึงพอใจการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม จำนวน 4 ด้าน คือสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ทั้ง 6 หมู่บ้าน จำนวน 492 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการใช้สูตรคำนวณของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1967) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 และกำหนดความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 0.05 และได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แล้วจึงเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling)

สูตรในการคำนวณ คือ

$$n = \frac{n}{1+Ne^2}$$

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนสมาชิกกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ทั้งหมด

e = ขนาดความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนด 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{492}{1+(492 \times 0.05^2)} = 220.63$$

~ 225

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณตามจำนวนสมาชิกกองทุนธนาคารขยะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็นม ทั้งหมดในแต่ละหมู่บ้าน

สูตร

$$n_h = \frac{n \times N_h}{N}$$

โดย n_h = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็นม ทั้งหมด

N_h = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

จากนั้นนำจำนวนทั้งหมดที่ได้จากการคำนวณ หา กลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านได้ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็นม ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอรณานิเวศ จังหวัดสกลนคร แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 สำหรับประธานคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ ประจำหมู่บ้าน ชุดที่ 2 สำหรับ คณะกรรมการกองทุนธนาคารขยะ ระดับหมู่บ้าน ชุดที่ 3 สำหรับ คณะกรรมการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ ระดับรพ.สต.บ้านวังเย็นม แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปลายเปิดเขียนตอบด้วยตนเอง และชุดที่ 4 สำหรับสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเย็นม แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ จำนวน 4 ด้าน เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์เรียบร้อยแล้วจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยดังนี้ การให้ความยินยอม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะปฏิเสธหรือยุติจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้หากไม่พร้อม และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และดูแลปกป้องประโยชน์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม คำถามปลายเปิด ที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนตอบด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีสิทธิที่จะซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบ ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวในช่วงระยะต่างๆ ของการวิจัย โดยไม่มีผลใดๆ

3. การเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้เฉพาะในการวิจัยเท่านั้น รวมถึงการนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมจะไม่มีผลกระทบใดๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารเลขที่ SKN REC 2025 – 018 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.42 เพศหญิง ร้อยละ 30.58 อายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 36.78 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 46.28 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 98.35 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 54.55 ระยะเวลา การเป็นสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ 6-10 ปี ร้อยละ 69.42

ผลการวิจัยจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด เขียนตอบ
ตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ดังนี้

ผลการศึกษาด้านสภาวะแวดล้อมหรือบริบท (Context evaluation: C)

การประเมินด้านสภาวะแวดล้อมหรือบริบทพบว่า ประธานคณะกรรมการการดำเนินงานกองทุนขยะ ประจำหมู่บ้าน มีความภูมิใจ และตั้งใจที่ได้เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนกองทุนธนาคารขยะ ชุมชน เห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะ และมีบทบาทสำคัญในการดูแล รับผิดชอบการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

“ดีใจมากที่ได้มีส่วนหนึ่งในกองทุนนี้ เพื่อจะได้มีการเก็บขยะที่ไม่ใช่แล้ว ให้ชาวบ้านได้เก็บมาขายในกองทุนขยะของหมู่บ้านเมื่อการหมู่บ้านมีขยะมาตามไหล่ทาง เต็มไปหมด ตั้งแต่มีกองทุนขยะในหมู่บ้านสมาชิกก็เก็บขยะและนำมาขายทำให้หมู่บ้านสะอาดมากขึ้น ซึ่งต่างจากเมื่อก่อน ที่ชุมชนไม่ได้เห็นถึงความสำคัญเรื่องขยะมากนักเมื่อเทียบกับปัจจุบัน ชุมชน เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มาก สภาพแวดล้อมของชุมชนดีขึ้น ประชาชนก็ใส่ใจเกี่ยวกับการจัดการขยะในครัวเรือนมากขึ้นผมมี

ความภาคภูมิใจอย่างยิ่งกับการดำเนินงานกองทุนขยะ”

“ภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่นี้ครับ ได้รับมอบหมายทำประโยชน์ให้กับหมู่บ้าน ได้ขับเคลื่อนภารกิจกองทุนให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งก็เกิดจากการที่ชุมชนสนใจและให้ความร่วมมือกันในการขับเคลื่อนกองทุนนี้ให้ดำเนินมาได้ มากกว่า 10 ปีแล้ว ภูมิใจ”

“ยินดีที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่นี้และจะทำหน้าที่นี้ต่อไปอย่างดี ตอนเริ่มทำตอนแรกก็มองภาพไม่ออกว่าจะสำเร็จหรือเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดแต่มีความคิดว่าจะทำให้ชุมชนหันมาใส่ใจในการกำจัดขยะมากขึ้น ทำให้ชุมชนมีการพัฒนาสะอาดขึ้น และอยากให้มีกองทุนขยะนี้ต่อไปนานๆ”

“ตอนเริ่มทำครั้งแรก ตั้งแต่ ปี 2558 มีความกังวลว่าจะได้รับความสนใจจากคนในชุมชนหรือไม่ เพราะตอนเริ่มทำ มีเป้าหมายคือให้ชุมชน รู้จักการกำจัดขยะอย่างถูกต้อง แยกขยะได้ และนำมาขายให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด ปัจจุบันนี้มีความตั้งใจที่ได้เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนกองทุนธนาคารขยะนี้ครับ”

“หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเกิดจากความไว้วางใจของคนในชุมชนรวมถึงความเสียสละของเรา ด้วย มีความภูมิใจ เมื่อก่อนชุมชนไม่ได้ให้ความสนใจใส่ใจในการคัดแยกขยะเลย ขยะตามข้างทาง ข้างบ้านเยอะมาก เมื่อเทียบกับปัจจุบัน ตอนนี้ดีมากครับ ผมภูมิใจที่กองทุนธนาคารขยะมีการพัฒนามาจนถึงวันนี้ มีคำตอบแทนให้กับสมาชิก มีจุดรับซื้อขยะ ดีมากครับ”

ผลการศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation: I)

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พบว่างบประมาณได้รับการสนับสนุนจากกองทุนอย่างเพียงพอ ในการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ ตลอดจนกระบวนการซื้อขายขยะมีความเพียงพอ

เหมาะสมทั้งในด้านบุคลากรที่มาคัดขยะและทำ
ทะเบียนมีความพร้อมและเหมาะสม

“ได้รับทรัพยากรในการสนับสนุนเพียงพอ ทั้ง
วัสดุอุปกรณ์ และกำลังคน อสม. สมาชิกกองทุนขยะ
ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ แบ่งหน้าที่กันในการ
ดำเนินงาน รับซื้อขยะ”

“คนที่ทำหน้าที่ในการรับซื้อขยะทำบัญชีที่
ความพร้อม ใช้เวลาไม่นานในการรับซื้อทำให้ สมาชิก
ที่มาขายขยะไม่รอนานทีมพร้อมทั้งงบประมาณและ
กำลังคน”

“การดำเนินงานเพียงพอทั้งในด้านวัสดุ
อุปกรณ์ คนทำงาน ไม่มีปัญหาใดๆในการดำเนินงาน
ของกองทุนธนาคารขยะ”

“เพียงพอในการดำเนินงาน อาจจะมีในช่วงที่
ขยะที่นำมาขายมีจำนวนมา พวกลุงตาข่ายใส่ขยะ
อาจจะไม่พอ แต่ก็ไม่ได้เป็นปัญหามากมายต่อการ
ดำเนินงานโดยรวมและเพียงพอ เหมาะสม”

“เรื่องทรัพยากรในการสนับสนุนเพียงพอ
เพราะในการดำเนินงานไม่ได้ใช้อะไรมากมาย
นอกจากเรื่องของความใส่ใจ การสื่อสารการนัดหมาย
วันเวลาสถานที่ มีความพร้อมและเพียงพอขาดเหลือ
ชุมชนเราช่วยเหลือกันเป็นอย่างดีตลอดมา”

ผลการศึกษาด้านกระบวนการ (Process evaluation: P)

การประเมินด้านกระบวนการ พบว่า กองทุน
ธนาคารขยะนี้ได้มีการวางแผนการดำเนินงานและม
ีการพัฒนาโดยตลอด อย่างเป็นระบบ ในการ
ดำเนินงานของกองทุนธนาคารขยะได้มีการแต่งตั้ง
คณะกรรมการ แบ่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน
รวมถึงมีขั้นตอนการดำเนินงาน นัดหมายประชุม
วางแผนร่วมกันทุกเดือน

“ได้มีการวางแผนการดำเนินงาน โดยกำหนด
วันที่ในเดือนนั้นๆ ของทุกเดือนว่าจะมีการจัดตั้ง
ธนาคารขยะในวันไหนเพื่อรับซื้อขยะจากสมาชิก”

“การดำเนินงานแต่ละหมู่บ้านก็จะมีแผนที่
แตกต่างกันไป แต่โดยรวมคณะกรรมการกองทุน
ธนาคารขยะจะมีการประชุม นัดหมายวัน เวลาใน
การจัดตั้งจุดรับซื้อขยะจากสมาชิก ทำทะเบียนบัญชี
กันอย่างดี ในทุกรอบ”

“ในการดำเนินการของกองทุนธนาคารขยะ
ของ รพ.สต.บ้านวังเยี่ยม เริ่มก่อตั้งขึ้น ตั้งแต่ ปี 2558
เมื่อตอนนั้นมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับขยะในชุมชน
ปรับสภาพแวดล้อมชุมชน ได้รับงบประมาณในการ
จัดตั้งจาก อบต. ให้งบมาทำโครงการ จัดประชุม
อบรม หาแนวทางรวมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาขยะใน
ชุมชน และเพิ่มรายได้ให้ชุมชนด้วย จึงได้เริ่มทำมา
เรื่อย ๆ มีการประชุมวางแผนในการพัฒนากองทุน
ธนาคารขยะนี้ จนกองทุนมีการตอบรับเพิ่ม สมาชิก
เพิ่มขึ้น”

“ธนาคารขยะมีการวางแผนนัดหมาย สมาชิก
เพื่อเปิดให้มีการนำขยะมาขายนำเงินมาฝากเข้า
กองทุนธนาคารขยะทุกเดือนและสรุปผลการ
ดำเนินงานทุกเดือนให้กับคณะกรรมการและสมาชิก
ได้ทราบผลประกอบการดำเนินงาน”

“การดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ ทำมา
นานมากจากอดีตจนถึงปัจจุบันทางคณะกรรมการมี
ความตั้งใจ ในทิศทางเดียวกันคือ เพื่อให้ชุมชนมีการ
แยกขยะ ให้ขยะมีประโยชน์สูงสุด มีผลตอบแทนที่ดี
ต่อคนในชุมชน เราได้มีการวางแผน ประชุม จัดตั้ง
คณะกรรมการ คณะทำงาน อย่างเป็นรูปธรรม
และโปร่งใส นานเกือบสิบปี กองทุนมีความพร้อม
และเข้มแข็งขึ้น เป็นรูปร่างชัดเจน คนในชุมชนให้
ความสนใจเพิ่มขึ้นด้วย เป็นไปตามแผนการ
ดำเนินงานอย่างดี”

“เริ่มต้นเรื่องกองทุนธนาคารขยะต้องขอบคุณ
หมอจาก รพ.สต.บ้านวังเยี่ยม ที่เป็นผู้เริ่มก่อตั้ง
กองทุนธนาคารขยะนี้ ทั้งในเรื่องกระบวนการแนว
ทางการดำเนินงาน ให้เข้าใจและมีการประชุมชี้แจง
วางแผนร่วมกันอย่างดี ปัจจุบันนี้กองทุนเป็นรูปเป็น

ร่างมีแนวทางมีคณะกรรมการชัดเจน โปร่งใส ชุมชนก็ให้ความสนใจ เพิ่มขึ้น จนขยะไม่มีขายเนื่องจากปริมาณขยะในชุมชนลดน้อยลง แต่ก็เป็นที่ที่ดีครับ”

ผลการศึกษาด้านผลผลิต (Product evaluation: P)

การประเมินด้านผลผลิต พบว่า มีการจัดตั้งกองทุนธนาคารขยะ ทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยียม ชุมชนเห็นถึงความสำคัญของกองทุนธนาคารขยะนี้มากขึ้นมากขึ้น คราวเรือนเห็นความสำคัญของการคัดแยกขยะเพื่อให้มีขยะมาขายในธนาคารขยะ ทำให้ปริมาณขยะในชุมชนลดลง ชุมชนสะอาดขึ้นไม่มีขยะตามข้างทางมากเหมือนก่อนแถมสมาชิกธนาคารขยะยังมีเงินสะสมสร้างรายได้กับสมาชิกฌาปนกิจศพ จำนวน 13,000 บาท

“เป็นข้อดีที่ทำให้เราได้รู้จักเก็บและทำความสะอาดบ้านไปในตัวด้วย มีเงินสะสมไว้หักค่าฌาปนกิจสงเคราะห์ โดยไม่ต้องตามเก็บเงินให้ยุ่งยาก และยังมีเงินสะสมด้วย จากขยะที่เราเก็บคัดแยกและนำไปขายให้กองทุนธนาคารขยะ”

“ผลของการดำเนินงานกองทุนถือว่าดีที่สุดที่สุดจากผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนขยะในชุมชนลดลง ชุมชนสะอาดขึ้นสิ่งแวดล้อมดีขึ้น”

“สำคัญคือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจตลอดมาคือคนในชุมชน ใส่ใจในการคัดแยกขยะตั้งแต่ในครัวเรือนเพื่อให้มีขยะมาขายกับกองทุน ทุกเดือน ทำให้ปริมาณขยะในชุมชนลดลง ฌาปนกิจจากกองทุนขยะนี้มีผลตอบแทนให้กับสมาชิกกรณีเสียชีวิต ดีมากครับ”

“คนในชุมชนให้ความสนใจนำขยะมาขายและสมัครเป็นสมาชิกเพิ่มขึ้น แต่ละครัวเรือนมีการคัดแยกขยะเพื่อนำมาขายทุกบ้าน เป็นสิ่งที่ดีมากครับ แถมสมาชิกมีเงินฌาปนกิจด้วยเมื่อเสียชีวิต”

“ช่วยกำจัดขยะในชุมชนและยังช่วยสร้างรายได้ให้กับประชาชนในหมู่บ้านและมีการกระตุ้นสมาชิกในการทำธนาคารเป็นฌาปนกิจศพช่วยเหลือกันเบื้องต้น”

“การดำเนินงานที่ผ่านมาได้รับการยอมรับการชุมชน สมาชิกเพิ่มขึ้น บ้านเมืองสะอาดดี ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุง ตีเคะ ชาวบ้านแยกขยะเองในบ้าน นำมาขายในกองทุนขยะเป็นประจำ ทุกเดือน”

“สมาชิกกองทุนธนาคารขยะ มีเงินช่วยเหลือแก่สมาชิกในหมู่บ้านลดปัญหาขยะในชุมชน และมีฌาปนกิจกองทุนขยะให้กับสมาชิก มีเงินช่วยเหลือกรณีสมาชิกเสียชีวิต”

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า ใช้เวลานานในการขายขยะ การนัดหมายวันรับซื้อขยะที่มีการเปลี่ยนวันเนื่องจากเจ้าหน้าที่คณะกรรมการติดภารกิจมีการแจ้งล่วงหน้าแต่ทราบไม่ทั่วถึง ทำให้สมาชิกเสียเวลา ในการนำขยะมาขาย รวมถึงอุปกรณ์ถุงตาข่ายแยกขยะ ขาดชำรุด สมาชิกบางคนคัดแยกขยะยังไม่ถูกกรรมการที่รับซื้อต้องคัดแยกอีกครั้งต้องทำให้ใช้เวลานานตรงจุดรับซื้อขยะ มีรถรื้อมาขอซื้อขยะโดยให้ราคาที่สูงกว่า คนในชุมชนบางส่วนจึงขายให้รถรื้อที่มารับซื้อขยะทั้งสะดวกและได้ราคาที่ดีกว่า จึงไม่ได้สมัครเป็นสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ

“คณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ บางช่วงคนน้อยทำให้การรับซื้อขยะใช้เวลานาน”

“อุปกรณ์พวกถุงตาข่าย แยกขยะชำรุดและไม่เพียงพอในบางรอบของการรับซื้อขยะ”

“สมาชิกกองทุนธนาคารขยะบางคนยังแยกขยะไม่ถูกต้อง ทำให้จุดรับซื้อต้องแยกขยะซ้ำ เกิดความล่าช้า”

“การประชาสัมพันธ์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวันรับซื้อขยะของกองทุนธนาคารขยะยังไม่ทั่วถึง

เท่าที่ควรมีรถเร็วเข้ามารับซื้อขยะในชุมชนให้ราคาสูงกว่าราคากลาง”

“ประชาชนบางส่วนยังไม่ได้ให้ความสำคัญของการคัดแยกขยะมากเท่าที่ควร”

ผลการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า โดยภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.74$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจผลการดำเนินงานธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ด้านความรู้เรื่องการคัดแยกขยะและปริมาณขยะสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.87$, S.D. = 0.40) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านรายได้และผลตอบแทน ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 0.47) อยู่ในระดับมากที่สุด, ด้านการประชาสัมพันธ์และการสมัครเข้าร่วม ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = 0.47) อยู่ในระดับมากที่สุด, และด้านสถานที่รับซื้อขยะ/การให้บริการ ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = 0.71) อยู่ในระดับมากที่สุด เป็นลำดับสุดท้าย

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

การประเมินด้านสภาวะแวดล้อมหรือบริบท (Context Evaluation: C) ประธานคณะกรรมการกองทุนธนาคารขยะมีความภาคภูมิใจในการขับเคลื่อนกองทุน ชุมชนให้ความสำคัญกับการคัดแยกขยะมากขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต สิ่งแวดล้อมของชุมชนดีขึ้น ขยะลดลงตามไหล่ทาง และบ้านเรือน

สะอาดขึ้น สมาชิกมีความกระตือรือร้นและตั้งใจพัฒนาโครงการให้ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของปราศิยฉัตร บุญจวง² ที่ศึกษาการจัดการกองทุนธนาคารขยะเพื่อชีวิตของหมู่บ้านบะแค จังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้รับรางวัลซีไรต์ (Zero Waste) อันดับ 1 ในเขตเทศบาลตำบลแวงใหญ่ การศึกษาพบว่าการบริหารจัดการกองทุนธนาคารขยะที่มีประสิทธิภาพ จากผู้นำที่มีความตั้งใจมุ่งมั่นนั้น ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถจัดสรรสวัสดิการชุมชนได้อย่างเหมาะสม

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนอย่างเพียงพออุปกรณ์และทรัพยากรในการดำเนินงานมีความเหมาะสม บุคลากร เช่น อาสาสมัครและคณะกรรมการกองทุนธนาคารขยะ มีความพร้อมและช่วยเหลือกันดีอาจมีปัญหาระงับงาช่วยแยกขยะขาดแคลนเป็นบางครั้ง แต่โดยรวมไม่มีอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมพรรณ จันทมาบุญ³ ที่ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของธนาคารขยะรีไซเคิลบ้านค่านางรวาย ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษาพบว่าการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการสนับสนุนจากชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการธนาคารขยะรีไซเคิล

การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation: P) มีการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบและโปร่งใส คณะกรรมการมีการประชุมวางแผนเป็นประจำทุกเดือน มีการนัดหมายกำหนดวันรับซื้อขยะล่วงหน้าเพื่ออำนวยความสะดวกให้สมาชิกการบริหารจัดการกองทุนมีความเข้มแข็ง มีสมาชิกเพิ่มขึ้น และขยะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กันตา กิ่งกลางดอน⁴ ได้สรุปข้อมูลเกี่ยวกับการจัดตั้งและการบริหารจัดการธนาคารขยะรีไซเคิลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลราชสถิตย์ อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง โดยเน้นย้ำถึง

ความสำคัญของการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการจัดการที่โปร่งใส ซึ่งส่งผลให้โครงการประสบความสำเร็จและยั่งยืน

การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation: P) ทุกหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบมีการจัดตั้งกองทุนธนาคารขยะ ครีวเรือนมีการคัดแยกขยะมากขึ้น ส่งผลให้ขยะในชุมชนลดลงและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นมีเงินสะสมจากการขายขยะ นำไปใช้เป็นเงินฌาปนกิจศพสำหรับสมาชิก สมาชิกมีรายได้เสริมจากการขายขยะ และมีความตื่นตัวในการคัดแยกขยะ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพจน์ ศรีตัน⁵ คู่มือธนาคารขยะชุมชน Recycle Bank ที่ระบุว่าการจัดตั้งธนาคารขยะในชุมชนช่วยส่งเสริมการคัดแยกขยะจากต้นทาง ลดปริมาณขยะมูลฝอยที่เข้าสู่ระบบการกำจัด และสร้างมูลค่าเพิ่มจากขยะ ซึ่งสามารถนำรายได้กลับมาพัฒนาชุมชนหรือเป็นสวัสดิการสำหรับสมาชิกได้

2. การประเมินความพึงพอใจของสมาชิกกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอมโนรนิวาส จังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาผลการประเมินการความพึงพอใจการดำเนินงานของกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยี่ยม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานในระดับ มากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าโครงการนี้ประสบความสำเร็จและได้รับการตอบรับที่ดีจากชุมชน

ด้าน ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะและการลดปริมาณขยะ ได้รับคะแนนสูงสุด แสดงว่ากองทุนธนาคารขยะสามารถสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ชุมชนเข้าใจหลักการจัดการขยะมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณขยะในพื้นที่ลดลงอย่างเป็นรูปธรรม

ด้านรายได้และผลตอบแทน อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าระบบของธนาคารขยะสามารถสร้างผลตอบแทนที่น่าพึงพอใจแก่สมาชิก โดยมีเงินสะสมจากการขายขยะเพื่อใช้ในกองทุนฌาปนกิจศพ ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ชุมชนเข้าร่วมโครงการ

ด้านการประชาสัมพันธ์และการสมัครเข้าร่วม แม้ว่าจะยังอยู่ในระดับมากที่สุด แต่มีค่าต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารและประชาสัมพันธ์อาจยังมีช่องว่างที่ต้องปรับปรุง โดยเฉพาะในเรื่องการแจ้งวันรับซื้อขยะที่บางครั้งอาจไม่ทั่วถึง

ด้านสถานที่รับซื้อขยะ/การให้บริการ ได้รับคะแนนเป็นลำดับสุดท้าย ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาการรอคิวรับซื้อขยะที่ใช้เวลานาน หรืออุปกรณ์การแยกขยะที่ยังไม่เพียงพอในบางช่วง

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่ากองทุนธนาคารขยะเป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อชุมชนอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องของการสร้างความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะและการลดปริมาณขยะ ซึ่งได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับปรุงด้านการประชาสัมพันธ์และการให้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินโครงการต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุณิรัตน์ ยั่งยืน⁶ การศึกษาที่บ้านหัวหนอง ตำบลขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อการจัดตั้งธนาคารขยะของหมู่บ้าน ซึ่งช่วยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาขยะ รู้จักวิธีคัดแยกขยะอย่างถูกต้อง และสร้างรายได้ให้กับประชาชน และการประชาสัมพันธ์ที่ดีช่วยเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการและทำให้ชุมชนมีพฤติกรรมคัดแยกขยะที่ดีขึ้น

3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังเยียม ตำบลหนองแวง ใต้ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ผลการประเมินการดำเนินงานกองทุนธนาคาร
ขยะด้านปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า
การนัดหมายวันรับซื้อขยะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
อาจสื่อสารไม่ทั่วถึง ญาติช่วยแยกขยะชำรุด และ
บางครั้งมีไม่เพียงพอ สมาชิกบางคนยังคัดแยกขยะไม่
ถูกต้อง ทำให้ต้องเสียเวลาคัดแยกซ้ำ มีรถรื้อมาซื้อ
ขยะให้ราคาสูงกว่า ทำให้บางคนไม่สมัครเป็นสมาชิก
กองทุน ประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญกับ
การคัดแยกขยะมากพอ ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงการ
ประชาสัมพันธ์เพื่อแจ้งวันรับซื้อขยะให้ทั่วถึง เพิ่ม
อุปกรณ์ เช่น ญาติช่วยแยกขยะ ให้เพียงพอ จัด
อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคัดแยกขยะให้สมาชิก
พิจารณาราคาซื้อขยะของกองทุนให้แข่งขันกับรถ
ได้เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ สอดคล้องกับ
งานวิจัยของ ชัยพร เอ่งฉ้วน⁷ ซึ่งเน้นถึงความสำคัญ
ของการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการ
ขยะชุมชน การใช้สื่อหลายช่องทาง เช่น วิทยุชุมชน
กลุ่มไลน์ และเฟซบุ๊ก สามารถช่วยให้ข้อมูลเข้าถึง
ประชาชนมากขึ้นและลดปัญหาการสื่อสารผิดพลาด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ปรับปรุงระบบประชาสัมพันธ์ ใช้สื่อ
ออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์หรือ Facebook ของชุมชน
เพื่อแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับวันรับซื้อขยะ และการ
เปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ติดประกาศในจุดสำคัญ
ของหมู่บ้าน เช่น ศาลากลางหมู่บ้าน โรงเรียน หรือ
ร้านค้าชุมชน เพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง

2. เพิ่มประสิทธิภาพการรับซื้อขยะ จัดระบบ
คิวรับซื้อขยะเพื่อลดระยะเวลารอของสมาชิก จัดหา
ญาติช่วยแยกขยะเพิ่มเติม และตรวจสอบอุปกรณ์ให้
อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน รวมถึงอบรมสมาชิกให้มี

ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง ลดปัญหาการ
ต้องแยกซ้ำที่จุดรับซื้อ

3. กระตุ้นแรงจูงใจให้ชุมชนมีส่วนร่วมมาก
ขึ้น จัดกิจกรรมรณรงค์ เช่น การประกวดบ้าน
ตัวอย่างที่มีการจัดการขยะดีเยี่ยม หรือการมอบ
รางวัลให้สมาชิกที่นำขยะมาขายต่อเนื่อง
ประชาสัมพันธ์ประโยชน์ที่ชุมชนได้รับ เช่น การลด
ขยะในพื้นที่และเงินฌาปนกิจศพจากกองทุน เพื่อให้
ประชาชนเห็นความสำคัญของโครงการ

4. เพิ่มความสามารถในการแข่งขันกับรถ
รับซื้อขยะ ศึกษาและปรับราคาซื้อขยะให้สามารถ
แข่งขันกับรถเร่ที่เข้ามารับซื้อขยะ พร้อมให้สิทธิ
พิเศษแก่สมาชิก เช่น สะสมแต้มจากการขายขยะเพื่อ
รับสิ่งของหรือเงินพิเศษ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของ
โครงการ ค้นหาปัจจัยที่ทำให้สมาชิกยังคงเข้าร่วม
โครงการ และอุปสรรคที่อาจทำให้เลิกเข้าร่วม

2. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของกองทุน
ธนาคารขยะในพื้นที่อื่น ศึกษากองทุนธนาคารขยะใน
พื้นที่อื่นเพื่อนำแนวทางที่ประสบความสำเร็จมาปรับ
ใช้กับโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านวังเยียม

3. ประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและ
เศรษฐกิจ ศึกษาผลกระทบของกองทุนธนาคารขยะ
ต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การลดปริมาณขยะ
และคุณภาพชีวิตของประชาชน วิเคราะห์
ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ เช่น รายได้ของสมาชิกที่
เพิ่มขึ้นจากการขายขยะ

4. สำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่ยังไม่
เข้าร่วมโครงการ ศึกษาเหตุผลที่ประชาชนบางกลุ่ม
ยังไม่เข้าร่วมโครงการ เพื่อหาแนวทางขยายฐาน
สมาชิกของกองทุนธนาคารขยะให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ.(2566). ยุทธศาสตร์ (การดำเนินงานด้านการลด คัดแยก และนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ใหม่ (Reduce Reuse Recycle: 3Rs). [อินเทอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2568] เข้าถึงจาก:http://infofile.pcd.go.th/law/Draft_3R54.pdf
2. ปราศยฉัตร บุญจง.(2564). กองทุนธนาคารขยะเพื่อชีวิตกับการให้สวัสดิการชุมชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านบะแค ที่ได้รับรางวัลสีเขียว (Zero Waste) อันดับที่ 1 ในเขตเทศบาลตำบลเวียงใหญ่ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2:130-147.
3. พรหมพรณ จันทูมา.(2560). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของธนาคารขยะไรไซเคิลบ้านคำนางรวย ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 5:94-107.
4. กันตา กิ่งกลางดอน.(2560). บทความวิจัยเรื่อง การจัดการขยะชุมชนโดยการจัดตั้งธนาคารขยะชุมชน : กรณีศึกษา เทศบาลหนองหัวฟาน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต] 2560 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.พ. 2568] เข้าถึงจาก:
https://islocal.ru.ac.th/images/is_pdf/is_67/6614880046.pdf?utm_source=chatgpt.com
5. พรพจน์ ศรีตัน.(2560). คู่มือธนาคารขยะชุมชน Recycle Bank . [อินเทอร์เน็ต] 2560 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.พ. 2568] เข้าถึงจาก:
<https://www.tandaew.go.th/contents/post/00000022601df06fd6051b72fdbd185c6edbb7faa.pdf>
6. สุณิรัตน์ ยั่งยืน.(2556). การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการจัดการธนาคารขยะของชุมชน บ้านหัวหนอง ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการบริหาร. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 3:158-167.
7. ชัยพร เอ็งฉนวน.(2565). การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะชุมชน. วารสารพิบูล 2565; 1:105-119.

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ อำเภอพนราธิคม จังหวัดสกลนคร
Improving the Participation for Caring the Elderly Health among Village Health
Volunteers, Ban Hai Health Promotion Hospital, Panna Nikhom District,
Sakon Nakhon Province.

(Received: April 10, 2025 ; Revised: April 16, 2025 ; Accepted: April 18, 2025)

น้ำฝน วิรภัทรธาดากุล¹ ปัญจมาพร รัตนหน²
Namfon Wiraphatthadakun¹ Panchamapohn Rattanahon²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ ตำบลไร่ อำเภอพนราธิคม จังหวัดสกลนคร เป็นการวัดก่อนและหลังการส่งเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ ตำบลไร่ อำเภอพนราธิคม ทั้งหมดจาก 8 หมู่บ้าน จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ pair sample t- test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ ตำบลไร่ อำเภอพนราธิคม จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจผู้สูงอายุในความรับผิดชอบและจำแนกผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ 2) ชี้แจงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การจัดอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การมีส่วนร่วมและทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) แบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการลงดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่ได้ร่วมกันออกแบบ 5) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน 6) การประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 7) ประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นและการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นในทุกกระบวนการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : การสร้างเสริมการมีส่วนร่วม, สุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The action research aimed to explore the participation for caring the elderly health and to compare the participation for caring the elderly health among village health volunteers in Ban Hai, Rai Sub-District, Panna Nikhom District, Sakon Nakhon Province before and after study. The sample were 30 village health volunteers who experienced in caring elderly health in Ban Hai, Rai Sub-District, Panna Nikhom District, Sakon Nakhon Province. The quantitative data were collected using using the Elderly Health Care Participation Questionnaire. Content validity was checked by 3 experts and validity was determined using Cronbach alpha coefficient 0.89. Data were collected between January 20th, 2025 to February 28th, 2025. The data were analyzed by descriptive statistics and pair t-test. The level of statistical significant was set at 0.05.

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ ตำบลไร่ อำเภอพนราธิคม จังหวัดสกลนคร

² มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

The study found that 7 steps of improving the participation for caring the elderly health included 1) classify the health status of the elderly in the assignment and responsible area; 2) clarifying the role of village health volunteers ; 3) conducting a course training to improve the capacity and skill of elderly care; 4) the division of responsibilities according to the plan of elderly care in the community; 5) collecting the elderly health data and monitoring of operations; 6) summarized meeting to apply the model of elderly health care in the community.; and 7) coordinating with external agencies to involve and care the elderly health. The result of average score of knowledge of elderly health care, before and after study, was .001 statistically differently. The mean score of participation was .001 statistically differently.

Keyword : Participation, Elderly health, Village Health Volunteers

บทนำ

ประชากรทั่วโลกทั้งหมดในปี พ.ศ.2567 มีประชากรประมาณ 8.1 พันล้านคน โดยเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 1.1 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และในประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 13.64 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อยู่ในภาวะเปราะบางและมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 6 แสนคน โดยส่งผลกระทบต่ออนาคตของเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางธุรกิจและคนทำงานอย่างมาก คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ.2050 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ13¹ ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีการเปลี่ยนผ่านของสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นสองเท่าภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว² คาดการณ์ว่าประชากรในประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ภายในปีพ.ศ. 2578 จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวคาดการณ์ว่าเมื่อประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ทำให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการมากขึ้นไปด้วย ทั้งด้านด้านรายจ่ายทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงสวัสดิการการรักษาขั้นพื้นฐาน

ถึงแม้ว่าประชากรไทยนั้นจะมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น กลับพบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย โรคประจำตัว และอื่นๆ นั้นอาจแสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ยาวนานและผู้สูงอายุต้องอยู่กับสุขภาพนั้นจนกว่าจะสิ้นอายุขัย และยังพบว่ากลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 3 เท่า ในอีก 30 ปีข้างหน้า³ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเน้นส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอายุมากขึ้น เพื่อลดภาวะพึ่งพิงในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศ จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Active Daily Living : ADL) พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคม มีมากถึงร้อยละ 93.68 และมีผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียงอีกประมาณร้อยละ 7.1⁴ ซึ่งวิธีในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มนี้มีความแตกต่างกัน ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ในการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน พ้นฟู ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งภาครัฐได้กำหนดนโยบายการจัดรูปแบบการดำเนินในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่จำเป็น โดยผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนนั้นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน และสามารถดำเนินการประสานข้อมูลร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข และสามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาของผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อาจเข้าสู่ช่วงวัยที่ต้องมีการพึ่งพิงในชุมชนในอนาคตแล้วนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีบทบาทในการทำการประเมินสถานะด้านอื่นๆ ทั้งการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสมด้วยตัวชุมชนเอง ภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ นอกจากนี้ อสม. ยังเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างอบอุ่น เช่น เสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัวชุมชนตระหนัก และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เผยแพร่ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สํารวจผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามสถานะหรือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุ หรือ และบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน และนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจร่วมวางแผนแก้ไขปัญหผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร และเพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร ทั้งหมดจำนวน 165 คน

- กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร ซึ่งอย่างน้อย 1 ปี จาก 8 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านไร่ หมู่ที่ 1, บ้านไธ่ หมู่ที่ 2, บ้านคำข่า หมู่ที่ 4, บ้านโนนอุดม หมู่ที่ 9, บ้านคำข่าน้อย หมู่ที่ 11, บ้านคำเจริญ หมู่ที่ 14, บ้านไร่ หมู่ที่ 15, บ้านไธ่ หมู่ที่ 16 จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรขนาดเล็ก

$$n = \frac{NZ^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

เมื่อ $Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด

σ^2 = ความแปรปรวน

d = Precision

N = จำนวนประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบนของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ⁵ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขภาพอนามัยของ อสม. เท่ากับ 4.32 คะแนน (S.D = 0.82) ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาคำนวณหาค่าความแปรปรวน และ ขนาดตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตรดังนี้

$$n = \frac{165(1.96)^2(0.82)^2}{0.3^2(165-1) + (1.96)^2(0.82)^2}$$

$$n = 24.50 = 25 \text{ คน}$$

ทั้งนี้ เพื่อการป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และให้เข้ากับบริบทและความน่าเชื่อถือในการอ้างอิงกลุ่มประชากรในการศึกษา ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มเป็น 30 คน

การใช้กลุ่มตัวอย่างการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อ อสม.ที่ปฏิบัติงานใน 8 หมู่บ้าน ตามสัดส่วน อสม. ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ บ้านไร่ หมู่1 จำนวน 5 คน, บ้านไธ หมู่2 จำนวน 3 คน, บ้านคำข่า หมู่4 จำนวน 3 คน, บ้านโนนอุดม หมู่9 จำนวน 6 คน, บ้านคำข่าน้อย หมู่11 จำนวน 3 คน, บ้านคำเจริญ หมู่14 จำนวน

3 คน, บ้านไร่ หมู่15 จำนวน 4 คน, บ้านไธน้อย หมู่16 จำนวน 3 รวมเป็น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อสม.ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ ตำบลไร่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 2) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) อสม.ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ ที่พ้นจากตำแหน่ง/หน้าที่ 2) อสม.ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 3) อสม. ที่มีภารกิจหรือเจ็บป่วย จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านไธ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมตัวเลข

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากเกณฑ์ของ Bloom

(1971) ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป), มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 ขึ้นไป (12 – 15 คะแนน), มีความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบชนิดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Likert's scale) โดยกำหนดคะแนนและเกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้ ระดับการมีส่วนร่วม คือ 1)ระดับมาก ค่าคะแนน 3, ระดับปานกลาง ค่าคะแนน 2, ระดับน้อย ค่าคะแนน 1 และไม่มีส่วนร่วมค่าคะแนน 0

คะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วม

2.50 – 3.00 มีส่วนร่วมมาก

1.50 – 2.49 มีส่วนร่วมปานกลาง

0.50 – 1.49 มีส่วนร่วมน้อย

0.00 – 0.49 ไม่มีส่วนร่วม

ชุดที่ 2 สำหรับการสนทนากลุ่มในกระบวนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อสม. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งดำเนินการตามกิจกรรมของกระบวนการมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ ตำบลไร่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีดังต่อไปนี้ 1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

ได้แก่ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ภาควิชาอนามัยชุมชนที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษา(Wording) จากนั้นจึงนำข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ ประกอบด้วยดังนี้ 1) ให้คะแนน +1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 2) ให้คะแนน 0 เมื่อผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 3) ให้คะแนน -1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ที่ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านประเมินนั้น พบว่าทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.91 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาให้คำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item Total Correlation) หากข้อใดมีข้อติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้แล้ว ผู้วิจัยยังต้องวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของชุดสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients)⁶ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.89

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t-test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t-test) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ SKN REC 2024-127 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 70.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีรายได้รวมกับครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อย

กว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56.7 มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-20 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก อสม. ร้อยละ 96.7 และส่วนใหญ่ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มเติมในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค ร้อยละ 90.00

1. ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสกลนคร พบว่า ก่อนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 และหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.00

เมื่อทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ ตำบลไร่ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสกลนคร ก่อนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.33 (S.D.=1.76) และหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.50 (S.D.=1.63) โดยพบว่า หลังการมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ผลของการเข้าร่วมก่อนและหลังการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการมีส่วนร่วมภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.02 (S.D.=0.17) และหลังทดลอง พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.83 (S.D.=0.10)

ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร ก่อนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม พบว่า หลังการมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อสม. การดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคมจังหวัดสกลนคร สามารถสรุปรูปแบบได้เป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคมจังหวัดสกลนคร สรรวจผู้สูงอายุในความรับผิดชอบและจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม

2) บุคลากรทางสุขภาพชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกวิธีปฏิบัติตามลักษณะของแต่ละกลุ่มและจัดประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

3) การจัดอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4) การให้อาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการลงดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่ได้ร่วมกันออกแบบ

5) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงานของอสม. โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขและ บุคลากรทางสุขภาพ

6) การประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

7) ประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.70) อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 83.33 วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 70.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีรายได้รวมกับครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือนร้อยละ 56.67 มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-20 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ ข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก อสม. ร้อยละ 96.67 และส่วนใหญ่ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มเติมในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค ร้อยละ 90.00

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า ก่อนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ และหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธ่ ตำบลไร่ อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร ก่อนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.33

(S.D.=1.76) และหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.50 (S.D.=1.63) โดยพบว่า หลังการมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) จึงอาจเพราะเดิม อสม.นั้นมีความรู้ในการ ดูแลผู้สูงอายุไม่มากนักจึงทำให้องค์ความรู้ในการ ดูแลสุขภาพตนเองและหลังจากที่ได้มีการทำ กิจกรรมโดยการให้ความรู้ อสม.แล้วมีการเฝ้า ติดตามกระบวนการแล้วนั้นทำให้อสม.มีความรู้ เพิ่มขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริวัฒน์ บริบูรณ์⁶ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงาน ด้านการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับรัชณี รัตนเมืองเพ็ญ และ ชนิษฐา พรหมกระโทก⁷ พบว่าภายหลังการพัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ใน การดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากและสูงกว่าก่อน การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ ตำบลไร่ อำเภอ พรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า ก่อนการมี ส่วนร่วมภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.02 (S.D.=0.17) และหลังทดลอง พบว่าการมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.83 (S.D.=0.10) ผลการ เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ ตำบลไร่ อำเภอ พรณานิคม จังหวัดสกลนคร ก่อนการสร้างเสริม การมีส่วนร่วมและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม พบว่า หลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ย เพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) เนื่องจาก อสม.ได้มีทั้ง การร่วมเป็นส่วนในการตัดสินใจ วางแผนการ ปฏิบัติงาน และทำให้รับผู้ถึงผลประโยชน์ในด้าน

สุขภาพทั้งต่อตนเองและชุมชนที่ได้รับผิดชอบ รวมถึงเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลด้านการ พัฒนาองค์ความรู้และสร้างเสริมสุขภาพต่อตนเอง และผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับทิพยาภา ดา หาร และเจตสรียา ดาวราช⁸ พบว่า ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดย ชุมชนมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ จารุวรรณ พันประทุม⁹ พบว่า ความรู้และทักษะ การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วย บริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01และ สอดคล้องกับการศึกษา หลังพร อุตรศาสตร์ และ คณะ¹⁰ พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ0.05

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรนำข้อมูลผลการวิจัย ไปประยุกต์ใช้ วางแผน กำหนดเป้าหมายพัฒนางานต่อเนื่อง ด้วย กระบวนการเรียนรู้คุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) ต่อไป
2. การนำจัดทำกิจกรรมการสร้างเสริมการ ส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมเป็นกลไก กำกับความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยงาน และ ภาคส่วนต่างๆ ให้สามารถดำเนินงานให้บรรลุตาม เป้าหมายและเกิดความยั่งยืนต่อไป
3. ควรมีการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ โปรแกรมการพัฒนาองค์ความรู้และการมีส่วนร่วม ของชุมชน เข้าแก้ไขปัญหาของชุมชนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ ในด้านสุขภาพที่ยัง พบปัญหา เช่น การติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กษิติศ สื่อวีระชัย.(2567). โอกาสในสังคมสูงวัย [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพมหานคร. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567], เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/health/social/1056746>.
2. กรมอนามัย.(2566). แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปีพ.ศ.2560.กรุงเทพมหานคร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่(Long Term Care). กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- 5.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ.(2559). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน.วารสารวิจัยการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 17(3):133-144.
- 6.ศิริวัฒน์ บริบูรณ์ (2567) ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 7.รัชณี รัตนเมืองเพรียว และชนิษฐา พรหมกระโทก.(2567). การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลป่าตอง อำเภอกระทุ้ง จังหวัดภูเก็ต (2567). วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท.5(2): 158-174.
- 8.ทิพยาภา ดาหาร และเจทสรียา ดาวราช.(2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2(3): 42-54.
- 9.จารุวรรณ พันประทุม.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 6(1): 1-12.
10. หลั่งพร อุตศาสตร์ และคณะ.(2564). ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.39(2): 13-21.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน
โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of participatory pulmonary tuberculosis care model in network of
community, Donchan Hospital, Kalasin Province

(Received: April 3,2025 ; Revised: April 20,2025 ; Accepted: April 22,2025)

เบญจวรรณ ภูโคกสี¹

Benjawan Phookoksee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนและภาคีเครือข่าย ประชากรประกอบด้วย เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 18 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 36 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ 3) ประเมินผลรูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เชิงปริมาณได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วย T-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุม 2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 3) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายโดยใช้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 4) พัฒนาระบบการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน 5) พัฒนาระบบการติดตามการรักษาในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ 6) พัฒนาระบบการสร้างข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาวัณโรคปอด 7) ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้ความรู้แก่ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรควัณโรค ผลลัพธ์ของรูปแบบ พบว่า ตัวชี้วัดการดำเนินงานดีขึ้น ระดับความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้น ระดับความพึงพอใจดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.28, 7.53$) สรุปและอภิปรายผล ควรส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ระบบการค้นหา การคัดกรองกลุ่มเปราะบาง พัฒนาแนวปฏิบัติ และการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน จึงประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยวัณโรค, การพัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วมชุมชน

Abstract

This study is participatory action research (PAR) aimed to develop and implement a participatory model for tuberculosis (TB) care within community networks. Population consisted of qualitative component comprising 18 multidisciplinary team members and community partners, and a quantitative component of 36 TB patients. Research was conducted in three phases: 1) situation analysis, 2) model development and testing, and 3) model evaluation. Data collection employed a mixed-methods approach, combining both quantitative and qualitative data. The research tools included 1) focus group discussion guides and TB care guidelines for qualitative data, and quantitative tools such as general data collection forms, clinical data forms, health literacy assessment forms for TB patients, and satisfaction evaluation forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and compared pre- and post-intervention using T-tests. Qualitative data were analyzed using content analysis. Research Findings model consisted of seven key components: Enhanced Detection, Diagnosis, and Reporting System: Developing a comprehensive system for TB detection, diagnosis, and reporting. Improved Access to Diagnostic Services: Promoting access to diagnostic services for vulnerable and high-risk groups. Patient-Centered Care: Developing care protocols for all diagnosed TB patients using patient-centered care. Community Network

¹ โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Collaboration: Establishing collaborative operational systems with community networks. Efficient Community-Based Follow-Up: Developing continuous and effective follow-up systems for treatment in communities. Accurate Information Dissemination: Creating accurate information systems to raise awareness among patients and their families about the importance of TB treatment. Health Literacy Promotion: Promoting health literacy by educating the public to understand TB correctly. Outcomes of the Model, results showed significant improvements in operational indicators, health literacy among TB patients, and patient satisfaction levels, all statistically significant at the 0.05 level. ($t=6.28, 7.53$) Conclusion of results: Promoting health literacy, screening and identification systems for vulnerable groups, developing guidelines and working with community networks can be successful.

Keywords: Tuberculosis patient care, model development, community participation

บทนำ

วัณโรคเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่คร่าชีวิตผู้คนนับล้านทั่วโลกในแต่ละปี โดยเป็นหนึ่งในสาเหตุการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรกของโลก¹ ในปี 2561 มีผู้ป่วยวัณโรคถึง 10 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านคน องค์การอนามัยโลกจึงประกาศว่าวัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามมนุษยชาติ¹ นอกจากนี้, องค์การอนามัยโลกยังจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง โดยมีผู้ป่วยทั้งวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน² วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ประเทศที่มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) ประเทศที่มีภาระโรควัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และประเทศที่มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) กลุ่มละ 20 ประเทศ วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งสามารถแพร่เชื้อผ่านการหายใจ การไอ และการจาม (1) โรคนี้สามารถเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่จะเกิดที่ปอดเรียกว่าวัณโรคปอด (1) การรักษาวัณโรคต้องใช้เวลาและความอดทนในการรักษา โดยอาจใช้เวลาเป็นปีหรือมากกว่า และต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการดื้อยา³

ประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มปัญหาดังกล่าว และคาดการณ์อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทย ทั้ง

รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 113,000 ราย หรือคิดเป็น 157 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ประเทศไทยยังติดอันดับ 14 ของโลกที่มีปัญหาวัณโรคสูง⁴ แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติของประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะลดอัตราความชุกของโรค โดยในปี 2560 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบหลักการแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 โดยตั้งเป้าหมายให้วัณโรคจะไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกภายในปี 2578² ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี 2578¹ ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีอัตราผู้ป่วยวัณโรคสูงถึง 143 ต่อประชากรแสนคนในปี 2565 (5). องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 103,000 รายในปี 2565 และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคมากกว่า 11,400 คน⁶ ในปี 2566 อัตราป่วยด้วยวัณโรคในบางพื้นที่สูงถึง 126 ต่อประชากรแสนคน และยังมีการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยวัณโรคใหม่และกลับเป็นซ้ำจะอยู่ที่ประมาณ 108,000 รายต่อปี⁷ โดยในปี 2565 มีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 103,600 คน² และมีการประมาณการว่าในปี 2566 จะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 111,000 คน แต่มีการรายงานการขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 72,274 คน และเสียชีวิตจากวัณโรคปีละ 13,700 คน³

จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 1,516 ราย คิดเป็นร้อยละ 101.0 ซึ่งเกินค่าคาดประมาณของ WHO ทั้งนี้พบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค ร้อยละ 82.9

อัตราการขาดยา ร้อยละ 1.7 และอัตราตาย ร้อยละ 8.6 วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การแพร่กระจายของโรคยังเกิดจากความตระหนักรู้ที่ไม่เพียงพอและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยง⁶ ในปี 2566, มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 78,955 ราย โดยผู้สูงอายุมีมากที่สุด ร้อยละ 27.70 และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV มีจำนวน 5,467 ราย⁸ อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคใหม่และกลับเป็นซ้ำในปี 2565 อยู่ที่ร้อยละ 79.80 โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จคือการเสียชีวิตและขาดยา⁹

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญในการลดการแพร่กระจายของโรค การดำเนินงานควบคุมวัณโรคในประเทศไทยมุ่งเน้นการค้นหาผู้ป่วยใหม่และการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้สัมผัสวัณโรค⁶ การรับรู้และความร่วมมือจากชุมชน รวมถึงการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหา⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้าง ความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย, ครอบครัว, และชุมชนในการรักษาและป้องกันวัณโรคปอด⁶ นอกจากนี้การส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการปรับปรุงระบบการติดตามการรักษาในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ก็เป็นส่วนสำคัญในการลดการแพร่กระจายของโรค⁶ การแพร่กระจายของวัณโรคในประเทศไทยเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา⁴ รวมถึงปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสำคัญที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูง ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และผู้สูงอายุ³

อำเภอดอนจาน มีข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา⁹ จากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC พบว่ามี ยอดผู้ป่วยทั้งหมดในปีงบประมาณ 2563 - 2567 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 38, 41, 34, 35, 36 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือขาดยา ในปีงบประมาณ 2563 - 2567 จำนวน 1, 10, 0, 1, 0 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษา ในปีงบประมาณ 2563 - 2567 จำนวน 6, 5, 8, 3, 2 ตามลำดับ โดยในแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตและขาดยาในทุก ๆ ปี ซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยดื้อยาในอนาคตในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือขาดยาได้

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน มีความสำคัญ และมีผู้ศึกษาในบริบทพื้นที่ที่มีน้อย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการสร้าง ความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการรักษาและป้องกันวัณโรคปอด นอกจากนี้การวิจัยยังมุ่งเน้นการปรับปรุงการคัดกรองเชิงรุก และการติดตามการรักษาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการแพร่กระจายของโรคและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 9 เดือน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ **เชิงคุณภาพ** คือ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 5 ตำบล 48 หมู่บ้าน **เชิงปริมาณ** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ในพื้นที่อำเภอดอนจาน ในปี 2567 จำนวน 36 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ **เชิงคุณภาพ** คือ ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 5 ตำบล 48 หมู่บ้าน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลดอนจาน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ประธาน อสม. จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน รวม 18 คน, **เชิงปริมาณ** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ในพื้นที่อำเภอดอนจาน ปี 2567 จำนวน 36 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1) **แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group)** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการ ให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน

1.2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ปอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) การปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้พวกเขาดูแลตนเองได้ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเบาๆ และการรักษาความสะอาดส่วนบุคคล การสร้างความรู้ ให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit Theory) การประเมินความพร้อมประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและระบุความต้องการที่มากกว่าความสามารถของพวกเขา การให้การสนับสนุน ให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือจากพยาบาลและครอบครัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่น การช่วยเหลือในการรับประทานยาหรือการดูแลสุขอนามัย 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing System Theory) การวางแผนการพยาบาล วางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด การปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแผน โดยเน้นการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น การให้คำแนะนำในการรับประทานยาและการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

2.2) แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา อาการแสดง ผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) ยาที่ใช้รักษา และปัจจัยเสี่ยงร่วม

2.3) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การเข้าถึงข้อมูล การโต้ตอบ และซักถาม การประเมินและตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูล รวม จำนวน 34 ข้อ

2.4) แบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ การให้ข้อมูล และคำแนะนำ รวม จำนวน 15 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูล มาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความพึงพอใจ ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบ ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และระดับความพึงพอใจ หลังพัฒนาโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่อำเภอตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้ป่วยและญาติขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาวัณโรคปอด ขาดการได้รับความร่วมมือจากชุมชนค่อนข้างน้อย เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่สังคมเกิดความหวาดกลัว นอกจากนี้ยังพบ กลุ่มเสี่ยงสำคัญ 7 กลุ่มเสี่ยง มาคัดกรองเชิงรุกน้อย เนื่องจากขาดความตระหนักการดำเนินงานที่

ยุ่งยาก และเนื่องจากระยะพักตัวของวัณโรคนี้ยาวนาน มีการปิดบังข้อมูล การเข้าถึงบริการล่าช้า การคัดกรองได้ครอบคลุมน้อย รวมไปถึงเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ภาครัฐ ภาคีเครือข่าย ชุมชน นั้นทำได้ยาก อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นและขาดแคลน การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการร่วมกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาล เครือข่าย และชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนจนเกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหาอุปสรรคในการถ่ายทอดเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติซึ่งดำเนินการยาก ต้องอาศัยความร่วมมือต่างๆจากชุมชน ภาคีเครือข่าย และฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาล ความซับซ้อนมากในด้านการบริหารจัดการทีมดูแลผู้ป่วยวัณโรค และทีมพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล การบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ครอบคลุม กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรคปอด 36 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 19 คน ร้อยละ 52.78 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน ร้อยละ 47.22 ตามลำดับ ช่วงอายุส่วนมากอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 25.00 รองลงมาช่วงอายุ 51-60 ปี และ 61-70 ปี จำนวนช่วงละ 7 คน เท่ากัน ร้อยละ 19.44 และช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 13.89 ตามลำดับ 21-30 ปี และ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน เท่ากัน ร้อยละ 8.33 และ 31-40 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 5.56 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 44.38 ± 2.16 ปีอาชีพส่วนมากทำไร่นา จำนวน 25 คน ร้อยละ 69.44 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 5 คน ร้อยละ 13.89 วางงาน จำนวน 3 คน ร้อยละ 8.33 ค้าขาย 2 คน ร้อยละ 5.56 และ รับราชการ 1 คน ร้อยละ 2.78 ตามลำดับ ศาสนาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 36 คน ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่

ในระดับประถมศึกษา จำนวน 15 คน ร้อยละ 41.67 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 11 คน ร้อยละ 30.56 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 7 คน ร้อยละ 19.44 และ ปริญญาตรี 3 คน ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ โรคร่วมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 41.67 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ร้อยละ 27.78 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 5 คน ร้อยละ 13.89 โรคไตเรื้อรัง จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.33 และ โรค HIV โรคทางสุขภาพจิต โรคเกาต์ (Gout) จำนวน 1 คน เท่ากัน ร้อยละ 2.78 ตามลำดับ อาการและอาการแสดงส่วนมากมีอาการไอเป็น

เวลานาน จำนวน 17 คน ร้อยละ 47.22 รองลงมามีน้ำหนักลด จำนวน 12 คน ร้อยละ 33.33 และไอเป็นเลือด จำนวน 3 คน ร้อยละ 8.33 และ เจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยง่าย จำนวน 2 คน ร้อยละ 5.56 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงร่วมส่วนมากเป็นโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง จำนวน 25 คน ร้อยละ 69.44 รองลงมาเป็นการสูบบุหรี่ จำนวน 15 คน ร้อยละ 41.67 และรอยโรคจากภาพรังสีทรวงอก จำนวน 10 คน ร้อยละ 27.78 การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 4 คน ร้อยละ 11.11 และ การสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคอื่น จำนวน 3 คน ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=36)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	52.78
หญิง	17	47.22
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	0	0.00
21-30 ปี	3	8.33
31-40 ปี	2	5.56
41-50 ปี	9	25.00
51-60 ปี	7	19.44
61-70 ปี	7	19.44
71-80 ปี	5	13.89
80 ปีขึ้นไป	3	8.33
Mean $\pm$ SD=44.38 $\pm$ 2.16		
อาชีพ		
ทำไร่ทำนา	25	69.44
รับราชการ	1	2.78
ค้าขาย	2	5.56
รับจ้างทั่วไป	5	13.89
ว่างงาน	3	8.33
ศาสนา		
พุทธ	36	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	0	0.00
ประถมศึกษา	15	41.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	19.44
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	30.56

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาดรี	3	8.33
โรครวม		
ความดันโลหิตสูง	10	27.78
เบาหวาน	15	41.67
HIV	1	2.78
ไตเรื้อรัง	3	8.33
สุขภาพจิต	1	2.78
โรคเกาต์ (Gout)	1	2.78
ไม่มีโรคประจำตัว	5	13.89
อาการและอาการแสดง		
ไอเป็นเวลานาน	17	47.22
ไอเป็นเลือด	3	8.33
เจ็บหน้าอก	2	5.56
อาการเหนื่อยง่าย	2	5.56
น้ำหนักลด	12	33.33
ปัจจัยเสี่ยงร่วม		
การสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคอื่น	3	8.33
โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	25	69.44
การสูบบุหรี่	15	41.67
การดื่มแอลกอฮอล์	4	11.11
รอยโรคจากภาพรังสีทรวงอก	10	27.78

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) ประกอบด้วย 7 รูปแบบ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุม 2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 3) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายโดยใช้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 4) พัฒนาระบบการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน 5) พัฒนาระบบการติดตามการรักษาในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ 6) พัฒนาระบบการสร้างข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาวัณโรคปอด 7) ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้ความรู้แก่ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรควัณโรค

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น เดิมในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 3.28 ภายหลังการพัฒนารูปแบบ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.88 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลดีขึ้น อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate) ก่อนพัฒนา ร้อยละ 88.57 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 94.12 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคลดลง เดิม ร้อยละ 8.57 หลังพัฒนาลดลง ร้อยละ 5.88 อัตราการขาดยาลดลง เดิมก่อนพัฒนา ร้อยละ

2.85 ภายหลังการพัฒนาลดลง ร้อยละ 0.00 การคัดกรองเชิงรุก 7 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ เดิมก่อนพัฒนา ร้อยละ 89.06 ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น ครอบคลุมทั้งหมด ร้อยละ 100.00

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ทางสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3.02 ภายหลังการพัฒนาแบบความรู้ทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ขึ้น เป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย มีค่า 4.19 และระดับความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาแบบความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 3.12 ภายหลังการพัฒนาแบบความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย มีค่า 4.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.28, 7.53$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ทางสุขภาพ และระดับความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=36)

รายการ	$\bar{x}$	ระดับ	S.D.	t	p-value
ระดับความรู้ทางสุขภาพ					
ก่อนพัฒนา	3.02	ปานกลาง	1.08	6.28	<.001*
หลังพัฒนา	4.19	มาก	1.24		
ระดับความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนา	3.12	ปานกลาง	1.12	7.53	<.001*
หลังพัฒนา	4.59	มาก	1.26		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการพัฒนาแบบโดยการเสริมสมรรถนะพยาบาลและการให้บริการ มีการส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการขาดยาอย่างมาก นอกจากนี้กระบวนการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ 7 กลุ่มได้อย่างครอบคลุม การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Hanucharomkul¹⁰ และสอดคล้องกับ Orem, Taylor, & Renpenning¹¹ และการบูรณาการภาคีเครือข่ายและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติของประเทศไทย ที่เน้นการค้นหาผู้ป่วยเชิง

รุกและการสร้างความร่วมมือชุมชน ร่วมกับการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล ให้สามารถคัดกรองได้ ครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ สอดคล้องกับ Thailand Operational Plan to End Tuberculosis¹² จากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและระบบติดตามผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Intouch Medicare¹³ ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการตีตรา การคัดกรองเชิงรุก ตามโครงการ Zero TB การตรวจคัดกรองด้วยเทคโนโลยีโมเลกุล (Xpert/MTB-RIF) สามารถเพิ่มอัตราการวินิจฉัยได้เร็วกว่าเดิม การคัดกรองผ่านเครือข่ายชุมชน ซึ่งอาจเหมาะสมกับพื้นที่ชนบทที่ขาดแคลนเทคโนโลยี แต่จำเป็นต้องปรับใช้ร่วมกับแนวทางของแผนปฏิบัติการระดับชาติที่เน้นการขยายการใช้การทดสอบโมเลกุล การลดการตีตรา PMC¹⁴ การสนับสนุนจากเพื่อนช่วยลดการตีตราภายในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่ใช้

การประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ CDC¹⁵ ตามความจำเป็น ในการขยายการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทำให้ประสบ ผลสำเร็จมากขึ้นการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของ ชุมชนและภาคีเครือข่ายสอดคล้องกับ กิตติพิพัทธ์ เอี่ยมรอด และ สุพร กาวินา¹⁶ การดูแลตนเองและ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแล ผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มความรู้และ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมดังกล่าว สามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาได้ สอดคล้องกับ สุรเดช ชเวเดช¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1) การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากฝ่ายการ พยาบาลในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการ บริหารจัดการกำลังคน ปัญหาการดำเนินงาน และ อุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย และชุมชน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และ คืบข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การประกาศใช้เป็นแนว ปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กรและเครือข่าย ส่งผลให้การ ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดมีมาตรฐาน และมีความ ปลอดภัยมากขึ้น และพยาบาลในองค์กร ภาคี เครือข่าย และชุมชน สามารถปฏิบัติงานร่วมกันใน การควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

2) การปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด สามารถช่วยเพิ่มความ ครอบคลุม และการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึง ควรปรับให้ทันสมัยต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนางาน คุณภาพโรงพยาบาลและการดำเนินงานในชุมชน

3) การมีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา ร่วมกันในภาคีเครือข่าย และทีมสหวิชาชีพ ส่งผลต่อ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มี ประสิทธิภาพผ่านตัวบุคลากรทางการพยาบาลทำให้ เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

4) ควรศึกษาในชุมชนอื่นที่มีขนาดใหญ่กว่า พื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ทราบถึงปัญหา ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้ได้รูปแบบการ ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการ ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในเชิงปริมาณที่ซับซ้อน เพื่อให้ได้ปัจจัยในการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ของ โรงพยาบาลดอนจาน และบุคลากรในโรงพยาบาล ดอนจาน และภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็น อย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพ เครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดอนจาน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูล งานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health organization.(2020). Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization.
2. Thai Health Report.(2020). สถานการณ์เด่น วัณโรค น้ำกัวไม่แพ้โควิด-19. รายงานสุขภาพคนไทย.
3. DDC.(2023). วัณโรค รู้ทัน ป้องกันความเสี่ยง “รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจายเชื้อ ไม่ติดรา”. กรมควบคุมโรค.
4. Princ Suvarnabhumi Hospital.(2023). วัณโรค รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย.
5. กรุงเทพมหานคร.(2022). 'วัณโรค' ป่วยรายใหม่สูง ทำไทยติดตัวแดง. กรุงเทพมหานคร.
6. World Health Organization.(2023) Global Tuberculosis Report 2023. Geneva: World Health Organization.
7. Local Fund.(2023). โครงการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ระดับหมู่บ้าน ปี 2567. Local Fund.
8. TB Thailand.(2023). สถานการณ์และการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย. TB Thailand.

9. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์.(2567). รายงานผู้ป่วยวัณโรคจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์.
10. Hanucharomkul P.(2001). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. วารสารพยาบาลศาสตร์.
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM.(2001). Nursing: Concepts of Practice. Mosby.
12. Thailand Operational Plan to End Tuberculosis, Phase 2 (2023–2027) 2023.
13. Intouch Medicare.(2025). การปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน. Intouch Medicare.
14. Srimanta S, et al.(2024). The effect of peer support intervention on internalized stigma. PMC.
15. Bloss E, et al.(2023). Risk for Prison-to-Community Tuberculosis Transmission, Thailand. Emerging Infectious Diseases.
16. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, สุพร กาวินา.(2564). การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดตาก.วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 10(1): 1-14.
17. สุรเดช ชวะเดช.(2565). การพัฒนารูปแบบการรักษาวัณโรคแบบ DOT อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 8(3): 340-51.

ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัด ในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอนาวนวิเวศ
จังหวัดสกลนคร

Factor affecting smoking e-cigarette and success treatment of Adolescents In
In Plang, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon province.

(Received: April 10,2025 ; Revised: April 16,2025 ; Accepted: April 18,2025)

ก่อกุศล บุญสนอง¹
Khokhusol Boonsanong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดบุหรี่ไฟฟ้า ในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอนาวนวิเวศ จังหวัดสกลนคร จำนวน 160 คน อายุตั้งแต่ 17-23 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 19.71 ± 1.821 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยม/ปวช./ปวส. ร้อยละ 68.75 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ $15,724.38 \pm 9,428.818$ บาท มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.62 มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 54.38 และพบว่าสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างง่าย ร้อยละ 54.37 ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ และการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ($p=0.024$) และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกสูบ ได้แก่ อายุ ($p=0.041$)

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า, การเลิกบุหรี่, วัยรุ่น

Abstract

This Survey research by Cross-sectional Study was aimed to examine the risk factors with e-cigarette and the factors affecting e-cigarette treatment among 160 people in In Plang, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon province, aged 17-23 years Data were collected by questionnaire, analyzed by Multiple logistic regression

The results found that Most of the sample were males 60.00%, average age 19.71 ± 1.821 years, Secondary education level 68.75%, average income per month $15,724.38 \pm 9,428.818$ \$, e-cigarette smoking 70.62%, had friends smoked e-cigarettes 54.38%, and e-cigarettes were easily accessible 54.37%. The risk factors for smoking were gender , had friends smoke e-cigarettes ($p=0.05$) and the factors for smoking success treatment age ($p=0.05$).

Keywords: e-cigarette, smoking treatment, adolescents

บทนำ

ในปี 2566 กองสุกศึกษาได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับประเทศ พบว่าในเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 9.1¹ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับสองของประเทศไทยรองจากภาคใต้ และยังมีปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าขยายวงกว้างไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ร้อยละ 1.21 คิดเป็นจำนวน 709,677 คน โดยเป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อายุ 15-24 ปีจำนวน 269,553 คน² สาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้าจากคนรอบข้าง โดยส่วนใหญ่ถูกชักชวนจากเพื่อน ร้อยละ 92.2 รองลงมาถูกชักชวนจากญาติ ร้อยละ 3.2 และจากคนในครอบครัว ร้อยละ 1.6 นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่มวนจะสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วยสูงถึง ร้อยละ 43.9³

ประเทศไทยได้มีประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็น สินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และประกาศของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค คำสั่งที่ 9/2558 เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการ สินค้า "บารากู บารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู" นํ้ายา สำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า" แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ยังมีปัญหาทำให้บุหรี่ไฟฟ้าสามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้งทางตรงและออนไลน์ และที่สำคัญอุตสาหกรรมยาสูบได้พยายามอย่างมากในการวิ่งเต้น ผ่านผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้ยกเลิกกฎหมายข้างต้น ซึ่งบทเรียนจากหลายประเทศที่ไม่ได้ห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า ต้องประสบปัญหาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง จนเป็นสาเหตุให้หลาย ๆ ประเทศต้อง ออกกฎหมายห้ามบุหรี่ไฟฟ้า⁴ ซึ่งจากข้อมูลผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบว่า ประชากรไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า มีจำนวน 78,742 คน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 0.14 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวนทั้งหมด 57 ล้านคน เป็นคนที่สูบบุหรี่ทุกวัน 40,724 คน และสูบบ้างไม่ทุกวัน 38,018 คน โดยผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน อายุระหว่าง 15-24 ปีในขณะที่ภาคอีสาน มีผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 2.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.0 ของประชากร ภาคอีสานทั้งหมด และสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนเริ่มแพร่ระบาดอย่างหนัก เด็กและเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้ากันอย่างเปิดเผยดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งหากมีการยกเลิกกฎหมายห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า จะทำให้การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนยิ่งรุนแรงมากขึ้น⁵

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า บุหรี่ไฟฟ้าเริ่มแพร่หลายโดยเฉพาะกับกลุ่มวัยรุ่น ด้วยความเชื่อจากการโฆษณาชวนเชื่อว่ามีนิโคติน ไม่มีอันตรายต่อตนเอง และคนรอบข้าง สูบแล้วไม่ติด ทำให้มีนักสูบหน้าใหม่เข้าไปทดลองใช้มากขึ้น รวมถึงอ้างว่า

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย เลยทำให้วัยรุ่นหันมาลองสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น อีกทั้งมีแหล่งจำหน่ายที่หาซื้อได้ และค่านิยมของวัยรุ่นโดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ที่เห็นว่าเป็นความทันสมัย ดังนั้นทางทีมผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการบำบัดการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อเป็นแนวในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า และแนวทางการบำบัดการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ตำบลอินทร์แปลง อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในตำบลอินทร์แปลง อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดบุหรี่ไฟฟ้า ในตำบลอินทร์แปลง อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และความสำเร็จในการบำบัด ในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ วัยรุ่นในตำบลอินทร์แปลง อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 160 คน โดยมีเกณฑ์ในการการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 17-23 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลอินทร์แปลง อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ 3) สามารถพูดคุย ให้ข้อมูลในการทำแบบสอบถามได้ และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจให้ข้อมูล 2) ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัด ในวัยรุ่นตำบล อินทร์แปลง อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การบำบัด/เลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการบำบัด/เลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ทำหนังสือขออนุญาตการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล 2) ดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่กับผู้นำในชุมชน 3) ลงพื้นที่เก็บข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครด้วยแบบสอบถาม 4) การรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ และประมวลผลปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัด ในวัยรุ่นตำบล อินทร์แปลง อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Describe Quantitative) ศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ โดยการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เป็นต้น 2) การใช้สถิติเชิงอนุมาน การทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุคูณ (ORMH, 95%CI) เพื่อหาปัจจัยที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาประมวลผลปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัด ในวัยรุ่นตำบล

อินทร์แปลง อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ได้รับ การรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล เลข SKN REC 074/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 19.71 ± 1.821 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยม/ปวช./ปวส. ร้อยละ 68.75 อยู่ร่วมกับบิดามารดา ร้อยละ 65.60 ส่วนใหญ่บิดามีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.63 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.63 นอกจากนี้ มารดามีระดับการศึกษาในระดับ มัธยม/ปวช ร้อยละ 51.88 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.75 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ $15,724.38 \pm 9,428.818$ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.25 และมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.62

กลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่มวนเป็นประจำ ร้อยละ 51.25 มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 54.38 มีผู้ปกครอง ได้แก่ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูที่สูบบุหรี่มวนเป็นประจำ ร้อยละ 34.38 และเคยถูกเพื่อนโน้มน้าวหรือชักชวนให้สูบบุหรี่ชนิดต่าง ๆ ร้อยละ 30.00 และพบว่าสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างง่าย ร้อยละ 54.37

กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความรู้ เฉลี่ย $\bar{X} = 13.16 \pm 2.16089$ ส่วนใหญ่มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าแบบสามารถชาร์ตไฟได้ ร้อยละ 35.00 แบบลักษณะปากกาที่สามารถชาร์ตไฟได้ ร้อยละ 23.75 ในส่วนของกลิ่นน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าที่ใช้มากที่สุดคือรสชาติผลไม้ ร้อยละ 48.75 รสชาติเมนทอล/มินท์ ร้อยละ 18.75 และในช่วงเวลาที่ใช้มากที่สุดคือ 12.01-16.00 น. ร้อยละ 30.00 และช่วงเวลา 16.01-20.00 น. ร้อยละ 25.00 ช่องทางที่ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าซื้อบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุดคือ สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เช่น Facebook,

LINE, TikTok ร้อยละ 64.60 ส่วนใหญ่สาเหตุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือการอยากรู้ยากลอง ร้อยละ 82.30 และการทำตามเพื่อน ร้อยละ 14.16

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 53.60 $[(1-0.464*100) = 53.60, p < 0.030]$ คนที่มีความรู้น้อยมีความเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่าคนที่มีความรู้มาก ร้อยละ 69.00 $[(1-0.310*100) = 69.00, p < 0.007]$ กลุ่มที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ฟ้ามมีความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ฟ้ามมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเพื่อนที่คนสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2.227 เท่า ($OR_{MH} = 2.227$)[1.113-4.456, $p = 0.024$]

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าของในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้า พบว่า กลุ่มที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปมากกว่าการพยายามเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้า มากกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 2.317 เท่า ($OR_{MH} = 2.317$)[1.034-5.194, $p = 0.041$]

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นจำนวน 160 คน พบลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่น่าสนใจหลายประการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewprapan et al.⁶ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในจังหวัดภาคกลางของไทยและพบสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพศชายสูงถึง ร้อยละ 58.70 กลุ่มตัวอย่างมี อายุเฉลี่ย 19.71 ± 1.821 ปี และกำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรืออาชีวศึกษา ร้อยละ 68.75) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Assanangkornchai et al.⁷ ที่ระบุไว้ว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่

ด้านปัจจัยทางสังคมและครอบครัว พบว่าสภาพครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.60 อาศัยอยู่กับบิดามารดา บิดาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 45.63 และเป็นเกษตรกร ร้อยละ 35.63 ในขณะที่มารดามีการศึกษาสูงกว่า ร้อยละ 51.88% แต่ยังคงทำงานในภาคเกษตร ร้อยละ 33.75 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย $5,724.38 \pm 9,428.818$ บาท/เดือน ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่ 25,194 บาท/เดือน ตามรายงานของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2566⁸

ด้านการสูบบุหรี่ไฟฟ้าพบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 70.62 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในกลุ่มใกล้เคียงของ Vichitkunakorn et al.⁹ ที่พบในนักเรียนอาชีวศึกษา ร้อยละ 48.90

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายมิติ กลุ่มเพศชายมีความเสี่ยงสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง ร้อยละ 53.60 $[(1-0.464*100) = 53.60, p < 0.030]$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงระบาดวิทยาของ Sompaisarn et al.¹⁰ ในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่พบว่าเพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง 1.8 เท่า (95% CI: 1.2-2.7) โดยอธิบายได้จากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ยอมรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเพศชายมากกว่า ด้านระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความรู้น้อยมีความเสี่ยงสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้มากถึง ร้อยละ 69.00 $[(1-0.310*100) = 69.00, p < 0.007]$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pengpid et al.¹¹ ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างในประเทศกำลังพัฒนาและพบว่าการศึกษาในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น ($OR = 1.92$, 95% CI: 1.35-2.73) ซึ่งอาจอธิบายได้จากความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและทักษะการประเมินความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ปัจจัยทางสังคมกลุ่มเพื่อนแสดงผลกระทบได้อย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่มีเพื่อนที่สูบบุหรี่ฟ้ามมีความเสี่ยงสูบบุหรี่ฟ้ามมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึง 2.227 เท่า ($OR_{MH} = 2.227$)[1.113-4.456, $p = 0.024$] ซึ่ง ส อ ด ค ล ็ อ ง กั บ ง า น วิ จ ย ข อ ง

Kitisriworaphan et al.¹² ที่พบว่าอิทธิพลจากเพื่อนเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งที่สุดของการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นไทย (adjusted OR = 3.15, 95% CI: 2.08-4.77)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามเลิกบุหรี่ไฟฟ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มอายุ โดยผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มจะพยายามเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีถึง 2.317 เท่า (OR_{MH} = 2.317)[1.034-5.194, p = 0.041] การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaiton et al.¹³ ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุ 20-24 ปี มีอัตราการพยายามเลิกสูงกว่ากลุ่มอายุ 15-19 ปี อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 2.1, 95% CI: 1.2-3.7)

กลไกที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้สามารถพิจารณาได้จากหลายมุมมอง ตามแนวคิดพัฒนาการทางสมอง ของ Steinberg¹⁴ ซึ่งว่ากลุ่มอายุมากกว่า 20 ปี มีการพัฒนาของ prefrontal cortex ที่สมบูรณ์กว่า ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมตนเองและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Bold et al.¹⁵ ยังพบว่ากลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 20 ปีขึ้นไป) มีความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความพยายามเลิกสูบบุหรี่

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Lee et al.¹⁶ เตือนว่าการพยายามเลิกที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุมากกว่า 20 ปี อาจไม่สัมพันธ์กับอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่สำเร็จเสมอไป โดยพบว่าเมื่ออัตราการกลับไปสูบบุหรี่ (relapse rate) สูงถึง

ร้อยละ 63.50 ในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบสนับสนุนการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น

ข้อเสนอแนะ

1. การออกแบบโปรแกรมป้องกันแบบเฉพาะกลุ่ม:

1.1 พัฒนาโปรแกรมป้องกันที่เน้นกลุ่มเสี่ยงสูง (ชายวัยรุ่นอาชีวศึกษา) โดยผสมผสานกิจกรรมสร้างทักษะชีวิตและการตระหนักรู้ถึงอันตราย

1.2 ออกแบบโปรแกรมสุขศึกษา การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มการศึกษาระดับต่ำ ใช้ภาษาง่าย ๆ และช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงได้จริง

2. การจัดการปัจจัยทางสังคม

2.1 จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาใน รพ.สต. สถานศึกษา โดยเฉพาะวิทยาลัยอาชีวศึกษา

2.2 เพิ่มมาตรการควบคุมการขายบุหรี่ไฟฟ้าให้เข้มงวดขึ้น

3. การสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า

3.1 พัฒนาแอปพลิเคชันช่วยเลิกสูบที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น

3.2 สร้างระบบติดตามผลหลังเลิกสูบเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

4.1 วิจัยประสิทธิภาพของนวัตกรรมการช่วยเลิกสูบในกลุ่มวัยรุ่น

4.2 ติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสูบหลังกฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้ามีผลบังคับใช้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. “ผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 64 พบ คนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกือบ 8 หมื่นคน”. 2564. สืบค้นที่ : <https://bit.ly/3n7zybQ>.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. “ยุทธศาสตร์ แผน “วัยรุ่นไทย” นำห่วงร้อยละ 12.3 สูบบุหรี่ไฟฟ้า กว่า 2 ใน 3”. 2565. สืบค้นที่ : <https://bit.ly/3JxLhbc>.

3. สุระ วิเศษศักดิ์. “บุหรี่ไฟฟ้า ไม่สูบ ไม่เสี่ยง แม้ถูกเพื่อนชักชวน สูบบุหรี่ไฟฟ้าปริมาณส่งผลกระทบท่อสุขภาพ”. 2566. สืบค้นที่ : <https://shorturl.asia/xFunM>.
4. ประกาศกระทรวงพาณิชย์. เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ.2557. 2557.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “รวมพลังภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบ 20 จังหวัดภาคอีสาน ร่วมประกาศเจตนารมณ์ คนอีสานไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า”. 2564. สืบค้นที่ : <https://shorturl.asia/TUjAW>.
6. Kaewprapan P, et al. Gender differences in smoking behavior. J Health Res. 2021;35(2):156-68.
7. Assanangkornchai S, et al. Tobacco use among Thai vocational students. Asian J Public Health. 2020;11(3):201-15.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายได้ครัวเรือนไทยปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. 2566.
9. Vichitkunakorn P, et al. E-cigarette access and youth smoking. Tob Control. 2021;30(e1):e45-51.
10. Sornpaisam B, et al. Gender differences in tobacco use among Thai adolescents. Tob Induc Dis. 2021;19:1-9.
11. Pengpid S, Peltzer K. Educational inequality in tobacco use in low-income countries. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(3):785.
12. Kitisriworaphan N, et al. Peer influence on e-cigarette use among Thai youth. Asian Pac J Cancer Prev. 2022;23(4):1341-7.
13. Chaiton M, et al. Age differences in e-cigarette cessation attempts. Nicotine Tob Res. 2021;23(5):835-42.
14. Steinberg L. Adolescent brain development and substance use. Curr Opin Psychol. 2020;33:18-22.
15. Bold KW, et al. Perceived risks and quit attempts among young adult e-cigarette users. Addict Behav. 2022;124:107093.
16. Lee YO, et al. Relapse patterns among former e-cigarette users. Tob Control. 2023;32(e1):e45-51.

การพัฒนาแบบการบริหารผู้ป่วยสมองโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) nderรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
Development of Intermediate care model for Stroke Inpatients with participation of caregivers and multidisciplinary team in Nam Phong Hospital Khon Kaen Province.

(Received: April 1,2025 ; Revised: April 16,2025 ; Accepted: April 20,2025)

ปราณี เกตดี¹ อริศรา โพธิ์มา¹ เจษฎา สุรวรรณ²
Pranee Katedee¹ Arisara Poma² Jesada Surawan³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการบริหารผู้ป่วยสมองโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) nderรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันหรืออุดตัน ญาติผู้ดูแลหลัก และสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) นำรูปแบบไปใช้ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้คือ รูปแบบการบริหารผู้ป่วยสมองโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) nderรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ แบบบันทึกผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลัก และสหวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกัน 2) แนวปฏิบัติการบริหารผู้ป่วยสมองโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยสหสาขาวิชาชีพ 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ 4) IMC day ประเมินผลหลังการนำใช้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันหรืออุดตันระยะกลางวันจำหน่ายสูงกว่าแรกรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 หลังจำหน่าย ร้อยละ 2.50 ญาติผู้ดูแลหลักและสหวิชาชีพพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด เห็นได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการบริหารผู้ป่วยสมองโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารผู้ป่วยสมองโรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

This action research aimed to develop and evaluate the stroke inpatients intermediate care model with participation of caregivers and multidisciplinary team in Nam Phong Hospital Khon Kaen Province. Sample were Ischemic stroke inpatients, caregiver, and a multidisciplinary team. The process was divided into four steps including 1) situation analysis 2) development of care model 3) implement of the model and 4) evaluation of the model. Research instruments were composed of the stroke inpatients intermediate care model with participation of caregivers and multidisciplinary team, Outcome record from intermediate care model, a satisfaction assessment from for the caregiver, and a satisfaction from for multidisciplinary team. Data were analyzed with frequency, percentage, mean, a standard deviation, and paired t-test.

The study result showed that stroke inpatients in the intermediate care model including 1) goal setting and planning 2) IPD protocol by multidisciplinary team for Intermediate bed/Ward Namphong Hospital 3) a nursing case management and 4) IMC day. After using the intermediate care model, patients had more abilities to perform the

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

daily activities than those before using the intermediate care model both at the date of admit and discharge with a statistically significant difference ($p < .01$), they haven't had complication, the rate of readmission within 28 days was 2.50%, The overall satisfaction level of the caregiver and multidisciplinary team are at a highest level. Therefore, this the intermediate care model for stroke inpatients that were developed could improve the patients care phases.

Keyword: Intermediate care model, participation, stroke inpatients

บทนำ

การบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว แต่ร่างกายบางส่วนยังบกพร่องและมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มหรือคงระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะทำได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรค ซึ่งเชื่อว่า หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น (intensive rehabilitation) ในระยะ 6 เดือนแรกของการเจ็บป่วยจะสามารถลดความพิการ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹ ปัจจุบันการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพมีการแบ่งตามลักษณะงานบริการ ได้แก่ แบบผู้ป่วยนอก (Outpatient service) แบบผู้ป่วยใน (Inpatient service) และบริการในชุมชน (outreach service) ทั้งนี้การบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในเป็นบริการที่จำเป็น โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีภาวะทางคลินิกที่มีความซับซ้อน รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโดยเฉพาะทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ โดยเชื่อว่าการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปสู่นบ้าน จะสามารถช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการฟื้นฟูของผู้ป่วยและเพิ่มการตอบสนองความต้องการของครอบครัวเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน และเสียชีวิตจำนวน 6.5 ล้านคน มีความพิการจากโรค จำนวน 5.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5² ส่งผลให้มีข้อจำกัดทางกายและการเคลื่อนไหว ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม อีกทั้งเกิดความรู้สึกด้อยค่า ต้องพึ่งพาคนอื่นในครอบครัว ผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือออกจากงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงต้องเสียค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาลคนละ 118,580 บาทต่อปี³

ในประเทศไทยรายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อโดยในปี 2559-2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 293,463 และ 304,807 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเท่ากับ 48.13, 47.81 หรือประมาณปีละ 30,000 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 และจากข้อมูลการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 25 แห่ง พบผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 4,499 ราย ได้รับการฟื้นฟู 1,930 ราย คิดเป็นร้อยละ 43 ที่ได้รับการบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีการเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสภาพค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับ ธรรมนูญสุขภาพ⁴ พบว่า อัตราการได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลก่อนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสภาพได้รับเพียงร้อยละ 12.2 เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล เครื่องมืออุปกรณ์ และสถานที่ให้บริการ

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขนาด 120 เตียง (M2) จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งต่อกลับมาเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยในปี 2563-2566 มีจำนวน 92 (ร้อยละ 0.67), 76 (ร้อยละ 0.62), 100 (ร้อยละ 0.88) และ 92 (ร้อยละ 0.70) ราย ตามลำดับ เสียชีวิตจำนวน 2, 0, 0 และ 1 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ปอดอักเสบ จำนวน 2, 1, 3 และ 1 ราย ตามลำดับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 2, 1, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ แผลกดทับจำนวน 2, 2, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและส่งต่อไปรักษาที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 1, 1, 4 และ 1 ราย ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์กระบวนการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (intermediate care) แบบผู้ป่วยในที่ผ่านมา พบว่าได้ดำเนินการจัดให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางใน 4 กลุ่มโรคคือ Stroke, Traumatic Brain Injury (TBI), Spinal cord injury (SCI) และ Fractur hip ในรูปแบบ Intermediate beds ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการเหมือนผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับมาเพื่อดูแลรักษาต่อเนื่องทั่วไป เน้นการดูแลรักษาทางคลินิกที่ต่อเนื่องมากกว่าการฟื้นฟูสภาพที่ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที/วัน อีกทั้งไม่มีกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นๆ เช่น กิจกรรมบำบัด ผักการกลืน เป็นต้น รวมถึงขาดการตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เมื่อปัญหาทางคลินิกได้ถูกจัดการเสร็จสิ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว แพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากความจำเป็นในการใช้เตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยรายใหม่ ส่งผลให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายจิตใจไม่เพียงพอ รวมถึงญาติได้รับการสอน และฝึกทักษะไม่เพียงพอในการเตรียม

ความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อให้สามารถดูแลต่อได้ที่บ้าน เห็นได้ว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ที่ผ่านมา มีรูปแบบที่ไม่ชัดเจนรวมถึงความเข้าใจของสหวิชาชีพต่อความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตในระยะ 6 เดือนแรกยังมีน้อย จึงทำให้ขาดความร่วมมือและตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ และจากการศึกษาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนแบบผู้ป่วยใน พบว่า มีค่าคะแนนบาร์เธลก่อนจำหน่ายสูงกว่าเมื่อแรกรับ และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่ามีค่าใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยฟื้นฟูโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย⁵ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนแต่ละที่มีความแตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแลและสหวิชาชีพ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ ดังกล่าวในบริบทของโรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพในบริบทของโรงพยาบาลน้ำพอง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Donabedian

Model มองเป็นระบบที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในการดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) วิเคราะห์

สถานการณ์และปัญหาการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ที่ถูกส่งต่อกลับมารักษาและดูแลต่อเนื่อง (2) พัฒนารูปแบบและทดลองศึกษานำร่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (3) นำรูปแบบไปใช้จริงและติดตามผลการดำเนินการและสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อแก้ไขปรับปรุง (4) ประเมินผลลัพธ์และสรุปรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนำร่อง ดำเนินการเดือนกันยายน 2566-พฤษภาคม 2567 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันที่ส่งกลับมารักษาต่อเนื่องและแพทย์พิจารณารับไว้ในหอผู้ป่วยสามัญหญิง ชาย และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว และถูกส่งกลับมาจากโรงพยาบาลขอนแก่นหรือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในระบบส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การรักษารักษาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และแพทย์พิจารณารับไว้ในหอผู้ป่วยสามัญและพิเศษ โรงพยาบาลนำร่อง จังหวัดขอนแก่น 2)ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหลัก (Caregiver) 3) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันที่พ้นระยะวิกฤตแล้ว และถูกส่งกลับมาจากโรงพยาบาลขอนแก่นหรือโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในระบบการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การรักษารักษาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และแพทย์พิจารณารับไว้ในหอผู้ป่วยสามัญและพิเศษ จำนวน 40 คน ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบเจาะจง (purposive sample) มีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศ

ชาย 2) ค่าคะแนน BI <15 คะแนน หรือ >15 คะแนน ร่วมกับมี multiple impairment ตั้งแต่ 2ระบบขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษา เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาจากชุมชน 2) เกิดอาการรุนแรงและจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษาหรือเสียชีวิตขณะทำการรักษา 3) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 วัน 4) ยินยอมให้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) 2) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหลัก (Caregiver) ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้ยินชัดเจน และยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย จำนวน 40 คน 3) สหสาขาวิชาชีพ จำนวน 27 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหญิง ชายและหอผู้ป่วยพิเศษ 14 คน พยาบาลฟื้นฟูสภาพ 1 คน นักกายภาพบำบัด 6 คน นักโภชนาการ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบการสัมภาษณ์และสอบถามการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 2) แนวปฏิบัติการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตัน ระยะกลาง (Intermediate care) โดยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลนำร่อง ซึ่งกำหนดแผนการดูแลของแต่ละวิชาชีพตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1. การรับประทานอาหาร 2. การอาบน้ำ 3. การล้างหน้าแปรงฟัน 4. การสวมใส่เสื้อผ้า 5. การกลั้นปัสสาวะ 6. การกลั้นอุจจาระ 7. การใช้ห้องสุขา 8. การเคลื่อนที่ 9. การลุกจากเตียงไปเก้าอี้และ 10. การขึ้น-ลงบันได 4) สมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) และ 5) บันทึกการส่งต่อ

ข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ด้านผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ โรคประจำตัว และ (2) คะแนน Barthel Index [BI] แกร็บและวันจำหน่าย ภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้ในโรงพยาบาล การกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย ด้านญาติผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการบริหาร ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ จำนวน 16 ข้อ และด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหาร ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ จำนวน 9 ข้อ แบบ Likert scale มี 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยแต่ละข้อที่คำนวณได้ใช้เกณฑ์การจำแนก ดังนี้ 4.50-5.00 พึงพอใจระดับมากที่สุด 3.50-4.49 พึงพอใจในระดับมาก 2.50-3.49 พึงพอใจในระดับปานกลาง 1.50-2.49 พึงพอใจในระดับน้อย และ 1.00-1.49 พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบการสัมภาษณ์และสอบถามการบริหาร ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 2) แนวปฏิบัติการบริหาร ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โดยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) 4) สมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะ

กลาง (Intermediate care) 5) บันทึกการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ท่าน ทันตแพทย์ และนักกายภาพบำบัด หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ได้เท่ากับ 0.90, 0.96, 1.00, 0.90, 0.92, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และแบบประเมินความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.83, 0.88 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การบริหาร ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย ก่อนดำเนินการปรับปรุงและพัฒนา ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 27 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหญิง ชายและหอผู้ป่วยพิเศษ 14 คน พยาบาลฟื้นฟูสภาพ 1 คน นักกายภาพบำบัด 6 คน นักโภชนาการ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ใช้วิธีการประชุม Focus group 4 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนาครั้งละ 30-45 นาที โดยเปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติจริง ซึ่งจะให้ความสำคัญต่อการรับรู้มุมมองของผู้เกี่ยวข้องและสามารถปรับวิธีการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เน้นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผนที่เกิดจากการคิดร่วมกัน โดยคาดหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง

กระบวนการและผลลัพธ์จากการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

กลุ่มที่ 2 ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหลัก (Caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบของโรคบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในการรักษา ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม ทีมผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญของทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อไปสู่การพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) สะท้อนปัญหาและระดมสมองจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างรูปแบบและจัดกิจกรรมบริการที่เหมาะสม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เน้นการประสานร่วมมือกันของสหวิชาชีพ (2) ประชุมชี้แจงรูปแบบ และขั้นตอนการปฏิบัติแก่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง (3) ศึกษาร่องรอยทดลองปฏิบัติโดยนำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันในระยะกลางที่หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 5 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หลังสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ที่ได้ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนคิดจากการปฏิบัติและนำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้จริงในการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

(Intermediate care) หลังการปรับปรุงแล้ว ณ หอผู้ป่วยสามัญหญิง ชาย และหอผู้ป่วยพิเศษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งจำนวน 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันที่พ้นระยะวิกฤตแล้ว จำนวน 40 ราย และ 2) ญาติหรือผู้ดูแลหลัก ดำเนินการและเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566-เดือนพฤษภาคม 2567

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์และสรุปผลการพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งได้ดำเนินการเสร็จในระยะเวลา 8 เดือน ซึ่งประเมินจาก 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ (1) ค่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index [BI]) (2) ภาวะแทรกซ้อนขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น (3) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ด้านญาติหรือผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ และ 3) ความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index [BI]) แกรับและวันจำหน่าย ด้วยสถิติ paired

t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 035/2566 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัยตามหลักจริยธรรมในมนุษย์ทุกประการ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. รูปแบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง

1. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการบริหารจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย สรุปประเด็นดังนี้

1.1 ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลัก พบว่า (1) โรคหลอดเลือดสมอง มักพบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตเรื้อรัง และส่วนมากมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารหวาน เค็ม รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เป็นต้น (2) ขาดความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการเกิดซ้ำ (3) ต้องการได้รับการเอาใจใส่ ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลกลัวไม่มั่นใจในการดูแลเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ถ้าเป็นไปได้อยากให้คนไข้ดีขึ้นหรือหายจนเป็นปกติ

1.2 สหวิชาชีพ พบว่า (1) การดูแลไม่มีการกำหนดเป้าหมายวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ (2) ไม่มีแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ช่วยให้สหวิชาชีพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (3) ขาดผู้ประสานแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เป็นไป

ตามแนวทางที่กำหนด (4) ขาดการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันของสหวิชาชีพเพื่อทบทวนสรุปประเมินผลการดูแลและการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพในแต่ละระยะ

1.3 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนา เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพ ดังนี้ (1) ควรกำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และสหวิชาชีพ ตั้งแต่แรกเริ่มรวมถึงการค้นหาผู้ดูแลหลักจริงๆ ที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของ ทีมสหวิชาชีพ (3) ควรมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (4) จัดประชุมปรึกษาหารือวางแผนร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. รูปแบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง ประกอบด้วยดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมายและการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลัก และสหวิชาชีพ 2) แนวปฏิบัติการบริหารจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) โดยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง ที่มีรายละเอียดกิจกรรมการปฏิบัติของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องระยะเวลา 7-14 วัน ตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ แพทย์ฝังเข็ม พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ โภชนาการ เภสัชกร แพทย์แผนไทย และนักจิตวิทยา 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และ 4) IMC day หลังสัปดาห์แรกที่รับไว้ดูแล และสัปดาห์สุดท้ายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การนำรูปแบบฯไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์การบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันระยะกลาง (Intermediate care) ที่รับไว้ในหอผู้ป่วย หญิง ชาย และหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 40 ราย ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันระยะกลาง (Intermediate care) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.0 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 77.5 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี (S.D=13.94) นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 85.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.5 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประเภทบัตรทอง ร้อยละ 92.5 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 52.5 รองลงมา

คือไม่มีรายได้ ร้อยละ 40.0 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 45.0 และมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 52.5

3.2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ด้านผู้ป่วย

1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index [BI]) โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแรกรับก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพและวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันระยะกลางหลังได้รับการดูแลในรูปแบบฯ มีคะแนนเฉลี่ย BI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index [BI]) แรกรับก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพและวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n=40)

	แรกรับ		วันจำหน่าย		t	p-value	Mean Difference
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5.275	5.103	8.750	5.754	-6.897	.000	-3.475

2) ภาวะแทรกซ้อนขณะที่เข้ารับการรักษามองในหอผู้ป่วย และการกลับมาพักฟื้น พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันระยะกลาง จำนวน 40 ราย หลังได้รับการดูแลในรูปแบบฯ ไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในหอผู้ป่วย ได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น แต่พบการกลับมาพักฟื้นในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ด้วยภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

3.2.2 ด้านผู้ดูแลหลัก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.0 อายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 40-49 ปี

ร้อยละ 35.0 อายุเฉลี่ย 52.7 ปี (S.D=7.894) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 67.50 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือบุตร ร้อยละ 52.50 มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพในภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.88$, S.D =0.324)

3.3.3 ด้านสหวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.89 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 59.25 อายุเฉลี่ย 31.0 ปี (S.D=6.112) มี

ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 5.11 ปี ($S.D.=2.722$) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 88.89 ปริญญาโท ร้อยละ 7.40 มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพในภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.79$, $S.D.=0.415$) และพบว่าความพึงพอใจรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับ

ไว้ในหอผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อภิปรายได้ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมายและการวางแผนร่วมกันของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลัก และสหวิชาชีพ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเริ่มปฏิบัติตั้งแต่ระยะแรกรับการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องใช้ทักษะการปฏิสัมพันธ์สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจอันเกิดจากกระบวนการสมองและจิตใจ ที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำการต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายทั้งระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีการวางแผนการจัดการตนเองร่วมกัน โดยต้องพิจารณาตามความเหมาะสม และคำนึงถึงความต้องการ ความสนใจของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงสามารถทำได้จริงไม่ยากหรือใช้เวลามากเกินไป และต้องให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความสามารถของตนที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นในระหว่างที่ดูแล

ตลอดเวลา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thompson⁶ พบว่า การสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรู้จักวางแผนชีวิต ร่วมมือในการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะช่วยพัฒนาศักยภาพความสามารถที่มีอยู่ให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

2. แนวปฏิบัติการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) โดยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง ที่เกิดจากการพัฒนาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทำให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะจัดการปัญหาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะจำหน่าย เพื่อจัดลำดับขั้นตอนในการจัดการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเป็นระบบ เห็นได้จากผลการศึกษา พบว่า ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันหรืออุดตันระยะกลาง แรกรับก่อนการใช้รูปแบบฯ และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังได้รับการดูแลในรูปแบบฯ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย BI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.01$) และไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนขณะที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น สอดคล้องกับภันตริ กองทอง⁷ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิกและแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และนางญา เอื้องไพโรจน์ และคณะ⁸ ได้พัฒนาระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันเพิ่มสูงขึ้น และอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลง

3. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลมีความเข้าใจความต้องการพื้นฐานของบุคคลซึ่งเป็นคุณสมบัติเฉพาะ และสามารถร่วมมือปฏิบัติกับบุคลากรอื่นๆได้ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น โดยปฏิบัติงาน 5 วันต่อสัปดาห์ มีบทบาทติดตามข้อมูลส่งต่อกลับผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องผ่านช่องทางโปรแกรมIMC@kkh และStroke@BI ในการเตรียมทีมและความพร้อมรับดูแลผู้ป่วย อีกทั้งคัดเลือกและคัดกรองผู้ป่วย ประเมินปัญหา ความเสี่ยง ความยุ่งยากซับซ้อน ค้นหาผู้ดูแลหลัก และนำข้อมูลที่ได้มาสู่การวางแผนการดูแลร่วมกัน ประสานความร่วมมือสหวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดในแต่ละวันให้เป็นไปตามแผน และติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการดูแล หากไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ หรือพบปัญหาใหม่จะดำเนินการประชุมทบทวนแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้ รวมถึงประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องแก่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับปัทมาพร ชนะมาร⁹ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวาปีปทุม โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นและสถานะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลงได้

4. IMC day เป็นกิจกรรมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพร้อมกันลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและปรึกษาหารือร่วมกันหลังสัปดาห์แรกที่ได้รับผู้ป่วยไว้ดูแล

และสัปดาห์สุดท้ายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสรุปความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค รวมถึงการวางแผนต่อเนื่องในระยะยาวโดยการประยุกต์ใช้ ICF Model ซึ่งกิจกรรมนี้จะให้ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก บุคลากรพ.สทที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้เข้ามาร่วมรับทราบข้อมูล รวมถึงสะท้อนความต้องการ การสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการออกแบบวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อผู้ดูแลหลักจะได้คลายความกังวลและความวิตกกังวล มีความมั่นใจสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin SP, et al.¹⁰ ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการประชุมแบบรวมกลุ่มทีมสหวิชาชีพประจำในโรงพยาบาล พบว่า ช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการรักษาลดความผิดพลาดทางคลินิกที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย และช่วยปรับปรุงการทำงานเป็นทีมให้ดีขึ้น

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index [BI]) แรกรับก่อนใช้รูปแบบและวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันหรืออุดตันระยะกลางมีคะแนนเฉลี่ย BI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องมาจากทีมสหวิชาชีพได้ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบและวางแผนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะแรกรับเพื่อตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนร่วมกัน ประเมินความมั่นใจที่จะทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมคาดการณ์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น สนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะต่างๆเป็นรายบุคคล จนเกิดความมั่นใจ รวมถึงค้นหาวิธีการจัดการตนเอง อีกทั้งสหวิชาชีพได้มีการดำเนินกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) โดยสหสาขาวิชาชีพที่ได้ร่วมพัฒนาขึ้น ซึ่งมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ที่

คอยให้กำลังใจ กำกับ ติดตาม ประเมินผล และ ประสานงานการดูแลของทีมสหวิชาชีพ เมื่อเกิดปัญหา หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ อกันตริ กองทอง⁷แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติการ พยาบาลตามแนวทาง แผนการดูแล การประสาน การ สนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยการสอน เป็นรายบุคคล รวมถึงการนิเทศติดตามของพยาบาล ผู้จัดการ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้มากขึ้น

2. ภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้ในหอผู้ป่วยไม่พบ อุบัติการณ์และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ด้วยการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ เห็นได้ว่ามีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบริหาร ฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาขึ้น สหวิชาชีพได้มีการปฏิบัติ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติการดูแลที่มีความชัดเจน ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในแต่ละวันตั้งแต่วัน แรกจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้อง กับปัญหาการดำเนินโรคและความต้องการของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลัก สามารถปฏิบัติให้การดูแลขณะอยู่ในหอผู้ป่วย ด้วย การสอนสาธิต ฝึกทักษะ และทวนซ้ำจนเกิดความรู้ และความมั่นใจ อีกทั้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ ติดตาม กำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการ ฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเฉพาะราย รวมถึงการ สรุปรูปปัญหา อุปสรรคและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจาก กิจกรรม IMC day จึงทำให้สามารถป้องกันและลด ภาวะแทรกซ้อนลงได้

นอกจากนี้พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อ รูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย ทราบ แนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการ จัดการปัญหาอุปสรรค ทำให้เกิดความมั่นใจและ ภาคภูมิใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับสาย

นาท พลไชโยและคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความ พึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิใน ระดับมากที่สุด และสหวิชาชีพ พบว่า มีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากการได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการออกแบบการพัฒนาร่วมกัน มีการสื่อสารที่ดี กำหนดบทบาทและกิจกรรมในการ ดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้เกิดภาพลักษณ์คุณค่าของ การทำงานเป็นทีมที่แท้จริง สะท้อนได้จากผลลัพธ์ที่ดี ของผู้ป่วย สอดคล้องกับเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และ จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ¹² บุคลากรสหวิชาชีพมีความพึง พอใจมากและภาคภูมิใจต่อการมีส่วนร่วมในการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบการบริหารฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย โดยการ มีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและสหวิชาชีพ ไปขยายต่อ ในหน่วยงานอื่นๆที่บริบทคล้ายคลึงกัน
2. การนำรูปแบบการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพฯ นี้ไปใช้กับผู้ป่วยระยะกลางโรคอื่น เช่น กระดูกสะโพก หักในผู้สูงอายุ หรือการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง อาจมี ข้อจำกัดเรื่องแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีการ ประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย
3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลการ ปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อไปอยู่ที่บ้านของผู้ดูแล หลักและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว 3 เดือน และ 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณา

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และกลุ่มตัวอย่างทุก
ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่าน

ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไป
ได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร; 2559.
2. World Stroke Organization. (Stroke/Cerebrovascular Disease [CVD]/Cerebrovascular Accident [CVA]) [Internet]. [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/global-declaration-on-stroke-commitments-for-facing-stroke-new-delhi-india-september-8th-2023>
3. สมชาย ไทวนะบุตร, สุขชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิ์ศักดิ์, ธเนศ เต็มกลิ่นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตนใส และจิตาภา ตรียเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=376
4. ัญญลักษณ์ ขวัญสนธิ. ผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31(4): 723-732.
5. ภัสรี พัฒนสุวรรณ. ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับชุมชน. ASEAN J Rehabil Med 2562; 29(1): 8-13.
6. Thompson S. Effect of the rehabilitation setting on motivation and clinical outcomes poststroke-apilot study [dissertation]. New Zealand: University of Otago; 2012.
7. อภันตรี กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข 2565: 1-17.
8. นาฏยา เอื้อองโพรจน์, ชนกวพร อุตตะมะ, จรรยา กาวีเมือง และปรีชาดิ ชันทรักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2564; 48(1): 1-14.
9. ปัทมาพร ชนะมาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2566; 7(14): 13-29.
10. Lin SP, Chang CW, Wu CY, Chin CS, Lin CH, Shiu SI, et.al. The Effectiveness of Multidisciplinary Team Huddles in Healthcare Hospital-Based Setting. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2022; 15 2241-2247.
11. สายนาท พลไชโย, อมรรธรรม มาแสง และบังอร เกิดแก้ว. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2661; 26-35
12. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช สุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 21(1):4-21.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

Results of the program to develop the elderly of caregivers with long-term
dependency, Mueang District Chachoengsao Province.

(Received: April 10,2025 ; Revised: April 16,2025 ; Accepted: April 18,2025)

อาภรณ์ สิงห์ชาดา¹
Aphorn Singhachada¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตามแนวคิดของ Gibson กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วัดผลการทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 35 คน รวม 70 คน โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเพิ่มพลังอำนาจ แบบสัมภาษณ์ โปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาการฝึก 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบ paired t test และ independent t-test.

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมการรับรู้พลังอำนาจ และมีคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าระยะก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to develop and to examine an empowerment program using Gibson's concept of empowerment for the elderly dependent in Mueang District, Chachoengsao Province. The participants consisted of 70 elderly dependent people, who were simple random sampling to one of two groups (35 per group). The research design was pre-test and post-test control group design. The experimental group empowerment used Gibson's concept of empowerment program and the control group used the standard long-term care guidelines for elderly people. Instruments included 1) the empowerment program, a program consisting of 5 activities lasting over 6 weeks; 2) an interview form. Data were analyzed by descriptive statistics and analytic statistics, including a paired t test and an independent t-test.

Results showed that the experimental groups presented significant increases in total mean scores of perceived empowerments (PE) and health care behaviors (HCB) after 6 weeks of the training program. Moreover, the mean scores for PE and HCB in the experimental group were significantly higher than in the control group after 6 weeks of training program

Key words: Empowerment program, Elderly Dependency, Caregiver

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

ประเทศไทยได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวม จะก้าวสู่สังคมของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อีกใน 10 ปีข้างหน้า โดยคาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583¹ จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชน จากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ² ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้อย่างจำกัด ส่งผลให้มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามีอยู่ในภาวะตั้งรับและมีอย่างจำกัด โดยมีลักษณะการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการสร้างระบบการดูแลระยะยาว ที่มีมาตรฐาน โดยได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จคือ ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลด้านสุขภาพ และได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์³ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ⁴

อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 23.60 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) จากผลการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (The Barthel ADL Index) พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 2.12⁵ จากการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่าร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู ส่งเสริม

สุขภาพ ป้องกันโรค ประกอบกับโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงมีมาตรฐานตามหลักสูงขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่สูงขึ้นด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลที่ได้มาตรฐาน จำเป็นต้องมีการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁶ นอกจากนั้น ผลทบทวนเอกสารทางวิชาการยังพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดค่อนข้างสูงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดโปรแกรมการเพิ่มกำลังใจและการให้การสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง⁷

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามความเหมาะสม กับตนเองและ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีคุณค่าและมีประสิทธิภาพ⁸ โดยนำกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ พัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้รับรู้พลังอำนาจตนเอง และสามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Control Group Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีกรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁸ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว³ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ Statistical Test แบบ Means: Difference Between Two Independent Means (Two Groups) วิเคราะห์และคำนวณ Effect Size จากงานวิจัยของ⁹ คำนวณค่า Effect Size ได้เท่ากับ 0.84 และค่าแอลฟา (Alpha) .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ 0.84 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 60 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเพิ่มเป็นจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน โดยทำการสุ่มเลือกตัวอย่าง โดยการจับฉลากอย่างง่าย เกณฑ์การคัดเลือกรวมผู้ร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) เกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 4 เกณฑ์ คือ (1) เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มาแล้วอย่างน้อย 1 ปีมากที่สุด (2) อายุระหว่าง 20-59 ปี (3) เป็นบุคคลในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือญาติของผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน (4) การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้ตามปกติ การได้ยินปกติ และ

(5) ไม่ได้รับค่าจ้างเป็นค่าตอบแทน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ (1) ผู้ดูแลเจ็บป่วยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล จนไม่สามารถเก็บข้อมูลตาม กำหนดเวลาที่กำหนดได้ และ (2) ผู้ดูแลไม่อยู่ในสถานะของผู้ดูแลอันเนื่องมาจากปัจจัยที่เกิดจากผู้สูงอายุ ได้แก่ การเสียชีวิต การเจ็บป่วยผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้

เครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามความเหมาะสมกับตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีคุณค่าและมีประสิทธิภาพ แบ่งกิจกรรมการเรียนรู้ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง 3) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ คือ การสร้างและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล 4) การฝึกอบรมใช้การประชุมกลุ่ม การบรรยาย การทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การสาธิต และ 5) การอภิปรายโดยผู้วิจัยและทีมวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ระยะเวลาในการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว บุคคลอื่นในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลรอง การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวโดยพัฒนาจากแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของ มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้ประเมินตามระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้

5 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในระดับมาก

3 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในระดับน้อย

1 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ในระดับน้อยที่สุด

การแปลผลพิจารณาคะแนนระดับการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน รายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของ Best¹⁰

เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวมการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง อยู่ในระดับสูง

คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแลตามกรอบแนวคิด Domains of Palliative Care¹¹ คำถาม

แบบเลือกตอบปลายปิดให้เลือกตอบ จำนวน 28 ข้อ แบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ให้ประเมินตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยมาก ที่สุดหรือเป็นประจำ

4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมบ่อยมาก

3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

การ แปลผล พิจารณา คะแนน ระดับ พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแล เป็นรายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้ เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของ Best¹⁰ เกณฑ์การแปลผลคะแนนภาพรวมพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับดี

คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้น แล้วนำเครื่องมือเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content) และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือเพื่อใช้ในการสุ่มตัวอย่างซึ่งผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่า ข้อคำถามแต่ละข้อ โดยได้เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อเท่ากับ 1.00 ด้านความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึงพิงระยะยาว ทดลองใช้ (Try out) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ใน อำเภอบ้านโพธิ์ จำนวน 30 คน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับที่ยอมรับได้ ($\alpha = .880$) และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแลในระดับที่ยอมรับได้ ($\alpha = .820$)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired samples t-test การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโครงร่างการวิจัยที่ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 095/2567 ลงวันที่ 10 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เขตอำเภอมะเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.30 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 36-59 ปี ร้อยละ 54.30 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 45.70 ระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี ร้อยละ 34.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 40.00 รายได้เฉลี่ย 13220.00 บาทต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.60 มีความสัมพันธ์เป็น

สามี/ภรรยากับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 51.40 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เฉลี่ย 19.62 ชั่วโมงต่อวัน อยู่ในช่วง 13-24 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 71.40 ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 65.70 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 74.30 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างคุณลักษณะทางประชากรทั้งสองกลุ่ม โดยการทดสอบ Chi square test ก่อนการทดลอง พบว่าคุณลักษณะทางประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อยู่ในระดับปานกลาง ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลแตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของ

ผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ระยะก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ระยะหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 องค์กรประกอบ โดยใช้การทดสอบค่าที แบบอิสระ (Independent t-test) พบว่าระยะก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกัน ระยะหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Gibson โดยจัดกิจกรรม 5 กิจกรรม มีความเหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมจากการสังเกตการจัดกิจกรรมการทดลองพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความสนใจกิจกรรมการเรียนรู้เชิงลึก โดยเฉพาะกิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลได้เรียนรู้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว กิจกรรมการสะท้อนความคิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพมากขึ้น เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแล เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตนเอง

ในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ดังคำกล่าวของอาสาสมัครท่านหนึ่งว่า “ฉันพึ่งเข้าใจว่าป้า..น่าสงสารมาก เห็นว่าลูกหลานดูแลดี พอมาเห็นจริง ๆ แก่น่าสงสารมาก ฉันว่าจะอาสาช่วยดูแลเอง” จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gipsen สามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทราได้ สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวที่ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหา⁸

ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ในระยะหลังการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จะเห็นได้จากโปรแกรมเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล มีการสอน สาธิต ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วม สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เกิดความเข้าใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับบทความทางวิชาการเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความอดทนในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้¹² และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับการใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson พบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนของผู้ดูแล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม¹³ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง¹⁴ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Gibson สามารถเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจ และเพิ่มพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วย

โรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแลได้

ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแลได้ในระยะหลังการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จะเห็นได้ว่าโปรแกรมเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะราย (Personalized) และมีกิจกรรมการเสริมพลังให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานได้ในสถานะที่เป็นจริง มีความต่อเนื่องและมีคุณภาพ ทั้งด้านการสนับสนุนค่าตอบแทน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลได้ถูกต้องยั่งยืน ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลกลุ่มเป้าหมายได้ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (14) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง¹⁵ ผู้สูงอายุ¹⁶ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเมื่อผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้สามารถปรับตัว แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้อย่างต่อเนื่อง

2. ผลการศึกษาที่ได้ควรมีการนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้เป็นข้อมูลใช้ในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และใช้ในการวางแผนปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะยาว ในระยะ 6 เดือน และ ระยะ 1 ปี รวมถึง การศึกษาตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ควรทำการศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถของผู้ดูแลในระยะยาว และนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. ควรนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ซึ่งเป็นแบบจำลองการจัดการ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบในการจัดการโปรแกรมในระดับอำเภอ จังหวัด

4. ควรบูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เข้าไปในกระบวนการอบรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized (11 August 2005).
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2564). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 120 p.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2564). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
4. Sakanashi S, Fujita K.(2017). Empowerment of family caregivers of adults and elderly persons: A concept analysis. International journal of nursing practice. 23(5).

5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. In: กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ, editor. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. p. 216.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.(2567). รายงานสาธารณสุขประจำปี 2567 ฉะเชิงเทรา.
7. McHugh M, Munsterman E, Cho H, Naylor MD.(2025). Effective Solutions for Caregivers of Older Adults: A Review of Systematic Reviews. Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society. 7334648241312999.
8. Gibson JP, Hamrick JL.(1991). Genetic diversity and structure in Pinuspungens (Table Mountain pine) populations. Canadian Journal of Forest Research. 21(5):635-42.
9. ธาราทิพย์ ไชยวูธ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี.(2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ม.ป.ท. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. Bramble WJ. Reviews: Best, John W.(1971). Research in Education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Publishers, 1970. 399 + x pp. \$8.95. American Educational Research Journal. 8(4):679-82.
11. Anderson EW, Frazer MS, Schellinger SE.(2017). Expanding the Palliative Care Domains to Meet the Needs of a Community-Based Supportive Care Model. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 35(2):258-65.
12. อารญา ชัยมหา.(2567). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 5(6):41-52.
13. อัครา ฤๅชา, สุบิน สมิน้อย, วิภาดา คณะไชย, สาคร บุบผาเฮ้า, รัชชะฎา ธารจันทร์.(2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย. 2563(1):41-56.
14. น้าทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย.(2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดีจังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 24(2):46-58.
15. จริญญา ดาก้า.(2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
16. ธีรารณณ์ แสนเยย.(2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 เคส NURSING CARE OF PATIENT STROKE: CASE STUDY OF 2 CASES

(Received: April 21,2025 ; Revised: April 26,2025 ; Accepted: April 27,2025)

จรินทร์ ตันตุลา¹
Jarinthron Tantula¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี อาการสำคัญ มีอาการเกร็งแขนขา 2 ข้าง ไม่พูด ขณะนั่งดูทีวี ก่อนมาโรงพยาบาล 20 นาที ได้รับการวินิจฉัยเป็น ischemic stroke กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 48 ปี อาการสำคัญ ซึมไม่พูด แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 72ปี มาด้วยอาการ มีอาการแขนขา 2 ข้างเกร็งอ่อนแรง ไม่พูด มีมอมตาม มีอุจจาระราด เป็นมา 20 นาที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 48 ปี มาด้วยอาการปัสสาวะ อุจจาระราด มีลิ้นแข็ง ไม่พูด มีแขนขาด้านขวาอ่อนแรง เป็นมา 1 ชั่วโมง จะเห็นได้ว่าการพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญคือ การประเมินคัดแยกและระดับความเร่งด่วน (Triage)โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการคัดแยกเป็นความเร่งด่วน ระดับ 2 และความเร่งด่วนระดับ 1 ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลทุติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า ภายใน 30 นาที และ 35 นาที ตามลำดับเพื่อทำ CT scan และให้การรักษาย่างเร่งด่วน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง , การประเมินผู้ป่วย, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for patients with cerebrovascular disease: a case study of 2 cases. The study included 2 stroke patients who were admitted to Nongnakham Hospital. Data were collected from outpatient medical records and emergency patient assessment forms, patient and family interviews, and observation. Data were analyzed to compare risk factors for the disease, pathology, symptoms and signs, treatment, nursing problems and diagnoses, and nursing outcome assessment. Case study 1: A 72-year-old Thai male patient with major symptoms of stiffness in both arms and legs and no speech while watching TV. He was diagnosed with ischemic stroke 20 minutes before coming to the hospital. Case study 2: A 48-year-old female patient with major symptoms of lethargy and no speech and weakness in the right limb 1 hour before coming to the hospital. She was diagnosed with intracerebral hemorrhage.

The results of the study found that patient 1, a 72-year-old male, came with symptoms of stiffness and weakness in both arms and legs, no speech, following with eyes, and leaking feces for 20 minutes. Patient 2, a 48-year-old female, came with symptoms of leaking urine and feces, a stiff tongue, no speech, and weak right limbs for 1 hour. It can be seen that the important nursing care during the critical emergency phase of stroke patients is the assessment and triage of the level of urgency. Both patients were triaged to level 2 and level 1 urgency and were transferred to a secondary hospital with higher potential within 30 minutes and 35 minutes, respectively, for a CT scan and urgent treatment.

Keywords: Stroke, Patient Assessment, Nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองนาคำ จ.ขอนแก่น

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นกลุ่มของอาการที่เกิดขึ้นเมื่อระบบประสาทในสมองประสบปัญหา หรือมีความผิดปกติที่ส่งผลให้มีการเสียหายที่สมองเกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น บาดเจ็บ เนื้องอก และการติดเชื้อในสมอง ทั้งนี้ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการจะเกิดขึ้น และหายไปภายใน 24 ชั่วโมง¹ โรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งเป็นสอง ประเภทหลัก คือโรคหลอดเลือดสมองแบบภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแบบภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองแบบภาวะสมองขาดเลือดมีการเกิดขึ้นบ่อยที่สุดร้อยละ 80 ในขณะที่โรคหลอดเลือดสมองแบบภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้นน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 20 อาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรือขาครึ่งซีก มองไม่เห็นครึ่งซีก พูดจาไม่ชัด กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก หรือไม่รู้สึกรับสัมผัส เป็นต้น อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดจะสัมพันธ์กับตำแหน่งการขาดเลือด ความรุนแรงขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ หรือการทรงตัว ไม่ดี เป็นต้น ขณะที่โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง อาการแสดงมักเกิดขึ้นขณะที่ทำกิจกรรม และเกิดขึ้นทันที ผู้ป่วยจะซึมหรือหมดสติเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว อาการแสดงที่ตามมา ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียนและอาเจียน เป็นต้น²

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญของโลกและในประเทศไทย จากผลการศึกษาอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(Stroke)ประเทศไทย ข้อมูลจากสำรวจกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2562-2566 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 53.0 ,52.8, 55.5 ,58.0,และ 58.3 คนต่อประชากร แสนคน ตามลำดับ³ และจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากร ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 ล้านคน (ทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน และยังพบว่าผู้ป่วย intracerebral hemorrhage มีโอกาสเสียชีวิตสูงมากกว่าผู้ป่วย ischemic stroke หลายเท่า ซึ่งปัจจัยเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูง และการเต้นหัวใจผิดปกติ atrial fibrillation (AF) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ เป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องร่วมมือกัน รณรงค์และคัดกรองในกลุ่มดังกล่าว และสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ทันเวลา และในกลุ่มผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ได้รับการผ่าตัดสมอง เพื่อนำก้อนเลือดออกจากเนื้อสมอง ปัจจุบันการพัฒนา ระบบบริการ stroke fast track มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญ⁴

ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการถาวร ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตฉุกเฉิน โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) การดูแลขณะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital care) และการส่งต่อ (Transfer) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงาน

อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ได้รับการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานและมีคุณภาพพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบทบาทอิสระ บทบาทวิชาชีพ และการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพโดยไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ทั้งที่มีภาวะ ischemic stroke และ intracerebral hemorrhage เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองนาคำ อ.หนองนาคำ จ.ขอนแก่น พ.ศ. 2667 จำนวน 2 ราย โดยศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วัยก่อนถึงโรงพยาบาล จนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะ ก่อนส่งต่อ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแบบบันทึกผู้ป่วยฉุกเฉิน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การติดตามcase และใช้ 7 Aspects to care ในการวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายดังรายละเอียดต่อไปนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชายไทย สถานภาพสมรส อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ ในวันที่ 10 ธันวาคม 2567 เวลา 09.57 น. มาด้วยอาการ มีอาการแขนขา 2 ข้างเกร็งอ่อนแรง ไม่พูด มีมอมตาม มีอุจจาระราด เป็นมา 20 นาที จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินให้ระดับความเร่งด่วน ESI 2 มีโรคประจำตัวผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจบนเต้นผิดจังหวะ Premature atrial complex (PAC) รับประทานยาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ ผู้ป่วยมีรูปร่าง สมส่วน น้ำหนัก 72 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร BMI 24.91 มีประวัติเคยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อปี 2555 ขณะขึ้นเวรซึกประวัติคัดกรองที่ opd ประเมินแรกพบผู้ป่วยไม่พูด ถามไม่ตอบ ลืมตาเองได้ มีอ่อนแรงแขนขาสองข้าง พยาบาลคัดกรองจึงรีบนำส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน แรกพบผู้ป่วยรู้สึกตัว มีลิ้นแข็ง ไม่พูด แขนขาอ่อนแรง 2 ข้าง Glasgow coma scale 11 คะแนน (E4V1M6) มี Pupil 3 mm reaction to light BE, Motor power แขนขาข้างซ้าย Gr 4 แขนขาข้างขวา Gr 4 No facial palsy ประเมิน NIHSS แรกพบ 7 คะแนน อุณหภูมิ 36.8 C ชีพจร 54 bpm หายใจ 22 bpm ความดันโลหิต 198/102 mmHg ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (RA) ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic stroke (Fast track) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr เจาะ DTX 179 mg%, ATK negative , CBC ,BUN,Cr, Electrolyte ,PT,INR (ผล lab ทุกตัวปกติ) ผล EKG :NSR ,CXR ปกติ จัดทำนอนสปีรซ์สูง 30 องศา แพทย์เวร Consult แพทย์ รพ.ชุมแพ รับRefer เป็น Stroke fast track ก่อนส่งต่อ Refer โรงพยาบาลชุมแพ เวลา 10.30 น.รวมระยะเวลาตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยจนถึงนำส่งผู้ป่วยใช้เวลา 30 นาที จากการติดตามอาการ CT Brain พบ RT hemiparesis c Global Aphasia ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทันเวลา นอนรักษาที่ โรงพยาบาลชุมแพ 9 วันเพื่อ

ควบคุมความดันโลหิต อาการดีขึ้นกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพจนผู้ป่วย กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีอ่อนแรง ใช้เวลา 3 เดือน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 เป็นผู้หญิง อายุ 48 ปี วันที่ 20 ตุลาคม 2567 รับแจ้งจาก 1669 ว่า มีผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 48 ปี มีอาการปัสสาวะ อุจจาระราด มีลิ้นแข็ง ไม่พูด มีแขนขาอ่อนแรง เป็นมา 1 ชั่วโมง มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ทีม advance ถูกเฝ้าดูผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุให้ระดับความรุนแรงตัว ESI 1 โดยประเมินและการดูแลตามหลัก ABCD นำส่งโรงพยาบาลหนองนาคำ แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน เวลา 15.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว Glasgow coma scale 9 คะแนน (E4V1M4) Pupil 2mm reaction to light BE , left facial palsy , global aphasia , Motor power แขนขาข้างซ้าย Gr 2 แขนขาข้างขวา Gr 4 , ประเมิน NIHSS 19 คะแนน อุณหภูมิ 36.9 °C ชีพจร 86 bpm หายใจ 20 bpm ความดันโลหิต 189/ 113 mmHg ความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 99 % (RA) ชักประวัติจากญาติ พบว่าสังเกตเห็น ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะ อุจจาระราด มีลิ้นแข็ง ไม่พูด มีแขนขาอ่อนแรง เป็นมา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 52 สูง 159 เซนติเมตร BMI 20.56 มีประวัติ เป็น Hemorrhagic stroke S/P Craniotomy c clot remove ที่โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อปี 2565

หลังจากนั้นอาการปกติดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีประวัติในครอบครัวมารดาเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยเป็น (intracerebral hemorrhage) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ET Tube ใส่สายสวนปัสสาวะ จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr เจาะ DTX 86 mg%, ATK negative , CBC ,BUN,Cr, Electrolytes ,PT,INR (ผล lab ทุกตัวปกติ) ผล EKG :NSR ,CXR ปกติ แพทย์เวร Consult แพทย์ รพ. ขอนแก่น รับ Refer เป็น Stroke fast track ก่อนส่งต่อ Refer โรงพยาบาลขอนแก่นเวลา 14.35 น. รวมระยะเวลาตั้งแต่ การประเมินผู้ป่วยจนถึงนำส่งผู้ป่วยใช้เวลา 35 นาที จากการติดตามอาการ CT Brain พบ Acute intracerebral hemorrhage Lt BGH ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อควบคุมความดันโลหิต และทำกายภาพฟื้นฟู สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ on NG Feeding และส่งต่อมา Admit รักษาต่อที่โรงพยาบาลภูเวียง อาการดีขึ้นกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพจนผู้ป่วยสามารถ กินข้าวได้เอง ใช้งานซึกซ้ายได้ พูดคุยรู้เรื่อง เริ่มพูดชัดขึ้น แต่ตอนปัสสาวะ/อุจจาระ ต้องใช้แพมเพิส ใช้ระยะเวลาในการรักษา 3 เดือน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี - มีประวัติเป็นโรคหัวใจบนต้นผด จังหวะ Premature atrial complex (PAC) รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหนองนาคำ - มีประวัติครอบครัว มารดาเป็นความดันโลหิตสูง - ค่า BMI 24.91	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 48 ปี - มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (HT) และโรคหลอดเลือดสมอง - เคยมีประวัติผ่าตัดสมองเมื่อปี 2565 - ประวัติ ครอบครัวมารดาเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง - ค่า BMI 20.56	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความคล้ายกันคือ มีโรคประจำที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่มีมารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูล ดังกล่าวภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็วขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย พบว่า 35-

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	-มีประวัติสูบบุหรี่ทุกวัน วันละ ประมาณ 20 มวน		73%ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ⁴ และมีความแตกต่างกัน เรื่อง เพศ อายุ และประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายที่ 1 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค หลอดเลือดสมองตีบ มีประวัติเป็นโรคหัวใจบนต้นผิศจังหวะ Premature atrial complex (PAC) รักษาต่อเนื่องรับยาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ มีการกินยาไม่สม่ำเสมอ มีลิ้มกินยาบ้างเป็นบางวัน จากข้อมูลดังกล่าวโรคหัวใจบนต้นผิศจังหวะ Premature atrial complex (PAC) ทำให้เกิดภาวะที่หัวใจห้องบนทำงานไม่ปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดลิ้มเลือดในหัวใจเมื่อลิ้มเลือดเหล่านั้นไปอุดตันในเส้นเลือดที่สมองจึงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองอุดตัน ⁶ และปัจจัยเรื่องเพศ เพศชาย จากรายงานในต่างประเทศพบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า เพศหญิงประมาณ 1.25 เท่า ¹⁰ และปัจจัยเรื่องการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่วันละ 20 มวน/วัน ซึ่งบุหรี่ มีสารที่ชื่อว่า นิโคตินจะออกฤทธิ์ต่อผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดตีบ ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย รวมทั้งสมองลดลง และทำให้เกล็ดเลือดจับตัวกันเป็นลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้นและอาจนำไปสู่การเกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมองได้ ¹¹ ผู้ป่วยรายที่ 2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก คือผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก เคยผ่าตัดสมองแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าคนปกติ ⁵
2. พยาธิสภาพ และ อาการ แสดง	- Glasgow coma scale 11 คะแนน (E4V1M6) มี Pupil 3 mm reaction to light BE, Motor power แขนขาข้างซ้าย Gr 4 แขนขาข้างขวา Gr 4 No facial palsy ประเมิน NIHSS แกร็บ 7 คะแนน -CT Brain พบ RT hemiparesis c Global Aphasia	- Glasgow coma scale 9 คะแนน (E4V1M4) Pupil 2 mm reaction to light BE , left facial palsy , global aphasia , Motor power แขนขาข้างซ้าย Gr 2 แขน ขาข้างขวา Gr 4 , ประเมิน NIHSS 19 คะแนน - CT Brain พบ Acute cerebellar infarction at left cerebella hemisphere	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงแตกต่างกันตามพยาธิสภาพ โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 เป็นหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน เกิดจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบ ประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เกิดจากหลอดเลือดเปราะบางร่วมกับมีภาวะ ความดันโลหิตสูงและการสะสมของ ไขมันในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือด แตกง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ รุนแรง เสียชีวิตได้ง่าย ⁵
3.การรักษา	-CBC ,BUN,Cr, Electrolyte ,PT,INR ,DTX,ATK -EKG ,CXR	-ON ET TUBE เบอร์ 7 ซีด 20 -CBC ,BUN,Cr, Electrolyte ,PT,INR ,DTX,ATK -EKG ,CXR	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงแตกต่างกันตามพยาธิสภาพ โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 เป็นหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากการติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	- On 0.9 NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr - Consult แพทย์ รพ.ชุมแพให้ให้รับ Refer Stroke fast track	- On 0.9 NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr - Consult แพทย์ รพ.ขอนแก่น ให้รับ Refer Stroke fast track	รับการรักษาที่ต่างกันตาม พยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษารายที่ 1 วินิจฉัย Ischemic Stroke ประเมิน Stroke Fast Track ส่งต่อโรงพยาบาล ชุมแพ ได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วินิจฉัย Intracerebral Hemorrhage ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative) ไม่ได้ผ่าตัดอีกรอบ เนื่องจากเคยผ่าตัดสมองไปแล้ว เมื่อปี 2565
4.ปัญหาและข้อ วินิจฉัย ทาง การพยาบาล	1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดแดง ที่มาเลี้ยงสมอง 2.มีโอกาสเกิดความดันใน กระโหลกศีรษะสูง (IICP)จากภาวะสมองขาดเลือด 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อ สมองได้รับออกซิเจน ไม่เพียงพอเนื่องจากมี เส้นเลือดในสมองแตก 2.มีโอกาสเกิดความดัน ใน กระโหลกศีรษะสูง (IICP)จากภาวะสมอง ขาดเลือด 3. ผู้ป่วยและญาติมีความ วิตกกังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย ทั้ง 2 รายใน ระยะวิกฤติมีความ คล้ายกันเนื่องจากมีพยาธิสภาพของ หลอดเลือดสมอง แต่กิจกรรมการพยาบาล แตกต่างกันตามความรุนแรง ของโรค และด้วยอายุที่ต่างกัน ใน กรณีศึกษารายที่ 1 - กิจกรรมการพยาบาล ให้นอนศีรษะ สูง 30 องศา เพื่อลดแรงดันใน กระโหลกศีรษะ - ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที หลังได้ยาลดความดัน ดูแลให้ได้รับ สารน้ำตามแผนการรักษา - ดูแลให้ ออกซิเจน cannula 3 LPM ตาม แผนการรักษา NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr - จัดเตรียมยา/เวชภัณฑ์ให้พร้อมขณะ นำส่งผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 2 - เตรียมผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ET Tubeให้ข้อมูล แก่ญาติเกี่ยวกับโรคและแนว ทางการรักษา suction clear air way ใส่สายสวนปัสสาวะ จัดทำนอนศีรษะ สูง 30 องศา - ดูแลให้สารน้ำ NSS 100 ml vein drip 80 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP ตามแผนการรักษา สามารถนำส่ง ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทั้ง 2 ราย

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์การปฏิบัติติดตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) ในการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่ามีการปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกที่เหมือนกันทั้ง 7 ข้อ

1. การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินแรกรับตามเกณฑ์การคัดกรอง (Triage) รายที่ 1

ESI (Emergency Severity Index) อยู่ใน ระดับ 2 ให้การดูแลอย่างถูกต้องรวดเร็วตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG : Stroke Fast Track) และผู้ป่วยรายที่ 2 ESI อยู่ในระดับ 1 ให้การดูแลอย่างถูกต้องรวดเร็วตามหลัก ABCD

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ผู้ป่วย รายที่ 1 มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน จากภาวะความดัน

โลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG : Stroke Fast Track) โดยมีการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr เพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ มีการติดตาม monitor BP ทุก 15 นาที อาการปวดศีรษะ วิงเวียนลดลง นำส่ง โรงพยาบาลชุมแพอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยมีเสมหะมาก ดูดเสมหะให้เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ มีการติดตาม monitor BP ทุก 15 นาที ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP

3. การดูแลความปลอดภัย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงและมีการเกิดพยาธิสภาพที่สมอง การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การควบคุมการให้สาร น้ำทางหลอดเลือดดำให้ได้รับปริมาณตามที่แพทย์สั่งการให้ออกซิเจน ขณะนำส่ง การเตรียมความพร้อมของรถพยาบาลในการ นำส่งผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน จากภาวะความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG : Stroke Fast Track) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr จัดท่านอนศีรษะสูง monitor BP ทุก 15 นาที อาการปวดศีรษะวิงเวียนลดลง นำส่งโรงพยาบาลชุมแพอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับ เครื่องช่วยหายใจ จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยมีเสมหะมาก ดูดเสมหะให้ เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ

monitor BP ทุก 15 นาที ดูแลให้สารน้ำ NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr เพื่อลดภาวะ IICP

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การ ติดตามสัญญาณชีพ อย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือได้ ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมแพและโรงพยาบาลขอนแก่น อย่างปลอดภัย

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จากการติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 2 รายเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่รวดเร็ว นำส่งโรงพยาบาลชุมแพและขอนแก่นอย่างปลอดภัย และพยาบาลได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยกับญาติ เป็นระยะๆ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการ ดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ไว้วางใจต่อการรักษาและผลการรักษาที่ได้รับ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 72 ปี มาด้วยอาการมีอาการแขนขา 2 ข้างเกร็งอ่อนแรง ไม่พูด มีมองตามมือจากระบาด เป็นมา 20 นาที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 48 ปี มาด้วยอาการปัสสาวะ อุจจาระราด มีลิ้นแข็ง ไม่พูด มีแขนขาอ่อนแรง เป็นมา 1 ชั่วโมง จะเห็นได้ว่าการพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญคือ การประเมินคัดแยกระดับความเร่งด่วน (Triage) โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการคัดแยกเป็นความเร่งด่วน ระดับ 2 และความเร่งด่วนระดับ 1 ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลทุติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า ภายใน 30

นาที และ 35 นาที ตามลำดับเพื่อทำ CT scan และให้การรักษาย่างเร่งด่วน การพยาบาลที่สำคัญในขณะนี้คือการพยาบาลระยะส่งต่อ ซึ่งต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การติดตาม สัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลส่งต่อต้องสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ พยาบาลส่งต่อต้องเตรียมเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ระหว่างส่งต่อให้เหมาะสม เพียงพอ และพร้อมใช้อยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะส่งต่อ ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง^{4,6}

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (Stroke Fast Track)

1.1 จัดทำแนวทางการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนโดยใช้ หลัก BEFAST (BALANCE, Eyes, Face, Arm, Speech, Time)

1.2 อบรมบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครให้สามารถคัดกรองเบื้องต้นและส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

1.4 รมรณรงค์ใช้ระบบช่องทางด่วนของ 1669 ให้มากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ได้รับการดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล อย่างปลอดภัย

2. การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

2.1 อบรมบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐาน (Guideline-based Stroke Care)

2.2 จัดให้มีการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

2.3 พัฒนาความร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากร

3. การปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

3.1 จัดให้มี Stroke Unit หรือพื้นที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะ

3.2 พัฒนาแนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia Screening) การป้องกันแผลกดทับ และการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น

3.3 ใช้เทคโนโลยีทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้คำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง

4. การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

4.1 จัดตั้งคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Clinic) ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามอาการ

4.2 ให้คำแนะนำด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น ควบคุมความดันโลหิต เบาหวาน ไขมันในเลือด และการเลิกสูบบุหรี่

4.3 พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยที่บ้านโดยความร่วมมือกับ อสม. และศูนย์สุขภาพชุมชน

5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

5.1 จัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน

5.2 สนับสนุนให้มีการตรวจสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

5.3 พัฒนาแผนป้องกันและลดความเสี่ยงร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565) แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองทันยุคสำหรับแพทย์ และทีมสุขภาพ เขต 7. ขอนแก่น. หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา

2. สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, อรุณ บุตรบ้านเขว้า. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560; 14(3):100-113.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 เมษายน2568]เข้าถึงได้จาก:
https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/02/รายงานสถิติสาธารณสุข-ประจำปี2566_V2.pdf
4. ศิริอร สิ้นธุ, บรรณานิการ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สภากาพยาบาล:โรงพิมพ์ ยี่มการพิมพ์. 2565.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยา แห่งประเทศไทย, 39(2), 39-46.
6. ยุภา พลเสน. (2564).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
7. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง .(2562) คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น.ขอนแก่น .คลัง
นานา
8. ยุภา พลเสน. (2564).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
9. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2562).คู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับ
แพทย์.กรุงเทพฯ: ธนาเพลสจำกัด
10. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke): ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568).ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือด
สมองให้กับประชาชน.ค้นเมื่อ1มีนาคม2568,
จาก<https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15235&deptcode=dncd>

ผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Results of health promotion to prevent depression with the 5 Dimensions of Happiness Program in the depression risk group of the elderly in Wanonniwat Subdistrict, Wanonniwat District Sakon Nakhon Province.

(Received: April 21,2025 ; Revised: April 26,2025 ; Accepted: April 27,2025)

กายสิทธิ์ จันทะบาล¹

Kaiyasit Juntabal¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 34 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสุขภาพจิต 5 มิติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ t-test แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงจากค่าเฉลี่ย 2.88 เหลือ 1.93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิตในทุกมิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมน้อยละ 94.1 มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ, สุขภาพจิต

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest format. The objective was to investigate the effects of a health promotion program designed to prevent depression using the “5 Dimensions of Happiness” program, as well as to evaluate the satisfaction of elderly participants. The sample consisted of 34 elderly individuals at risk of depression residing in Wanorn Niwat Subdistrict, Wanorn Niwat District, Sakon Nakhon Province, selected through purposive sampling. Data were collected before, during, and after the 12-week intervention. Research tools included a personal information questionnaire, a depression assessment scale, a five-dimensional mental health assessment tool, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The results showed a statistically significant decrease in depression levels among participants, from a mean score of 2.88 to 1.93 ($p < 0.001$). Mental health behavior improved significantly across all five dimensions: comfort, joy, elegance, brightness, and tranquility ($p < 0.001$). Additionally, 94.1% of participants reported a high to very high level of satisfaction with the program.

Keywords: Elderly, Depression, 5 Dimensions of Happiness Program, Mental Health

¹ โรงพยาบาลวานรนิวาส

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ รายงานว่า ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 เพิ่มขึ้นถึง 962 พันล้านคนและจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050^{1,2} แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน ประชากรสูงอายุอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2557 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.9 หรือประมาณ 10 ล้านคน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีจำนวน ผู้สูงอายุมากถึง 18 ล้านคน⁴ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าจนอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้หากไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรโลกมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคน โดยพบมากในกลุ่มประชากรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน⁷

ภาวะการซึมเศร้า เป็นภาวะของการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตัวเองไร้ค่าและยังเป็นภาระต่อคนอื่น นอนไม่หลับ ไม่อยากทานอาหาร น้ำหนักลดหากมีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย -ฆ่าตัวตาย รวมถึงมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและมักเริ่มพบได้บ่อยในสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น กรมสุขภาพจิต ชี้สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และสาเหตุการฆ่าตัวตายในของตำรวจส่วนใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า¹ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 10-20 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁶ ผู้สูงอายุบางรายที่มีอาการมาก ๆ อาจรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายจะคิดหรือพูดถึงความตายบ่อย ๆ นึกอยากตาย และอาจ

วางแผนทำร้ายร่างกาย ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ยอมกินยาประจำตัว เพื่อปล่อยให้อาการทรุดลงจนเสียชีวิต⁷ ภาวะอารมณ์เศร้า หรือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Late-life depression) เป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ ช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 แบบ คือ อาการซึมเศร้าที่เป็นมาก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และที่เกิดในช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงวัยพบมากถึง 10-20 % ของประชากร และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะผู้ที่หย่าร้าง อยู่ตัวคนเดียว หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะมีความเสี่ยงกับภาวะนี้มากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ค่อยตรงไปตรงมา มีตั้งแต่เศร้าเล็กน้อย อารมณ์ไม่แจ่มใส ไปจนถึงรุนแรงมากจนกระทั่งเป็นโรคหรือมีอาการจิตเวชร่วมด้วย ดังนั้นหากคนไข้ไปพบแพทย์ในขั้นที่เป็นรุนแรงมาก มีอาการหลงทาง จิต หรือขนาดคิดฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยทำได้ไม่ยากนัก แต่กลุ่มคนที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่แสดงออก อาจมีเพียงจิตใจไม่แจ่มใส ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน จะถูกปล่อยปละละเลยจนกลายเป็นอันตรายในที่สุด อาการเตือนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนไป เช่น เคยเป็นคนอารมณ์ดีก็เปลี่ยนเป็นหงุดหงิดง่าย มีเหตุผลน้อยลง ขี้บ่นมากขึ้น หรือสนใจในสิ่งที่เคยชอบลดลงจากเดิม รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าเบื่อหน่ายในการมีชีวิตอยู่ ไม่อยากร่วมกิจกรรม พูดน้อยลง ไม่ดูแลตัวเอง ไม่ยอมกินยา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีปัญหาการนอนที่ผิดปกติ นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือตื่นกลางดึก มีอาการความจำไม่ค่อยดี สมาธิสั้นลง เหนื่อยไม่มีพลังงาน อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ⁹

จากการรายงานของกรมสุขภาพจิตในปีพ.ศ. 2562 พบว่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-พ.ศ. 2561) มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมาเข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยบอกจำนวน 141,566 รายต่อปี และรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 2,663 รายต่อปี โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ¹⁰ และในอำเภอมหาสารคาม จังหวัดสุรินทร์ มีผู้สูงอายุที่เข้า

รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ ความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2564 ร้อยละ 94.43 ประเมิน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.02 ตำบลวานร มีจำนวน ผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ. 2563, 2564 และปีพ.ศ. 2565 เท่ากับ 1,496 คน, 1,606 คน และ 1,713 คน ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2565 ได้รับการคัดกรองภาวะ สุขภาพ ร้อยละ 98.31 พบผู้ป่วยผิดปกติ 2 คน¹³ การ ป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งเป็น กลุ่มที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง กิจกรรมสร้างสุข ตามการจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยความสุข 5 ด้าน ประกอบด้วย สุขสบายซึ่ง เน้นเรื่องสุขภาพร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมเสี่ยงด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุสุขสนุกเป็นความ สามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ด้วยการทำ กิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่น แจ่มใส สุขสง่าเน้นความเข้าใจในความเป็นไปในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง มีมุมมองและความรู้สึกต่อ ตนเองและผู้อื่น อย่างเห็นอกเห็นใจ ไม่ซึมเศร้า ไม่ ท้อแท้สุขสว่างเป็นความสามารถด้านความจำ ความ เข้าใจความคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การใช้ เหตุผล และการวางแผนแก้ไขปัญหา สุขสงบ เป็นการ รับรู้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุม อารมณ์ และสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่าง มีประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถในการควบคุม ความ ต้องการจากแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตัวเองได้^{๑๔}

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วย โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เป็นการส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี มีความสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค ในวัย สูงอายุ ลดระยะเวลาในการเข้าสู่ภาวะติดบ้าน หรือติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาผล การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วย โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ของชมรมผู้สูงอายุตำบลวานร อำเภอวนรรนิवास

จังหวัดสกลนคร ให้มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตดี ขึ้นได้ และจะเป็นประโยชน์ ต่อการวางแผนช่วยเหลือ ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุอันจะ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าเศร้าได้อย่าง เหมาะสม

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่ม เสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ใน กลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบแผนการวิจัย กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยแบบกึ่ง ทดลอง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสืบค้นข้อมูล ของกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมที่มารับการรักษาจากฐาน ข้อมูลคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลวานรนิवास แล้ว กำหนดขนาดตัวอย่างโดยในสูตรในการคำนวณขนาด ตัวอย่าง สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (สิริมา, 2553) อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมของ ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกสมองต่อความ สามารถด้านสมาธิ และความจำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนของระยะเวลาใน การใช้ความสามารถด้านความจำในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม เท่ากับ 26.48 (S.D=1.33) และ 24.60 (S.D=1.99) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร } n / \text{group} = \beta)$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ
 $Z_{\alpha/2}$ คือ สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%
 Z คือ ค่าอัตราส่วนวิกฤติของพื้นที่ใต้โค้งปกติ
 ด้านน้อย ณ จุดความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% เท่ากับ
 1.64

σ คือ ค่าความแปรปรวน
 μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มที่ 1
 μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มที่ 2
 แทนค่าสัญลักษณ์
 $Z_{\alpha/2} = 1.96$
 $Z_\beta = 1.64$
 $\sigma = 1.99$
 $\mu_1 = 26.48$
 $\mu_2 = 24.60$
 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการแทนค่าในสูตร
 ดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{2(1.96 + 1.64)^2 (1.99)^2}{(26.48 - 24.60)^2}$$

$$n / \text{group} = 29.04 \approx 30$$

หาค่า Adjust เพื่อป้องกันการสูญหายของ
 กลุ่มตัวอย่าง โดยคิดที่ 10% (อรุณ, 2552)

$$n_{\text{adj}} = \frac{(1-R)}{n}$$

$n_{\text{adj}} = 33.33 \approx 34$ คน
 จากการคำนวณได้ค่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34
 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มหรือเลือก
 ตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Sampling-
 Randomization Probability) แบบสุ่มอย่างง่าย
 (Simple Random Sampling) โดยมีรายละเอียด
 ดังนี้ 1) เขียนหมายเลขและรายชื่อตามจำนวนกลุ่ม
 เสี่ยงโรคซึมเศร้าแล้วนำมารวมกันในกล่อง 2) ทำการ
 จับสลากแบบไม่มีการใส่คืน (Sampling Without
 Replacement) ขึ้นมาจำนวน 34 ครั้ง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม
 โครงการ (Inclusion criteria) 1) ประเมินแบบการใช้

ชีวิตประจำวัน (ADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน
 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจนครบระยะเวลา 12
 สัปดาห์ ด้วยความสมัครใจ 3) ติดต่อสื่อสารด้วยการ
 พูดได้รู้เรื่อง 4) สามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจาก
 โครงการ (Exclusion Criteria) 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วม
 การวิจัยต่อ 2) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 3) ย้ายบ้าน/ย้ายถิ่นฐาน ออกจากพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ
 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการ
 เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้
 ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างสุขในกลุ่มเสี่ยงโรค
 ซึมเศร้าตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัด
 สกลนคร ได้พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้
 สร้างแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวม
 ข้อมูล ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ดัชนีมวลกาย การสูบ
 บุหรี่/ยาเส้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินสุขภาพจิต
 และความเครียดโดยเป็นคำถามเชิงปริมาณค่า 4
 ระดับ โดยมีคำตอบ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย มาก
 ที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม
 สุขภาพจิต โดยเป็นคำถามเชิงปริมาณค่า 4 ระดับ
 โดยมี คำตอบ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย มากที่สุด

ขั้นตอนการศึกษา การวิจัยนี้ดำเนินการตาม
 ขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย ศึกษาทบทวน
 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต และโปรแกรม
 สุขภาพจิตแบบองค์รวม กำหนดวัตถุประสงค์
 ขอบเขต และระเบียบวิธีวิจัยจัดทำเค้าโครงวิจัยและ

เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไป แบบวัดภาวะซึมเศร้า (12 ข้อ) แบบ
ประเมินสุขภาพจิต 5 มิติแบบสอบถามความพึงพอใจ
ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือ (ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและการทดสอบความ
เชื่อมั่น ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha))

2. การดำเนินการวิจัยภาคสนาม ประชุมชี้แจง
ผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุในพื้นที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามเกณฑ์การมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบ
คัดกรอง ดำเนินการขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการ
วิจัย (Informed Consent)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลอง
(Pretest หรือ 00) ระหว่างการทดลอง (01 และ 02)
จัดกิจกรรม “โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ” สัปดาห์ละ 1
ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ให้ผู้สูงอายุฝึกกิจกรรม
ต่อเนื่องที่บ้าน และมีบันทึกกิจกรรมตนเอง
ประเมินผลรายเดือน โดยเก็บบันทึกกิจกรรมและ
พฤติกรรมสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลง และหลังการ
ทดลอง (Posttest หรือ 03) ผู้สูงอายุทำแบบสอบถาม
อีกครั้ง แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสุขภาพจิต
5 มิติ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความพึง
พอใจต่อโปรแกรม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ
คะแนนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired
Sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

5. การสรุปผลและจัดทำรายงาน วิเคราะห์ผล
และอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ สรุปผลการวิจัย
พร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะ
สำหรับการวิจัยในอนาคต จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์
และจัดเตรียมบทความวิชาการสำหรับนำเสนอหรือ
เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้
ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่

(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดย
คณะผู้วิจัยได้ทำการอบรม ชี้แจงรายละเอียดของข้อ
คำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้า
คณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับ
วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม
และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกันการสร้าง
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการก่อนเก็บข้อมูลมีดังนี้ในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย
ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ทำหนังสือถึงผู้นำ
ชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอ
อนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ 2) ผู้วิจัยเตรียมรายชื่อ
ผู้เข้าร่วมโครงการ วัสดุอุปกรณ์ และแบบสอบถาม
แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย 3) สร้างสัมพันธภาพ
กับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และ
สร้างความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย โดยการ
แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ
และอธิบายให้เข้าใจเปิดโอกาสให้ซักถาม และใช้เวลา
สำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วม
โครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจ เต็มใจและเข้าพบ
ช่วงเวลาที่เหมาะสมแบบไม่เป็นทางการในระยะก่อน
ดำเนินการ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบ
ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) อาศัยดุลย
พินิจของผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบด้านเนื้อหา
(Subject Master Specialist) ทั้งความเหมาะสม
ด้านภาษาและข้อคำถามที่สร้างขึ้นครอบคลุม
ประเด็นที่ต้องการจะวัดหรือไม่ (อรพินท์ ชูชม,
2545) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยได้
ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในค่าที่มากกว่า 0.7 ขึ้นไป
ยอมรับได้ ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามหลังจากปรับแก้ตาม
คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้กับ
กลุ่มเป้าหมายใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน

แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกวัดความเที่ยงด้วยวิธีการหา Alpha Coefficient (Cronbach, 1951) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.75 โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ แบบประเมินเรื่องการทดสอบสมรรถภาพร่างกายและแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (TMSE) แบบวัดความสุขฉบับ 15 ข้อ แบบประเมินการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel's Index) แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสุข 5 มิติ โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองโครงการเลขที่ SKN REC 135-2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำนวน 34 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 69.2 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และสูงสุด 82 ปี เมื่อแจกแจงเป็นช่วงอายุ พบว่ามากที่สุดอยู่ในช่วง

อายุ 60–65 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 66–70 ปี ร้อยละ 17.6 และช่วงอายุอื่น ๆ มีสัดส่วนน้อยลงตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 67.6) ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.1) และไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 41.2)

อาชีพพบว่ามากที่สุดคือกลุ่มว่างงาน/แม่บ้าน/ทำงานบ้าน (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือกลุ่มงานใช้แรงงาน (ร้อยละ 29.4) และมีเพียงร้อยละ 11.8 ที่เป็นข้าราชการบำนาญ

ด้านสุขภาพ พบว่าผู้เข้าร่วมร้อยละ 55.9 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน และร้อยละ 44.1 ไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับภาวะ

ซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม 12 ข้อ (ช่วงคะแนน 1–4) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมจากการวิเคราะห์ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 34 คน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ $2.88 (\pm 0.64)$ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเหลือ $1.93 (\pm 0.56)$ ซึ่งผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired sample t-test ให้ค่า $t = 9.24$ และมี ค่า นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมที่หลากหลายตามมิติสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้าน

ส่วนที่ 3 ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สุขภาพจิตตามมิติสุขภาพจิต 5 มิติ

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 5 มิติก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยในทุกมิติหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้า

ร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดดังนี้

1. มิติ สุขสบาย (Health): คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมอยู่ที่ $2.79 (\pm 0.59)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.60 (\pm 0.48)$ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่า $t = 8.67, p < 0.001$

2. มิติ สุขสนุก (Recreation): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.57 (\pm 0.65)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.55 (\pm 0.50)$ ค่า $t = 8.11, p < 0.001$

3. มิติ สุขสง่า (Integrity): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.63 (\pm 0.61)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.58 (\pm 0.54)$ ค่า $t = 8.37, p < 0.001$

4. มิติ สุขสว่าง (Cognition): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.50 (\pm 0.56)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.47 (\pm 0.51)$ ค่า $t = 8.90, p < 0.001$

5. มิติ สุขสงบ (Peacefulness): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.43 (\pm 0.67)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.46 (\pm 0.47)$ ค่า $t = 7.89, p < 0.001$

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตในแต่ละมิติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้าน “สุขสว่าง (Cognition)” และ “สุขสบาย (Health)” ที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดอย่างชัดเจน การเพิ่มขึ้นของคะแนนสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพกาย การทำกิจกรรมที่สร้างความสุข การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การรู้จักคุณค่าตนเอง และการฝึกฝนด้านจิตวิญญาณอย่างสมดุล

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ

การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุจำนวน 34 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ดังนี้

ร้อยละ 58.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับ มากที่สุด

ร้อยละ 35.3 มีความพึงพอใจในระดับ มาก

ร้อยละ 5.9 อยู่ในระดับ ปานกลาง

จากผลการแปลความหมายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.1 ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด

สรุปและอภิปรายผล

ด้านภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนว่า กิจกรรมที่เน้นการเคลื่อนไหว การผ่อนคลาย การพบปะแลกเปลี่ยน และการฝึกจิตใจ สามารถส่งผลเชิงบวกต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาติา แซ่ลิ่ม¹⁵ ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตที่ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการทำสมาธิมีผลในการลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต⁹ ที่สนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงทั้งกาย ใจ และสังคม

ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต 5 มิติ การเพิ่มขึ้นของคะแนนในมิติต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตในเชิงบวก โดยเฉพาะมิติสุขสบาย (Health) และสุขสว่าง (Cognition) ซึ่งสะท้อนถึงการดูแลสุขภาพตนเอง การตื่นรู้ทางความคิด และการเห็นคุณค่าของชีวิต ผลนี้สอดคล้องกับงานของ เนตรนภา กาบมณีและคณะ¹¹ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม มีผลต่อการพัฒนาด้านความสุขและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ด้านความพึงพอใจ ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับสูง ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมของกิจกรรมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน การใช้กิจกรรมที่ง่าย ใกล้ตัว และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และปฏิบัติ¹⁶ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในโครงการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และเสริมสร้างสุขภาพจิตเชิงรุก

2. ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมเข้าวัด ปลูกผัก ทำสมาธิ

ร้องเพลง หรือกิจกรรมนันทนาการ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการพัฒนาแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน (อสม./ผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำกลุ่ม) ให้สามารถจัดกิจกรรมสุขภาพจิตเบื้องต้นร่วมกับทีมสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2561). สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 2561].จาก: <http://www.dop.go.th/th/>.
2. ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน.(2561). รูปแบบกิจกรรมความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตที่มีผลต่อสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 6].เข้าถึงได้จาก <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/handle/123456789/5715>
3. สุรพงษ์ มาลี.(2561). รู้จักสังคมสูงอายุและสถานการณ์ผู้สูงอายุ(ในประเทศไทย). วารสารข้าราชการ. 60:6
4. ณิชฎิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ, จารุภา แซ่ฮ้อ.(2560). การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์.วารสาร มฉก.วิชาการ. 20:115-125.
- 5.ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, รัชนิกร อุปเสน.(2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.วารสารพยาบาลสาร. 46:70-82.
6. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2023). “คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ,” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, เข้าถึง 19 ตุลาคม 2023, <https://dmh-elibrary.org/items/show/1236>
7. Department of Mental Health. (2020). Sick, Depressed, Victim of Society Convicted. Retrieved December 5, 2021, from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30118>. [in Thai].
8. Department of Mental Health.(2020). Sick, Depressed, Victim of Society Convicted [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30118>
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ก้าวอย่างประเทศไทย สู่ ‘สังคมผู้สูงอายุ’ อย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
10. ทิปาภา ชุตติกาญจน์โกศล.(2563). อาการซึมเศร้าในผู้สูงวัยอันตรายกว่าที่คิด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ>
11. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่ยเจริญ, ปานเพชร สกุลคู.(2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. 11(1):27-39.
12. อริสา อ่วมคง.(2565). แนวทางการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. WHO Quality of Life Assessment Group.(1996). What quality of life? World Health Forum. 17(4):354-6.
14. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล.(2566). งานเวชระเบียนโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. เอกสารภายใน. [เข้าถึงเมื่อ 21 มี.ค. 2566].
15. สุชาติา แซ่ลิ้ม.(2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 33(1):193–202.
16. ทฤษฎี คงพวง, พิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง, วัชร เพ็ชรวงษ์, สุนันทรา ขำนวนทอง.(2564). ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ. 6(11):338–48.

การพัฒนาแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

The development of a treatment and rehabilitation model for drug addicts and Intermediate care of Mini Thanyarak, Na Wa Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: April 21,2025 ; Revised: April 26,2025 ; Accepted: April 27,2025)

วิภาสินี เวศสร้อย¹

Wipasinee Wasetsoi¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดยาและสารเสพติด มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างเดียว วัดผลก่อน-หลัง (One-group, Pretest-Posttest Design) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและแบบประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและแบบประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัยพบว่า การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วย เสพติดแบบรอบด้าน 2) กิจกรรมบำบัดในมินิธัญารักษ์ 3) การประเมินผล และ 4) การดูแลต่อเนื่อง ผลการนำรูปแบบไปปฏิบัติ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ การแก้ปัญหา, การสื่อสาร, บทบาท, การตอบสนองทางอารมณ์, การทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับมาก การตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม การแก้ปัญหา, การสื่อสารบทบาท, ความผูกพันทางอารมณ์, การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การตอบสนองทางอารมณ์ไม่แตกต่างกันทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) อาการถอนยาเสพติด อาการทางจิต ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว และด้านสังคม (สัมพันธ์กับผู้อื่น) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะซึมเศร้า (9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่แตกต่างกัน ติดตามหลังจำหน่ายภายใน 30 วัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

คำสำคัญ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ติดยาและสารเสพติด, มินิธัญารักษ์

Abstract

This action research aimed to study the model and outcome of treatment and rehabilitation of intermediate care drug users at Mini Thanyarak, NaWa Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample group was Drug and substance users the specified criteria and were purposive sampling 30 people. Single sample group, pretest-posttest design. The instruments used for data collection included a family functioning assessment form and a mid-term treatment outcome assessment form. Data analysis: General data were analyzed using counts, percentages, family functioning assessment forms, and mid-term treatment outcome assessment forms. The analysis used mean and standard deviation. The comparison before and after participating in the activities was done using Pair t-test.

The study results found that, The use of action research process in rehabilitation treatment model has 4 steps as follows: 1) comprehensive assessment of the addicted patient's condition, 2) therapy activities in Mini Thanyarak, 3) evaluation, and 4) continuous care. Results of model implementation: After participating in family duties activities, including: problem solving, communication, roles, emotional response, and general functioning, was

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

at a high level, while emotional response and emotional attachment were at a moderate level. Before-after comparison of the activity, problem solving, role communication, emotional engagement, behavioral control, and general functioning were significantly different at the .05 level. Emotional responses were not statistically different. Comparison of average scores of the evaluation of intermediate care treatment found that: Drug withdrawal symptoms, mental symptoms, physical symptoms, emotional symptoms, family cooperation symptoms, and social symptoms (relationships with others) were significantly different at the .05 level. Depression (9Q) and suicide (8Q) were not statistically different after. Follow-up within 30 days after discharge 70% of the sample group did not detect methamphetamine in their urine.

Keywords: Treatment and rehabilitation, Drug and substance users, Mini Thanyarak

บทนำ

จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (World Drug Report 2023, UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปีพ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก เป็นเพศชาย ช่วงอายุ 15-64 ปี มีการใช้ยาเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุกๆ 17 คน จากช่วงอายุดังกล่าว สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2565 พบปัญหาการใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคมควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)¹

ในปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้งหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด รวมทั้งมีกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โดย “มินิธัญารักษ์” คือ รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดผู้ป่วยในแบบแยกหอผู้ป่วยเฉพาะภายใต้กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด

ได้แบบเดียวกับโรงพยาบาลธัญารักษ์เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ ทั้งนี้ “มินิธัญารักษ์” จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ติดยาและสารเสพติด ครอบครัวและชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่หรือภายในจังหวัดเกิดการบูรณาการการทำงานที่แท้จริง ส่งผลให้ผู้ติดยาและสารเสพติด สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง เป็นธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้รับการดูแล ด้วยความรัก ความเข้าใจอยู่ในสังคม ได้พัฒนาตนเองไม่หันกลับไปติดยาเสพติดอีก มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้านเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่า สำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติต่อไป²

มินิธัญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า (บ้านอรุณใหม่) จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เป็นโรงพยาบาลนาร่อง 1 ใน 42 แห่ง ของโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยมีขอบเขตบริการในการดูแลผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate Care) คือ การดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเฉียบพลัน มีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน หรือยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่อาจเคยเป็นผู้ป่วยระยะ Acute/Sub acute Care มาก่อน หรือเคยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน² จากการทบทวนข้อมูลผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางที่เข้ารับบำบัดรักษาในมินิธัญารักษ์ หลังการดำเนินงานครบ 6 เดือน พบว่าผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางที่ได้รับการบำบัดรักษา

ครบตามกำหนด ติดตามหลังการจำหน่าย 3 เดือน กลุ่มเป้าหมายกลับไปเสพยาและสารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 77.27³ แสดงให้เห็นว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าทีมงานสุขภาพจิตและยาเสพติดจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง ในมินิธัญญารักษ์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบและผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดยา และ สารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด รหัสโรค (ICD 10) F11-F16 และ F18-F19 และเข้ารับการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาล นาหว้า จังหวัดนครพนม ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างได้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) เคยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2) ผู้ติดยาและสารเสพติด อายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี 3) ผู้ติดยาและสารเสพติดที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเฉียบพลันมีอาการคงที่ หรือได้รับการประเมิน OAS Score เท่ากับ 2 คะแนน 4) มีอาการถอนพิษทางยาเสพติดหรือโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตเวชที่ไม่รุนแรง 5) ญาติยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ในช่วงระยะเวลา 15-30 วัน

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ระยะเวลาการบำบัดรักษาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายที่ไม่สามารถรับการบำบัดได้ครบตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบประเมินผลการบำบัดรักษา ระยะกลาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง มีค่า IOC=0.84 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha coefficient) = 0.86

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ขั้นที่ 1 วางแผน (Plan)

- 1) ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ติดยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนาหว้า ในรอบปีที่ผ่านมา
- 2) วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า หลังจัดตั้งครบ 3 เดือน เพื่อค้นหาจุดแข็งจุดอ่อนหาโอกาสพัฒนา
- 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- 4) พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า เพื่อเพิ่มคุณภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 2 ลงมือปฏิบัติ (act)

- 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยเสพยาแบบรอบด้านในการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate

care) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

2) ปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้สูงอายุและสารเสพติดตามกลุ่มของยาเสพติดตามรูปแบบที่มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า ประกอบด้วย 3 ระยะ

ในช่วงที่ 1 ระยะแห่งการเริ่มต้น: ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ จุดมุ่งหมาย, เหยื่อสองด้าน, การจัดการความคิดเกี่ยวกับการใช้ยา (CBT)

ในช่วงที่ 2 ระยะของการพัฒนาทักษะ: ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ ทักษะการเห็นคุณค่าในตนเอง, การค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ, การให้คำปรึกษารายกลุ่ม/รายบุคคล

ในช่วงที่ 3 ระยะของการเตรียมจำหน่าย: ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ ทักษะการเห็นคุณค่าในตนเองและการค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

3) การประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)

ขั้นที่ 3 สังเกตการณ์ (observe)

เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติงานหลังบำบัดครบทุกขั้นตอนรวมทั้งติดตามผู้สูงอายุและสารเสพติดภายใน 30 วัน หลังจำหน่าย

ขั้นที่ 4 สะท้อนกลับ (reflect)

1) วิเคราะห์รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดระยะกลาง

2) วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาของผู้สูงอายุและสารเสพติด

3) ค้นหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น สะท้อนกลับโดยใช้กระบวนการกลุ่มระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ 071/67 ได้รับการอนุมัติวันที่ 18 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดระยะกลาง มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยเสติดแบบรอบด้าน 2) กิจกรรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ 3) การประเมินผล 4) การดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดระยะกลาง มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาล นาหว้า จังหวัดนครพนม

1. ข้อมูลทั่วไป เพศชาย จำนวน 30 คน ร้อยละ 100 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุดจำนวน 13 คน ร้อยละ 43.3 การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.3 อาชีพรับจ้าง มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อยู่ในช่วง 3,001-5,000 บาท/เดือน มากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.3 ระยะเวลาการใช้ยาและสารเสพติดมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100 ประเภทยาเสพติดยาบ้ามากที่สุด จำนวน 29 คน ร้อยละ 96.7

2. ผลการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

ก่อนร่วมกิจกรรมประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ คะแนนเฉลี่ย 2.75 (SD=.29) อยู่ในระดับปานกลาง การแก้ปัญหา คะแนนเฉลี่ย 1.79 (SD=.32) การสื่อสารคะแนนเฉลี่ย 2.12 (SD=.36), บทบาทคะแนนเฉลี่ย 2.15 (SD=.29) ความผูกพันทางอารมณ์คะแนนเฉลี่ย 1.79 (SD=.44) การควบคุมพฤติกรรม 2.50 (SD=.32) และการทำหน้าที่ทั่วไปคะแนนเฉลี่ย 2.09 (SD=.30) อยู่ในระดับน้อย

หลังร่วมกิจกรรมประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว การแก้ปัญหาคะแนนเฉลี่ย 3.30 (SD=.23) การสื่อสารคะแนนเฉลี่ย 3.41 (SD=.31) บทบาทคะแนนเฉลี่ย 3.37 (SD=.32) การตอบสนองทางอารมณ์คะแนนเฉลี่ย 3.41 (SD=.20) การทำหน้าที่ทั่วไปคะแนนเฉลี่ย 3.50 (SD=.26) อยู่ในระดับมาก การตอบสนองทางอารมณ์คะแนนเฉลี่ย 3.41 (SD=.20)

และความผูกพันทางอารมณ์คะแนนเฉลี่ย 3.17 (SD=.32) อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว การแก้ปัญหา, การสื่อสาร, บทบาท,

ความผูกพันทางอารมณ์, การควบคุมพฤติกรรม และการทำงานที่ทั่วไป แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การตอบสนองทางอารมณ์ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (n=30)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	Pair Sample Test				t	P- value
	Mean	Std.	95% Confidence interval of the Difference			
			Lower	Upper		
การแก้ปัญหา	-9.03	3.07	-10.18	-7.88	-16.06	.000*
การสื่อสาร	-6.46	1.94	-7.19	-5.74	18.23	.000*
บทบาท	-3.66	1.62	-4.27	-3.05	-12.35	.000*
การตอบสนองทางอารมณ์	-8.10	2.57	-9.06	-7.13	-17.21	.704
ความผูกพันทางอารมณ์	-.200	2.85	-1.26	.86	-.383	.000*
การควบคุมพฤติกรรม	-2.66	1.76	-3.32	-2.00	-8.26	.000*
การทำงานที่ทั่วไป	-11.30	3.28	-12.52	-10.07	-18.86	.000*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

3. การประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)

ก่อนร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง ได้แก่ อาการถอนยาเสพติดคะแนนเฉลี่ย 1.63 (SD=.61) และอาการทางจิตคะแนนเฉลี่ย 1.13 (SD=.50) อยู่ในระดับมีอาการเล็กน้อย ด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ย 2.10 (SD=.40) มีการดูแลตนเองบางส่วนโดยไม่ต้องกระตุ้น ด้านอารมณ์ คะแนนเฉลี่ย .86 (SD=.81) มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม (ผู้ป่วยไม่รับฟัง) ภาวะซึมเศร้า (9Q) คะแนนเฉลี่ย 2.86 (SD=.43) ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (8Q) คะแนนเฉลี่ย 2.86 (SD=.57) ไม่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย การให้ความร่วมมือของครอบครัวคะแนนเฉลี่ย 1.30 (SD=.09) ครอบครัวให้ความร่วมมือบางคนแต่เป็นปัญหาและด้านสังคม(สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น) คะแนนเฉลี่ย .60 (SD=.09) มีสัมพันธ์ภาพไม่เหมาะสมต้องได้รับการแก้ไขทันที

หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง ได้แก่ อาการถอนยาเสพติด

ติดคะแนนเฉลี่ย 2.93 (SD=.25) และอาการทางจิตคะแนนเฉลี่ย 2.66 (SD=.47) ไม่มีอาการเลย ร่างกายคะแนนเฉลี่ย 2.96 (SD=.18) มีการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วน ด้านอารมณ์คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) มีการแสดงออกเหมาะสม ภาวะซึมเศร้า (9Q) คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (8Q) คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) ไม่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) ครอบครัวให้ความร่วมมือดี ด้านสังคม(สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น) คะแนน 3.00 (SD=.00) มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลได้อย่างเหมาะสม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย อาการถอนยาเสพติด อาการทางจิต ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัวและด้านสังคม (สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น) ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะซึมเศร้า (9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (n=30)

ตัวแปร	Pair Sample Test				t	P- value
	Mean	Std.	95% Confidence interval of the Difference			
			Lower	Upper		
อาการนอนยาเสพติด	-1.30	.70	-1.56	-1.03	-10.14	.000*
อาการทางจิต	-1.53	.81	1.83	-1.22	-10.25	.000*
ด้านร่างกาย	-.86	.43	-1.02	.70	-10.93	.000*
ด้านอารมณ์	-2.13	.81	-2.43	-1.82	-14.26	.000*
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	-.133	.43	-.29	.02	-1.68	.103
การฆ่าตัวตาย (8Q)	-1.33	.57	-.34	.80	1.27	.211
ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว	-1.70	.53	-1.89	-1.50	-17.40	.000*
ด้านสังคม (สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น)	-2.40	.96	-2.76	-2.03	-13.57	.000*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

4. ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายออกจาก มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 ตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้หน่วยงานได้รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางฯ มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดแบบรอบด้าน ขั้นที่ 2 กิจกรรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ ขั้นที่ 3 การประเมินผล และขั้นที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของนุชรี ทองเจิม และคณะ⁴ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้สามารถคิดวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมรูปแบบการ

บำบัดฟื้นฟู มีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดฟื้นฟู 3) การฝึกอาชีพ และ 4) การติดตามช่วยเหลือ

2. ผลการพัฒนาแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

2.1 การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว หลังร่วมกิจกรรม การแก้ปัญหาคะแนนเฉลี่ย 3.30 (SD=.23) การสื่อสารคะแนนเฉลี่ย 3.41 (SD=.31) บทบาท 3.37 (SD=.32) การตอบสนองทางอารมณ์ 3.41 (SD=.20) การทำหน้าที่ทั่วไป 3.50 (SD=.26) อยู่ในระดับมาก การตอบสนองทางอารมณ์ 3.41 (SD=.20) และความผูกพันทางอารมณ์ 3.17 (SD=.32) อยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบการแก้ปัญหา, การสื่อสาร, บทบาท, ความผูกพันทางอารมณ์, การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การตอบสนองทางอารมณ์ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับนิรุช ไชติวรกุล⁵ ศึกษาการประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดรักษายาเสพติดในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าหลังจบการ

บำบัดผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 9.25 ± 2.73 และ 12.58 ± 2.10 , $P < 0.001$) ความรู้รายข้อเพิ่มขึ้นทุกข้อ ผลกระทบต่อร่างกาย การเงินและครอบครัวที่ไม่แตกต่างกัน (คะแนนเฉลี่ย 13.52 ± 1.40 และ 13.86 ± 1.49 , $P = 0.098$) ความรู้ด้านโทษและผลกระทบยาเสพติดหลังจบการบำบัด กับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจบการบำบัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.017$) และทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังจบการบำบัดมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจบการบำบัด

3. การประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) หลังเข้าร่วมกิจกรรม อาการถอนยาเสพติดคะแนนเฉลี่ย 2.93 (SD=.25) และอาการทางจิตคะแนนเฉลี่ย 2.66 (SD=.47) ไม่มีอาการเลย ด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ย 2.96 (SD=.18) มีการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วน ด้านอารมณ์คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) มีการแสดงออกเหมาะสม ภาวะซึมเศร้า (9Q) คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (8Q) คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) ไม่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.00) คือครอบครัวให้ความร่วมมือดี ด้านสังคม (สัมพันธภาพกับผู้อื่น) คะแนน 3.00 (SD=.00) มีสัมพันธภาพกับบุคคลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปรัชญา คำเหลือและพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์⁶ การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าด้านผลลัพธ์

ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา มีผู้เข้ารับการบำบัด 64 คน จำหน่ายกลับบ้าน 39 คน พบว่าเลิกได้ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 94.87 กลับไปเสพยา 2 คน ร้อยละ 3.12

4. ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะหลังจำหน่าย 30 วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน ร้อยละ 70 ตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของนิรุษ ไขติวรางกุล⁵ ศึกษาการประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดรักษายาเสพติดในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผลการติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปี มีอัตราไม่เสพยา ร้อยละ 93.0 เทียบกับปี 2562 ที่ร้อยละ 80.5

ข้อเสนอแนะ

1) รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับความคิดในทางบวกได้ดีขึ้น มีสภาวะด้านอารมณ์ที่เหมาะสมสามารถเข้าสังคมและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวหรือชุมชนเพิ่มขึ้น

2) ควรทำการวิจัยติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดในระยะยาว เมื่อครบ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเป็นการเฝ้าระวังป้องกันการกลับมาเสพยาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลนาหว้า ที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง (INTERMEDIATE CARE: IMC). กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- โรงพยาบาลนาหว้า กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช. (2566). สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด.

4. นุชรีย์ ทองเจิม, อีรวัฒน์ สกฤตมานนท์และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร, 13(2); 17-30.
5. นีรนุช โชติวรางกูล.(2565). การประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะคิดต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดรักษายาเสพติดในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 19 (3); 236-257.
6. ปรัชญาณี คำเหลือ. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(3); 115-129.

รูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568

Model of Haloperidol Oral Solution prescription in uncompliance and relapsed schizophrenic patients at Kuchinarai Crown Prince Hospital, 2025

(Received: April 21,2025 ; Revised: April 26,2025 ; Accepted: April 27,2025)

ฉัตรพิศุทธิ์ วิเศษสอน¹
Chatphisut Wisedsorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 และศึกษารูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 มีระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2568 จำนวน 312 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หลังดำเนินการ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568) แบ่งเป็น ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยด/กินยาเม็ด/ฉีดยา) จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับรุนแรงปานกลาง (หยดยาต่อเนื่อง) จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.6 และระดับรุนแรงมาก (ยาหยดร่วมกับยาเม็ด) จำนวน 189 ราย ร้อยละ 60.6 ก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงลดลง

คำสำคัญ: การสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อาการกำเริบซ้ำ

Abstract

This study was Action Research, aimed to study the situation of care for schizophrenia patients who did not cooperate with treatment and had relapses Kuchinarai Crown Prince Hospital in 2025 and to study the pattern of ordering Haloperidol Oral Solution in schizophrenia patients who did not cooperate with treatment and had relapses at Kuchinarai Crown Prince Hospital in 2025. The research period was from February to April 2025, a total of 3 months. The sample consisted of 312 schizophrenia patients who did not cooperate with treatment and had relapses who received services at Kuchinarai Crown Prince Hospital between February and April 2025. Data were collected from medical records. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results of the study found that the situation of caring for schizophrenia patients who did not cooperate with treatment and relapsed at Kuchinarai Crown Prince Hospital after the operation (between February 2025 and April 2025) was divided into mild severity (off drops/pills/injection) 34 cases, accounting for 10.9 percent; moderate severity (continuous drip) 83 cases, accounting for 26.6 percent; and severe severity (drops and pills) 189 cases, accounting for 60.6 percent; and severe aggression 5 cases, accounting

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

for 1.6 percent. The severity levels of schizophrenia patients who did not cooperate with treatment and relapsed at Kuchinarai Crown Prince Hospital before and after the operation were found to be significantly different at the .05 level, with the mean severity decreasing after the operation.

Keywords: Prescribing Haloperidol Oral Solution, Schizophrenia patients who did not cooperate with treatment, Relapse

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติด เป็นปัญหาใหญ่ที่มีการแพร่ระบาดและทวี ความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ติดสารเสพติดจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ ทางจิต เรียกว่า ภาวะโรคจิตเวชสุรา/สารเสพติด มีอาการทางจิตแบบมีภาวะ หวาดระแวง ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง สารเสพติดไม่เพียงแต่ทำลายร่างกายและจิตใจเท่านั้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการหลอนและความคิดผิดปกติ นอกจากนี้ ผู้ที่ใช้สารเสพติดมักมีพฤติกรรมที่ไม่สม่ำเสมอในการรับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างท้าทายและซับซ้อนมากขึ้น เพราะนอกจากจะต้องจัดการกับอาการทางจิตเวชแล้ว ยังต้องเผชิญกับปัญหาการถอนสารเสพติดและผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้การฟื้นฟูสุขภาพจิตและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยากลำบากมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป¹

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการรักษา การดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจิตเวชบางรายต้องใช้เวลาตลอดชีวิตในการรักษา เพราะการรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้การดำเนินโรคของผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความเป็นจริงเสียไป ทำให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์ก้าวร้าว ซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่สนใจประกอบอาชีพ และผู้ป่วยจิตเวชโดยส่วนใหญ่จะไม่ยอมรับความเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่ง

พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้มีอาการทางจิตรุนแรงที่มีอาการกำเริบและรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทเน้นการใช้ยาต้านจิตเวชควบคู่กับการดูแลแบบองค์รวมเพื่อช่วยลดอาการและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการรักษาจะรวมถึงการให้คำปรึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตาม การจัดการผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือและมีอาการกำเริบซ้ำยังคงเป็นปัญหาที่ต้องการแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินและวางแผนการรักษาอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดีที่สุด²

การใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะยา Haloperidol Oral Solution เป็นหนึ่งในทางเลือกที่สำคัญสำหรับการรักษาโรคจิตเภท โดย Haloperidol เป็นยาต้านจิตเวชในกลุ่มบิวทิโรฟินอนที่ออกฤทธิ์ต้าน dopamine ช่วยลดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน และความก้าวร้าวได้ดี รูปแบบยานี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาเม็ดได้หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากสามารถปรับขนาดยาได้ง่ายและมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ Haloperidol ยังมีฤทธิ์สงบอาการคลุ้มคลั่งและกระวนกระวายได้ดี ทำให้เหมาะกับการใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม การใช้ยานี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันผลข้างเคียง เช่น อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (extrapyramidal symptoms) ความดันโลหิตต่ำหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ โดยแพทย์จะต้องปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับสภาพ

ผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียง นอกจากนี้ การใช้ Haloperidol Oral Solution ยังช่วยให้การบริหารยาในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือเป็นไปได้ง่ายขึ้นและมีความยืดหยุ่นในการปรับขนาดยาได้ตามความจำเป็น³มีการศึกษาที่ใช้ Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โดยงานวิจัยและรายงานกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำมักมีปัญหากาชาดยาและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งส่งผลให้อาการแย่ลงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง⁴ นอกจากนี้ยังมีรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและติดสารเสพติด ซึ่งได้รับการรักษาด้วย Haloperidol ในรูปแบบฉีดและยารับประทาน (รวมถึง Haloperidol Oral Solution) เพื่อควบคุมอาการและลดพฤติกรรมก้าวร้าว จนผู้ป่วยมีอาการสงบและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น⁵ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่า Haloperidol Oral Solution เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาเม็ดได้หรือไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากสามารถปรับขนาดยาได้ง่ายและออกฤทธิ์รวดเร็ว ช่วยควบคุมอาการกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 พบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 312 ราย จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า สาเหตุการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาจิตเวช 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา 3) การใช้สารเสพติดอื่นทดแทน เช่น บุหรี่ สุรา เพื่อลดความเครียดและความกังวล 4) ความเครียดของผู้ป่วย ไม่สามารถจัดการกับความเครียด ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวไม่ดี 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ต่ำนวณวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย 6) สิ่งแวดล้อม

และเศรษฐกิจ ส่งผลให้ไม่ได้รับยาต่อเนื่องและกลับเป็นซ้ำ⁵

จากสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 เพื่อวิเคราะห์แนวทางการใช้ยาและพัฒนาารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดภาระการรักษาและเพิ่มโอกาสฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 ประกอบด้วย การวิเคราะห์ วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมการ และสรุปผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution
2. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568
4. กำหนดกิจกรรมรูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้

ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568

5. ดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568

6. สรุปผลของรูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 ประกอบด้วย การวิเคราะห์วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมการ และสรุปผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 ด้วยยา Haloperidol Oral Solution และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิต

เกณฑ์ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า ก่อนการดำเนินการ (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2568) มีผู้ป่วยทั้งหมด 312 คน แบ่งเป็น ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยุด/กินยาเม็ด/ฉีดยา) จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับรุนแรงปานกลาง (หยุดยาต่อเนื่อง) จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.9 และระดับรุนแรงมาก (ยาหยุดร่วมกับยาเม็ด) จำนวน 250 ราย ร้อยละ 80.1 ก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 หลังดำเนินการ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568) แบ่งเป็น ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยุด/กินยาเม็ด/ฉีดยา) จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับรุนแรงปานกลาง (หยุดยาต่อเนื่อง) จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.6 และระดับรุนแรงมาก (ยาหยุดร่วมกับยาเม็ด) จำนวน 189

ราย ร้อยละ 60.6 ก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6

2. รูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับยา Haloperidol ค่าเตือนในการใช้ยา Haloperidol การใช้ยา Haloperidol ปริมาณการใช้ยา Haloperidol และผลข้างเคียงจากการใช้ยา Haloperidol

3. ผลของรูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568

3.1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2568) และหลังดำเนินการ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ.2568) (n = 312)

ตารางที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2568) และหลังดำเนินการ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568) (n = 312)

ประเภท	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยุด/กินยาเม็ด/ฉีดยา)	21	6.7	34	10.9
ระดับรุนแรงปานกลาง (หยุดยาต่อเนื่อง)	37	11.9	83	26.6
ระดับรุนแรงมาก (ยาหยุดร่วมกับยาเม็ด)	250	80.1	189	60.6
ก้าวร้าวรุนแรง	4	1.3	5	1.6

จากตารางที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนการดำเนินการ (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2568)

พบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 312 คน แบ่งเป็น ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยุด/กินยาเม็ด/ฉีดยา) จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับรุนแรงปานกลาง (หยุดยาต่อเนื่อง) จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.9 และระดับรุนแรงมาก (ยาหยุดร่วมกับยาเม็ด)

จำนวน 250 ราย ร้อยละ 80.1 ก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 หลังดำเนินการ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2568) แบ่งเป็น ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยุด/กินยาเม็ด/ฉีดยา) จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับรุนแรงปานกลาง (หยุดยาต่อเนื่อง) จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.6 และระดับรุนแรงมาก (ยา

หยุดร่วมกับยาเม็ด) จำนวน 189 ราย ร้อยละ 60.6 ก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6

3.2 การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ระดับความรุนแรง	Z	p - value
ก่อน - หลัง	-6.869	.000

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงลดลง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า ก่อนการดำเนินการ (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2568) มีผู้ป่วยทั้งหมด 312 คน แบ่งเป็น ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยุด/กินยาเม็ด/ฉีดยา) จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับรุนแรงปานกลาง (หยุดยาต่อเนื่อง) จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.9 และระดับรุนแรงมาก (ยาหยุดร่วมกับยาเม็ด) จำนวน 250 ราย ร้อยละ 80.1 ก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวจึงมีการนำยา Haloperidol Oral Solution เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพใน

โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้กำหนดรูปแบบการส่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2568 ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับยา Haloperidol ค่าเตือนในการใช้ยา Haloperidol การใช้ยา Haloperidol ปริมาณการใช้ยา Haloperidol และผลข้างเคียงจากการใช้ยา Haloperidol แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช^{7,8,9} ส่งผลให้ หลังดำเนินการ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568) แบ่งเป็น ระดับรุนแรงน้อย (off ยาหยุด/กินยาเม็ด/ฉีดยา) จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับรุนแรงปานกลาง (หยุดยาต่อเนื่อง) จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.6 และระดับรุนแรงมาก (ยาหยุดร่วมกับยาเม็ด) จำนวน 189 ราย ร้อยละ 60.6 ก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงลดลง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นุชนาง เนตรบุตร⁶ ได้ศึกษาการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการศึกษา กรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia with aggressive ได้รับการรักษา ให้ยาฉีด Haloperidol 5mg IM, valium 10 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ขณะดูแล เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำและก่อเหตุรุนแรง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาลนำมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนให้การพยาบาลใช้ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพปพลาว ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนอาการสงบ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยอื่น ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 10 มกราคม 2567 รวมวันนอนโรงพยาบาล 19 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา แสงฤทธิ์¹⁰ ได้ศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่างและความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการ

ดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาฉีดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มากกว่าก่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการประเมินติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ร้อยละ 100 และอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในชุมชน เท่ากับ 0 สอดคล้องกันกับโกศล เจริญศรี¹⁰ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการศึกษา รูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ ควรมีการศึกษาปัญหาดังกล่าวจึงมีการนำยา Haloperidol Oral Solution เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควรทำความเข้าใจ ความรู้เกี่ยวกับยา Haloperidol ค่าเตือนในการใช้ยา Haloperidol การใช้ยา Haloperidol ปริมาณการใช้ยา Haloperidol และผลข้างเคียงจากการใช้ยา Haloperidol

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลจากการใช้ยา Haloperidol Oral Solution จากรูปแบบการสั่งใช้ยา Haloperidol Oral Solution ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีอาการกำเริบซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด

2. กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). นนทบุรี: บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด.
3. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
4. ผ่องศรี งามดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง : กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี ที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563. 265-80
5. กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2564. <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>
6. นุชนาง เนตรบุตร. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(1) 672-79
7. Kudo S, Ishisaki T.(1999). Pharmacokinetics of haloperidol: an update. Clin Pharmacokinet 1999; 37(6): 435-56.
8. Meyer-Masseti C, Cheng CM, Sharpe BA, et al.(2010). The FDA extended warning for intravenous haloperidol and torsades de pointes: how should institutions respond. J Hosp Med 2010; 5: E8-16.
9. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M.(2017). Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatry. 2017 Sep;62(9):604-616. doi: 10.1177/0706743717720448. Epub 2017 Jul 13. PMID: 28703015; PMCID: PMC5593252.
10. วัฒนา แสงฤทธิ์.(2566). รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ายาผิดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(4). 603-09
11. โกศล เจริญศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(2). 266-96

ผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ The results of the development of the revenue collection management process for the PP Fee Schedule in Kalasin Province.

(Received: April 21,2025 ; Revised: April 26,2025 ; Accepted: April 27,2025)

ดาววิภา ศาสรีเมือง¹
Daowipa Sasrimuang¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบการ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule และประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าความถี่ สถิติเชิงอนุมาน Paired – Sample T-Test และ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า หลังพัฒนาระบบการ หน่วยบริการทุกแห่งสามารถจัดบริการเพิ่มขึ้น โดยมากที่สุด คือ รพ.กาฬสินธุ์ (ร้อยละ 100.0) จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม มีการจัดบริการ และจำนวนครั้งเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการ, ระบบจัดเก็บรายได้, PP Fee schedule

Abstract

This study is an action research that aims to investigate the current situation, develop the management process, and compare the outcomes of revenue collection under the PP Fee Schedule system in Kalasin Province. The data were analyzed using descriptive statistics including percentage and frequency, as well as inferential statistics such as the Paired-Sample T-Test and the Wilcoxon Matched-Pairs Signed Rank Test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that, following the process development, all healthcare service units were able to increase the number of services provided. The highest improvement was observed at Kalasin Hospital, with a 100.0% increase. An analysis of the differences in the revenue collection management process under the PP Fee Schedule system, before and after the intervention, showed a statistically significant increase in both service provision and frequency at the 0.05 significance level.

Keywords: Process development, Revenue collection, PP Fee schedule

บทนำ

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย มีระบบหลักประกันสุขภาพหลักๆ จำนวน 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระบบ

ประกันสังคม และระบบหลักประกันถ้วนหน้ารายได้หลักจะมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว ในปี 2566 ประชากรมีสวัสดิการรักษายาบาลครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 99.5 โดยเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ร้อยละ 74.2 ประกันสังคม/

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองทุนเงินทดแทน ร้อยละ 18.4 และสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 6.8 การซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทประกันเอกชน ร้อยละ 6.4 สวัสดิการโดยนายจ้าง ร้อยละ 1.9 และจากแหล่งอื่นๆ ร้อยละ 1.1¹

PP fee schedule เป็นการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อสร้างเสริมความตระหนักและขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองและการป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้แก่ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยง การส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษา แนะนำ การให้ความรู้และการสาธิต การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันการไชยา และการทำหัตถการ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค² ปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดกรอบแนวทางการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP โดยใช้รูปแบบการเบิกจ่ายแบบ Fee schedule จำนวน 9 รายการ³ โดยมีเป้าหมายเพื่อการเข้าถึงและครอบคลุมการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม ทุกสิทธิการรักษา ในปีงบประมาณ 2566 ได้เพิ่มรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค Fee schedule เป็นจำนวน 22 รายการ⁴ และเมื่อจัดบริการแล้วหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในระบบให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และความสมบูรณ์ของเวชระเบียน รวมถึงการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตาม บริการให้ครบถ้วน ซึ่งระบบการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการมีความสำคัญกับสถานะการทางการเงินการคลังของหน่วยบริการเป็นอย่างมาก⁵ เพราะการให้บริการทุกบริการมีต้นทุนในการดำเนินงาน หากระบบจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อได้รับชดเชยหลังให้บริการไม่ครบถ้วน ซึ่งหัวใจสำคัญของการจัดเก็บรายได้คือ การส่งข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาตามเงื่อนไข รวมถึงการจัดบริการตามศักยภาพระดับหน่วยบริการก็มีความสำคัญ กล่าวคือ หน่วยบริการแต่ละระดับจะมีศักยภาพที่แตกต่างกัน ตามขนาดโดย

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง คือ บุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอาคาร สถานที่ให้บริการ โดยโรงพยาบาลจะมีขนาดทั่วไปขนาดใหญ่ (S) ขนาดกลาง (M1-M2) และขนาดเล็ก (F1-3) หากโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานได้ครบทุกด้านตามศักยภาพก็จะส่งดีทั้งต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายและเพิ่มรายได้จากบริการดังกล่าวได้

จังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีการขับเคลื่อนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee schedule 22 รายการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 โดยมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพทุกโรงพยาบาล ให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามศักยภาพ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้ครบถ้วน แต่ยังพบว่าหน่วยบริการยังดำเนินงานได้ไม่ครบตามกิจกรรมที่กำหนด ปีงบประมาณ 2567 เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ได้กำหนดเป็นประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น โดยตัวชี้วัดคือ ความครอบคลุมของการดำเนินงานตาม PP fee schedule ทุกรายการ ดังนั้นจังหวัดกาฬสินธุ์จึงได้กำหนดตัวชี้วัดคือ ความครอบคลุมของการดำเนินงานตาม PP fee schedule ทุกรายการ ตามศักยภาพของหน่วยบริการ และผลการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกิจกรรมที่ดำเนินการได้ ถือเป็นความท้าทายของหน่วยบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ต้องดำเนินการให้ได้ตามตัวชี้วัด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษา สถานการณ์นโยบาย การดำเนินการต่าง ๆ นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งจากแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory)⁶ มีข้อเสนอให้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งมีกระบวนการให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา

จากความสำคัญที่กล่าวมาในข้างต้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กรอบ

แนวคิดทฤษฎีระบบ ที่ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบาย บุคลากร และ ผู้รับบริการ 2) กระบวนการ มุ่งไปที่ระบบการจัดเก็บรายได้ ได้แก่ การบริการ การบันทึกข้อมูล การส่งออกข้อมูล การเบิกจ่าย ค่าชดเชยค่าบริการ และการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหา และข้อเสนอแนะ โดยคาดว่าจะงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานระบบจัดเก็บรายได้ให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาการและเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีการเปรียบเทียบตัวแปรที่สนใจก่อนและหลังการจัดกิจกรรม และศึกษาเชิงคุณภาพ (Quality Research) มีการวิเคราะห์เนื้อหาของกระบวนการจัดกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับบริการส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรค PP Fee Schedule (PPFS) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule (PPFS) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน 2567

การศึกษาในครั้งนี้ใช้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการศึกษาในช่วง วัน เวลา ดังกล่าว จึงไม่ได้ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ รูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร และภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนากับผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ทฤษฎีระบบ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ และผลกระทบ (2) การพัฒนารูปแบบ โดยใช้กระบวนการ PDCA แบ่งเป็น 4 กระบวนการ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และ Act การประยุกต์ใช้แผนการดำเนินงาน (3) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน เพื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้การหาความตรงของเนื้อหา (validity) และความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมและความชัดเจนของเนื้อหา ทดสอบค่าความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อนำเสนอการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น คือ ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรผลลัพธ์เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous) และกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระต่อกัน (Dependent) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired – Sample T-Test และข้อมูลที่ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเลือกใช้ สถิติ Non-parametric statistic คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test. และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการ

ผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ของปีงบประมาณ 2566 เป้าหมายกิจกรรมทั้ง 22 กิจกรรม พบว่า ศักยภาพของการจัดบริการของหน่วยบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์จะมีความแตกต่างกันตามระดับ โดยระดับของหน่วยบริการได้แก่ (1) ระดับ S คือ รพ.กาฬสินธุ์ (2) ระดับ M2 คือ รพ.ภุฉินารายณ์, รพ.ยางตลาด, รพ.

สมเด็จ, และ รพ.กมลาไสย (3) ระดับ F1 คือ รพ.หนองกุงศรี รพ. (4) ระดับ F2 คือ รพ.เขาวง, รพ.คำม่วง, รพ.ท่าคันโท, รพ.ห้วยเม็ก, รพ.นาคู, รพ.สหัสขันธ์, รพ.นามน, รพ.สามชัย, รพ.ห้วยผึ้ง และ รพ.ร่องคำ (5) ระดับ F3 คือ รพ.ฆ้องชัย และ รพ.ดอนจาน ซึ่งเมื่อศึกษาสถานการณ์แต่ละระดับแล้ว พบว่า

1.1 ระดับ S คือ รพ.กาฬสินธุ์ สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้ทั้งหมด 14 กิจกรรม (ร้อยละ 66.7) ให้บริการจำนวน 37,092 ครั้ง สามารถเบิกจ่ายเงินได้ 11,523,320 บาท ดังตารางที่ 3

1.2 ระดับ M2 ประกอบด้วย รพ.ภุฉินารายณ์, รพ.ยางตลาด, รพ.สมเด็จ, และ รพ.กมลาไสย พบว่า รพ.กมลาไสย สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้มากที่สุด จำนวน 14 กิจกรรม แต่จำนวนครั้งของการให้บริการมากที่สุดคือ รพ.ยางตลาด จำนวน 37,092 ครั้ง ส่วนการเบิกจ่ายเงินได้มากที่สุด คือ รพ.ภุฉินารายณ์ จำนวน 4,116,880 บาท ดังตารางที่ 3

1.3 ระดับ F1 คือ รพ.หนองกุงศรี สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้ทั้งหมด 11 กิจกรรม (ร้อยละ 52.4) ให้บริการจำนวน 8,403 ครั้ง สามารถเบิกจ่ายเงินได้ 1,761,900 บาท ดังตารางที่ 3

1.4 ระดับ F2 ประกอบด้วย รพ.เขาวง, รพ.คำม่วง, รพ.ท่าคันโท, รพ.ห้วยเม็ก, รพ.นาคู, รพ.สหัสขันธ์, รพ.นามน, รพ.สามชัย, รพ.ห้วยผึ้ง และ รพ.ร่องคำ พบว่า รพ.ที่สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้มากที่สุด คือ รพ.สามชัย ทั้งหมด 14 กิจกรรม (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ รพ.เขาวง และ รพ.นาคู จำนวน รพ.ละ 13 กิจกรรม (ร้อยละ 61.9) และจัดกิจกรรมได้น้อยสุดคือ รพ.นามน จำนวน 7 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนจำนวนครั้งของการให้บริการพบว่า รพ.คำม่วงให้บริการมากที่สุด จำนวน 9,553 ครั้ง รองลงมาคือ รพ.สามชัย จำนวน 7,805 ครั้ง และน้อยที่สุดคือ รพ.นามน จำนวน 2,122 ครั้ง การ

เบิกจ่ายเงิน พบว่า รพ.ที่สามารถเบิกจ่ายเงินได้มากที่สุดคือ รพ.คำมวง จำนวน 1,933,800 บาท รองลงมาคือ รพ.สามชัย จำนวน 1,098,370 บาท และน้อยที่สุดคือ รพ.นามน จำนวน 265,960 บาท ดังตารางที่ 3

1.5 ระดับ F3 ประกอบด้วย รพ.ดอนจาน และ รพ.ฮ่องชัย พบว่า รพ.ดอนจาน สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้มากที่สุด จำนวน 11 กิจกรรม (ร้อยละ 57.1) แต่จำนวนครั้งของการให้บริการมากที่สุดคือ รพ.ฮ่องชัย จำนวน 4,342 ครั้ง และการเบิกจ่ายเงินได้มากที่สุดคือ รพ.ฮ่องชัย จำนวน 548,850 บาท ดังตารางที่ 3

2. การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อมูลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) ของโรงพยาบาล ทั้งหมด

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) หน่วยบริการ

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมรายด้าน

การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (รายด้าน)	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับคะแนน
1. โครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	100	A
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	85.3	B
3. ระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.	99.3	A
4. การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	100	A
5. การบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	99.3	A
6. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	89.6	B

3. กระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถกำหนดกระบวนการเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2567 ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Plan (การวางแผน) การวางแผนพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บ

18 แห่ง พบทุกหน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ระดับ A (มากกว่า 90 คะแนน)

เมื่อพิจารณาผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) ของโรงพยาบาล ทั้งหมด 18 แห่ง ปีงบประมาณ 2566 ภาพรวมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) และด้านการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) มีคะแนนคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ด้านระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวนและทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. และด้านการบันทึกรหัสการรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) ร้อยละ 99.3 และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ร้อยละ 85.3 ดังตารางที่ 1

รายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 มาเป็นตัวกำหนดกิจกรรมของแผนพัฒนา ซึ่งกิจกรรมที่ได้กำหนดขึ้น (1) มีข้อมูล/ระบุกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนของกิจกรรมบริการทั้ง 24 รายการ เพื่อกำหนดและพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้มากขึ้น (2) สื่อสาร สร้างความเข้าใจของทีมงานร่วมกันทุกระดับโดยทบทวนคำสั่ง คกก.ศูนย์จัดเก็บ

รายได้ระดับจังหวัด (3) จัดทำแผนการให้บริการ ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน PP Fee Schedule (CCO และ PM ระดับจังหวัดและหน่วยบริการ) และ จัดทำและปรับปรุง Flow chart ของการดำเนิน กิจกรรมรวมถึงกระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ ให้สัมพันธ์กับเกณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง (4) จัดทำ โครงการพัฒนาการจัดเก็บรายได้ /PP FS ของหน่วย บริการในสังกัด สสจ.กาฬสินธุ์ (5) กำหนดตัวชี้วัด ผลลัพธ์ของกิจกรรม และ (6) จัดทำแผนการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 Do (การปฏิบัติตามแผน) เมื่อ จัดทำแผนดำเนินไว้แล้ว ได้มีการจัดประชุมชี้แจง อบรมผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการบริหารจัดการ ระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ให้มีองค์ ความรู้หรือเพิ่มศักยภาพก่อนดำเนินงาน พร้อมร่วม จัดทำ Flow chart ของการดำเนินกิจกรรมและ กระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิให้สัมพันธ์กับ เกณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงให้เป็นภาพรวมของจังหวัด เพื่อให้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเดียวกัน

กิจกรรมที่ 3 Check (การตรวจสอบ) การ ตรวจสอบจะมี 2 ลักษณะ คือ การแก้ไขปัญหาที่พบ ระหว่างดำเนินงานและการประเมินระบบโดยรวม ดังนี้

1) การแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินงาน คือ (1) กรณีระดับหน่วยบริการที่ดำเนินกิจกรรมตามแผน แล้วพบปัญหาหรือข้อมูลที่ส่งเบิกไม่ผ่านการ ตรวจสอบ ก็จะดำเนินการแก้ไขภายในระยะเวลาที่ แต่ละหน่วยบริการกำหนด เมื่อแก้ไขได้แล้วก็ปรับ รูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับหน่วยบริการ หรือให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด (2) กรณีที่หน่วย บริการไม่สามารถแก้ไขได้เอง จะประสานมาที่ หน่วยงานระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์) เพื่อขอคำแนะนำในการวางแผนและแก้ไข ปัญหา พร้อมทั้งช่วยประสานงานระหว่างหน่วยงาน ส่วนกลางด้วย (3) กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน การเบิกชดเชยค่าบริการ (Claim) จำแนกตามรายการ PP fee schedule ปี 2567 จำนวน 24 รายการ (ตาม ศักยภาพ) และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการ Claim

PP Fee Schedule และผลงานการให้บริการของ หน่วยบริการ ทุกเดือน สรุปผลการดำเนินงานและ ถอดบทเรียน PP FS เสนอผู้บริหาร (CFO/กวล.) ราย ไตรมาส (4) พัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงาน โดยจัดทำ Dashboard ในการกำกับ ติดตาม

2) การประเมินระบบโดยรวม โดยสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้กำหนดระยะเวลาใน การประเมินผลงานของหน่วยบริการโดยใช้เครื่องมือ ประเมินผลตามแบบประเมินการจัดบริการสร้างเสริม สุขภาพป้องกันโรค PPFS หน่วยบริการสังกัดเขต สุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ของแต่ละหน่วยบริการตามตัวชี้วัดที่กำหนด พร้อม ทั้งเป็นการประเมินกระบวนการที่ได้วางแผนไว้ว่า เป็นไปตาม Flow chart หรือไม่ โดยการจัดประชุม และร่วมกันวิเคราะห์ผลงานจากข้อมูลที่ได้รับจัดสรร แต่ละหน่วยบริการ และพัฒนากระบวนการบริหาร จัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ให้มีความเหมาะสมกับบริบท

กิจกรรมที่ 4 Act (การประยุกต์ใช้แผนการ ดำเนินงาน) เมื่อกระบวนการบริหารจัดการระบบ จัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัด กาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับ บริบทของจังหวัดแล้ว ได้นำแผนงานนั้นมาเผยแพร่ ให้หน่วยบริการได้ดำเนินการตามเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพ พร้อมกันนั้นก็ได้นำไปเผยแพร่ให้กับ ระบบการจัดเก็บรายได้ของบริการรูปแบบอื่น ๆ เพื่อ ประยุกต์ใช้ให้มีประสิทธิภาพด้วย เช่น คู่มือแนวทาง ปฏิบัติศูนย์จัดเก็บรายได้จังหวัดกาฬสินธุ์(Standard Operating Procedure) แบบประเมินการจัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค PPFS หน่วยบริการ สังกัดเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหาร จัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการ ระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดังกล่าว พบว่า

หลังการกระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ทุกหน่วยบริการสามารถจัดบริการตามศักยภาพได้มากกว่าก่อนพัฒนาระบบ โดยหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ รพ. นามน จำนวน 11 รายการ รองลงมาคือ รพ.ภาพสินธุ์ จำนวน 9 รายการ และหน่วยบริการที่จัดบริการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ รพ.สามชัย จำนวน 3 รายการ อีกทั้งยังสามารถให้บริการจำนวนครั้งผู้รับบริการตามรายการกิจกรรมเพิ่มขึ้นทุกหน่วยบริการ ยกเว้น รพ.สามชัย ที่มีผลงานบริการจำนวนครั้งที่ลดลงจากก่อนพัฒนากระบวนการ สำหรับการได้รับเงินชดเชยพบว่า หน่วยบริการที่ได้รับเงินชดเชยจากการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ รพ. ห้วยเม็ก จำนวน 443,640 บาท รองลงมาคือ รพ. ร่องคำ จำนวน 438,220 บาท และ รพ.นามน จำนวน 407,265 บาท ส่วนหน่วยบริการที่ได้รับเงินชดเชยจากการเบิกจ่ายลดลงมากที่สุด คือ รพ.ภาพสินธุ์ จำนวน -2,772,385 บาท รองลงมาคือ รพ.สมเด็จ จำนวน -747,775 บาท และ รพ.สามชัย จำนวน -346,160 บาท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม โดยพบว่า

(1) การจัดกิจกรรมบริการ ข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิติ parametric คือ Paired – Sample T-Test ผลการวิเคราะห์ พบว่า หลังการจัดกิจกรรมพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง -5.83 ดังนั้นก่อนและหลังการจัดกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่าเฉลี่ยของผลต่าง -6.85 ถึง -4.82 ดังตารางที่ 2

(2) จำนวนครั้งบริการ ข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Non-parametric คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test ผลวิเคราะห์ พบว่า หลังการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่ามัธยฐานของผลต่าง 3473.85 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -5434.85 ถึง -2752.98 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบการจัดกิจกรรมบริการ การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 18)

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{x}_{diff}$	SD_{diff}	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
				95%CI for $\bar{x}_{diff}$	p-value
1. กิจกรรมบริการ (รายการ)	18	-5.83	2.04	-6.85 - -4.82	<0.0001
ก่อน	18	11.67	2.33		
หลัง	18	17.5	2.07		

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบการจัดกิจกรรมบริการ การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	$\bar{x}_{diff}$	SD_{diff}	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
			95%CI for SD_{diff}	p-value
1. จำนวนครั้งบริการ (ครั้ง)	-4893.11	3473.85	-5434.85 - -2752.98	0.0002
ก่อน	8109.33	7995.15		
หลัง	13002.44	10380.6		

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สถานการณ์ปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถจัดบริการ PP Fee schedule ได้ไม่ถึงร้อยละ 80 ของบริการทั้งหมด ทั้งนี้อาจเกิดจากเป็นบริการที่จัดขึ้นใหม่ ทำให้หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจถึงรูปแบบการจัดบริการและการเบิกจ่ายจึงทำให้ผลงานไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายเงิน พบว่า รพท.กาฬสินธุ์เบิกจ่ายได้มากที่สุด (11,523,320 บาท) ซึ่งมีขนาดใหญ่และจำนวนประชากรจำนวนมากจึงสามารถให้บริการได้มาก

เมื่อประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) หน่วยบริการทุกหน่วยมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ระดับ A (มากกว่า 90 คะแนน) โดยด้านที่มีคะแนนน้อยสุดคือ ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (ร้อยละ 85.3) ซึ่งพบการบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุน สปสช. ยังเป็นปัญหาของหน่วยบริการมากที่สุดไม่สามารถแก้ไขได้ตามเวลาที่กำหนด

วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กระบวนการเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2567 ใช้แนวคิดการบริหารงานแบบ PDCA⁷ คือ (1) การวางแผน กำหนดกิจกรรม สื่อสารสร้างความเข้าใจ จัดทำและปรับปรุง Flow chart ให้สัมพันธ์กับเกณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง และกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ให้ชัดเจน (2) การปฏิบัติตามแผน เพิ่มศักยภาพก่อนดำเนินงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานในแนวทางเดียวกัน (3) การตรวจสอบดำเนินการ โดยการแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างดำเนินงาน และการประเมินระบบโดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการ

ตามตัวชี้วัดที่กำหนด และพัฒนากระบวนการให้เหมาะสมกับบริบท (4) การประยุกต์ใช้แผนการดำเนินงาน เมื่อกระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมแล้ว นำแผนงานนั้นมาเผยแพร่ให้หน่วยบริการได้ดำเนินการตามเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยพบว่าการกำหนดเป้าหมาย สื่อสาร พัฒนาศักยภาพ กระบวนการและติดตามประเมินผล จะทำให้กระบวนการเกิดความสำเร็จได้²

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถจัดบริการเพิ่มขึ้น โดยที่สามารถจัดบริการ PP Fee schedule มากที่สุด คือ รพท.กาฬสินธุ์ (ร้อยละ 100.0) น้อยสุดคือ รพ.ห้วยผึ้ง (ร้อยละ 60.9) ทั้งนี้เมื่อพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ทำให้หน่วยบริการในความเข้าใจและมีศักยภาพจัดบริการเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2566 ทุกแห่ง ส่วนการเบิกจ่ายเงินพบมากที่สุดคือ รพท.กาฬสินธุ์ (8,750,935 บาท) และน้อยสุดคือ รพ.ฆ้องชัย (455,125 บาท) สอดคล้องกับขนาดของหน่วยบริการและจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ โดย รพท.กาฬสินธุ์ มีขนาดระดับ (S) ส่วน รพ.ฆ้องชัย มีขนาดระดับ (F3)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม โดยพบว่า การจัดกิจกรรมบริการ พบ หลังการจัดกิจกรรมพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง -5.83 ดังนั้นก่อนและหลังการจัดกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่าเฉลี่ยของผลต่าง -6.85 ถึง -4.82 และจำนวนครั้งบริการ พบ หลังการจัดกิจกรรมพัฒนากระบวนการบริหาร

จัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่ามัธยฐานของผลต่าง 3473.85 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง - 5434.85 ถึง -2752.98 หลังจากการจัดกิจกรรม หน่วยบริการสามารถปรับปรุงระบบจัดเก็บรายได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถเพิ่มกิจกรรมบริการและให้บริการกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น⁸ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการในพื้นที่อื่น ๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับผู้บริหาร ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดให้ชัดเจน และถ่ายทอดนโยบายไปสู่การดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกระดับ พร้อมสนับสนุนปัจจัยหรือกระบวนการแห่งความสำเร็จของแต่ละปีงบประมาณ มีฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในการสะท้อนการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วและจัดให้มีการนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

2. สำหรับผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ มีกระบวนการที่เป็นระบบ ติดตามผลการจ่ายค่าชดเชย ส่งเสริมความเข้าใจของผู้รับบริการในสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการ พัฒนาแนวทางการจัดบริการโดยใช้ในรูปแบบการบริหารจัดการให้มีความชัดเจน โดยการพัฒนาให้เกิดเป็นระบบที่มีความครบถ้วนทั้งในเรื่องของการบริหารจัดการ การควบคุม คุณภาพ และระบบการจัดการด้านข้อมูลภายหลังการให้บริการ

3. สำหรับ รพ.สต. ควรนำรูปแบบการดำเนินงานที่ได้ไปปรับใช้ตามบริบทของหน่วยบริการ โดยเน้นให้ รพ.สต. จัดบริการให้ได้เต็มศักยภาพและเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ครบตามบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในหน่วยงานระดับ รพ.สต. เนื่องจากปัจจุบัน รพ.สต. สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee schedule ได้หลายรายการ อีกทั้งยังสามารถเบิกชดเชยค่าบริการได้เอง จึงควรพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ของ รพ.สต. ด้วย

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบจัดเก็บรายได้ เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาปัจจัยนั้น ๆ แบบเจาะจง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ปี 2566. (ออนไลน์) สืบค้นจาก: <https://www.mhesi.go.th/index.php/all-media/book/9830-2566-18.html>. ; 11-12.
2. เขตสุขภาพที่ 7.(2567). แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (Chief Prevention and Promotion Officer : CPPO) ปี 2567. ; 1-6.
3. บุญฤทธิ์ ล้วนศิริ.(2564). การประชุมชี้แจงแนวทางการบริหารกองทุน PP Fee Schedule ปี งบประมาณ 2564. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี ปี 2564. (ออนไลน์) สืบค้นจาก: <http://www.pknhospital.com/2019/data/pragun/64/P10.pdf>. ; 3-29.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น.(2566). บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2566. (ออนไลน์) สืบค้นจาก: <https://www.uckkpho.com/wp-content/uploads/2022/11/8.2-C2.pdf>. ; 7-40.
5. ปาหนัน กนกวงศ์วัฒน์.(2566). รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปี 2556 ; 30: 106-122.
6. Von Bertalanffy, L. General (1956). System Theory: General Systems. Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory.; 1: 1-10.

7. ณัฏฐ์ณพัชร อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย ปี 2562 ; 1: 39-46.
8. ภาณุมาศ อินทรกำแหง และคณะ. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับการเสริมแรงทางบวกที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ทำงานตาม PDCA ของพยาบาลปฏิบัติงานประกันคุณภาพโรงพยาบาล. วารสารแพทยทหารบก ปี 2567.; 77: 319-329.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient Pelvic Inflammatory Disease with Abdominal Drainage with Shock: A Case Study.

วิภากรณ์ บุญรอด¹
Wipaporn boonrod¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะช็อก ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 47 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ด้วยอาการปวดท้องน้อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ทำ U/S พบ endometriotic cyst R/O Ovarian cancer ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ A complex cystic lesion surround uterus could be TOA or abscess collection แพทย์วินิจฉัย tubo-ovarian abscess ได้รับการผ่าตัด Explor-lap lysis adhesion with drain pus วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อก ได้รับออกซิเจนอัตราไหลสูง ดูแลแก้ไขภาวะช็อกจนปลอดภัย หลังผ่าตัด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการทำแผลสามารถเย็บแผลได้ไม่พบการติดเชื้อซ้ำ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 9 มีนาคม 2567 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 22 วัน

คำสำคัญ: การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน, การผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้อง, ภาวะช็อก

Abstract

This study aimed to study the nursing care of a Patient Pelvic Inflammatory Disease with Abdominal Drainage with Shock. The patient was a 47-year-old Thai woman with underlying of diabetes mellitus and hypertension. She was admitted to the hospital on February 15, 2024, with lower abdominal pain that had started one day prior to admission. An ultrasound revealed an endometriotic cyst with a differential diagnosis of ovarian cancer.

Results: A subsequent CT scan showed a complex cystic lesion surrounding the uterus, which was suspected to be a tubo-ovarian abscess (TOA) or an abscess collection. The medical team diagnosed a tubo-ovarian abscess, and the patient underwent exploratory laparotomy with lysis of adhesions and pus drainage on February 23, 2024. Prior to surgery, the patient developed shock, requiring high-flow oxygen and intensive management to stabilize her condition. Postoperatively, the surgical wound became infected and was treated with antibiotics and wound care. The infection was successfully controlled, and the wound was sutured without recurrence of infection. The patient was discharged home on March 9, 2024, after a total hospital stay of 22 days.

Keywords: Pelvic Inflammatory disease, abdominal drainage, shock

บทนำ

โรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นภาวะที่พบได้บ่อยซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูกท่อนำไข่ รังไข่ เยื่อหุ้มช่องท้องบริเวณ

อุ้งเชิงกรานและกอนฝีหนองที่บริเวณปีกมดลูกสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.1995 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคนี้อยู่ถึง 49 ราย¹ จากผู้ป่วยทั้งหมดทุกแผนกที่มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งสิ้น

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

10,000 ราย และกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร พบว่า ในทุกๆ ปี มีผู้ป่วยสตรีที่มีอายุระหว่าง 16-46 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคนี้ ร้อยละ 1.72 สำหรับข้อมูลเวชสถิติของกลุ่มงานสูติ-นรีเวช ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยนรีเวชมารับบริการ จำนวน 1,785 , 1,659 , 2,075 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน 82 , 115 , 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.59 , 6.93 และ 3.08 ของผู้ที่มารับบริการทั้งหมด โดยประมาณร้อยละ 40 เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วยใน²

โรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นโรคที่มีความสำคัญต่อสุขภาพการเจริญพันธุ์ของสตรี เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคมักเข้ามารับการรักษาช้า และสามารถกลับเป็นซ้ำได้ ส่งผลให้เกิดการทำลาย อวัยวะในระบบสืบพันธุ์อย่างถาวร นำมาซึ่งภาวะมีบุตรยาก การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการปวดท้องน้อยเรื้อรัง โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการมีบุตรยากพบได้สูงถึง ร้อยละ 6-60 ขึ้นกับความรุนแรงของการอักเสบติดเชื้อ จำนวนครั้งของการอักเสบติดเชื้อ และอายุของสตรีที่ติดเชื้อความเสี่ยงต่อการมีบุตรยากจะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวเมื่อมีการอักเสบติดเชื้อของอุ้งเชิงกรานเกิดขึ้นอีกในแต่ละครั้ง โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานครั้งแรกจะเกิดโอกาสที่มีบุตรยากร้อยละ 13 หากป่วยมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป โอกาสมีบุตรยากจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 76 แนวทางการดูแลรักษาจึงเน้นการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และการรักษาอย่างครบถ้วน^{3,4,5}

บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ การส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการเกิดโรคโดยการให้ความรู้ คำแนะนำ และอธิบายเรื่องโรคและแนวทางการรักษา รวมทั้งการรับประสานยาอย่างครบถ้วนรวมทั้งผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ การพยาบาลเมื่อเกิดโรค

แล้ว การฟื้นฟูสภาพเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ และการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยหายจากโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะช็อก ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ค้าขาย สถานภาพ คู่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 79 หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี HN 0590942 AN 670004281 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เวลา 22.54 น.

อาการสำคัญ

ปวดท้องน้อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อย ไม่มีตกขาว มีไข้เป็นๆ หายๆ ไปตรวจที่โรงพยาบาลลำสนธิ วินิจฉัยติดเชื้อในโพรงมดลูก ให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะ จากนั้นปฏิเสธการรักษาไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ทำ U/S พบ endometriotic cyst R/O Ovarian cancer จึงแนะนำให้มารักษาตามสิทธิ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นมา 6 ปี รับยาที่โรงพยาบาลลำสนธิสม่ำเสมอ

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย

การศึกษานี้ได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถ

ปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

สรุปอาการและแผนการรักษา

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดท้องน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/79 มิลลิเมตรปรอท ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ W.B.C count 18410 cell/uL, Neutrophils 81.9%, Platelet count 418,000 cell/uL, Na 138 mg/dL, K 2.71 mg/dL, Cl 104 mg/dL, CO₂ 21.5 mg/dL ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ A complex cystic lesion surround uterus could be TOA or abscess collection แพทย์วินิจฉัย tubo-ovarian abscess มีแผนการรักษา ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml+KCL 40 mEq iv drip 100 ml/hr. ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึก urine ที่ออก ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD, Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง ให้ยาบรรเทาอาการปวด Tramol 50 mg iv prn for pain q 6 hr. เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง

16-20 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดท้องน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.3-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-112 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/78-144/79 มิลลิเมตรปรอท ส่งตรวจ Electrolyte K 2.98 mg/dL 0.9% NSS 1000 ml+KCL 30 mEq iv drip 100 ml/hr. เจาะ DTX premeal hs. เพิ่มยา Mixtard 48 unit sc เข้า 28 unit sc เย็น ให้เก็บส่งตรวจ H/C 2 ขวด not found serum ketone negative

21-22 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดท้องน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.5-

39 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/76-130/79 มิลลิเมตรปรอท On 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. แพทย์พิจารณาวางแผนผ่าตัด Explor-lap lysis adhesion with drain pus วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 เตรียมผ่าตัดเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมเลือด PRC 1 unit ส่งตรวจ Electrolyte K 3.01 mg/dL 0.9% NSS 1000 ml+KCL 40 mEq iv drip 100 ml/hr. DTX ก่อนไปผ่าตัด 103 mg/dL เปลี่ยน IV เป็น 5%D/N/2 1000 ml+ KCL 40 mEq iv drip 80 ml/hr ให้ RI (1:1) iv 8 ml/hr

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explor-lap lysis adhesion with drain pus สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 ml ได้รับเลือดในห้องผ่าตัด PRC 1 unit สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/94 มิลลิเมตรปรอท On 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ปวดแผลผ่าตัด pain score 7-8 คะแนน ให้ยาปฏิชีวนะ Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง Ampicillin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง urine 400-550 ml/8 hr DTX 280-320 mg/dL 24-28 กุมภาพันธ์ 2567 รู้สึกตัว หายใจเหนื่อยเป็นพักๆ แผลผ่าตัดหน้าท้องแดงที่ขอบแผล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4-37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/74-127/98 มิลลิเมตรปรอท On 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr. ลูกนั่งข้างเตียง รับประทานอาหารอ่อนได้

3 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/

นาที่ การหายใจ 28 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต
96/64 มิลลิเมตรปรอท มีแพทย์การรักษาให้ On

HFNC ขณะอยู่ในความดูแล พบปัญหาการ
พยาบาล ดังนี้

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 1. มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เนื่องจากมีก้อนฝีหนองในอุ้งเชิง กราน	การพยาบาล ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ร่วมกับการสังเกตอาการปวดท้องน้อยและอาการกดเจ็บท้องน้อย ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อไม่ให้หนองกระจายเข้าสู่ช่องท้องส่วนบน สังเกตสี กลิ่น และปริมาณสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากช่องคลอด ถ้ามีกลิ่นเหม็นหรือมีหนองมากขึ้นให้ผู้ป่วยรายงานแพทย์ ดูแลความสะอาด จัดหาอุปกรณ์การเช็ดตัวและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทำความสะอาดร่างกายให้ เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค ป้องกันการติดเชื้อได้ แนะนำและดูแลความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุก 4-6 ชั่วโมง ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm iv OD, Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจแลคเตสเพื่อประเมินการติดเชื้อ การประเมินผล วันที่ 15-18 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดท้องน้อยเป็นพักๆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 120/82-130/74 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 19-22 กุมภาพันธ์ 2567 ยังมีอาการปวดท้อง มีไข้สูง อุณหภูมิร่างกาย 38.3-39 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 124/80-128/74 มิลลิเมตรปรอท Lactate 13.2 mmol/L
2. ไม่สุขสบายเนื่องปวดท้อง	การพยาบาล ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะของความเจ็บปวด ตำแหน่งที่เจ็บปวด และความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นระยะ ๆ จัดให้นอน Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ลดอาการปวดท้อง สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆยาว ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ความเจ็บปวดมากขึ้น ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง Pain score เพื่อประเมินสภาพอาการ และความรุนแรงของอาการปวด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Tramol 50 mg iv prn for pain q 6 hr. สังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ยา plasil 10 mg iv prn q 6 hr. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ การประเมินผล ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ pain score 4-5 คะแนน
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้	การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย สังเกตอาการหนาวสั่น ปวดศีรษะ ผิวกายแดง ร้อน ช่วยเหลือเช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำทุก 4-6 ชั่วโมง ให้สารน้ำเพียงพอทางหลอดเลือดดำ ๆ ได้แก่ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr ดูแลให้ได้รับ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ paracetamol (500) 1 tab oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง การประเมินผล วันที่ 15-18 กุมภาพันธ์ 2567 อุณหภูมิร่างกาย 38-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที่ วันที่ 19-22 กุมภาพันธ์ 2567 อุณหภูมิร่างกาย 38.3-39 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที่

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโปแตสเซียมต่ำ	การพยาบาล ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9% NSS 1,000 ml + KCL 40 mEq iv drip 100 ml/hr ควบคุมการหยดผ่าน Infusion pump บันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงหลังให้ ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็ง อาการชัก และไม่รู้ตัว Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย การประเมินผล หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้โพแทสเซียมทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Na 143 mmol/L, K 3.24 mmol/L, Cl 128 mmol/L, CO₂ 20.3 mmol/L
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	การพยาบาล เจาะ DTX stat = 354 mg/dl ให้ RI 10 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากภาวะน้ำตาลสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl ดูแลให้ได้รับ RI ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ DTX 201-250 mg/dl RI 4 unit sc, DTX 251-300 mg/dl RI 6 unit sc, DTX 301-350 mg/dl RI 8 unit sc, DTX 351-400 mg/dl RI 10 unit sc, if < 80 > 400 mg/dl notify ก่อนนอนเปลี่ยน RI เป็น NPH ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ซึ่พรเบาเร็ว การประเมินผล ภายหลังได้รับ RI หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจสม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 114 mg/dl
6. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และรับฟังด้วยท่าที่สนใจ เพื่อประเมินสาเหตุและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพ แนวทางการรักษาของแพทย์ และการพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ บอกและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัด คือ การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ สภาพทั่วไปหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัว ให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยจากการผ่าตัด ด้านร่างกาย แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าผู้ป่วยจะทำผ่าตัดระบายหนองออกจากโพรงเพื่อให้ทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมทำผ่าตัด แจ้งให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลทราบเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด แพทย์ผู้จะทำการผ่าตัด ดูแลให้น้ำและอาหารทุกชนิดทางปากตั้งแต่เวลา 06.00 น. เปลี่ยนสารน้ำจาก 0.9%NSS 1000 ml เป็น 5%D/N/S 1000 ml iv 80 ml/hr และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการงดน้ำและอาหาร เปลี่ยนเสื้อผ้า ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ถอดของมีค่า เสื้อชั้นใน กางเกงชั้นในออก ตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วย ป้ายชื่อมือ แฝ้มประวัติ พร้อมทั้งส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด โดยมีเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับ การประเมินผล เข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่และการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง คืนก่อนวันผ่าตัดนอนหลับพักผ่อนได้
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	การพยาบาล
7. เสี่ยงต่อภาวะสุดสัลักและอุดกั้นทางเดินหายใจ ภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก	ในระยะแรกที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ยังไม่รู้สึกรู้ตัว มีเสมหะเล็กน้อย ได้ดูแลจัดท่านอนหงายราบ ตะแคงหน้าด้านซ้ายเพื่อช่วยให้น้ำลายไหลออกจากปากดีขึ้น และป้องกันไม่ให้ลิ้นตกไปข้างหลัง ป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ดูแลเช็ดน้ำลายจนหมด ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกตัวขึ้น จัดให้

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	นอนศีรษะสูง 30 องศา ประเมินระดับความรู้สึกตัว ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังมีการ สะลึมสะลือ ปลุกเรียก พักหน้ารับได้ เมื่อรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ประเมินรูปแบบการหายใจว่ามี ทางเดินอุดตันหรือไม่ โดยสังเกตจังหวะการหายใจ ความลึกของการหายใจ และลักษณะการ เคลื่อนไหวของทรวงอกพบว่าผู้ป่วยมีจังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ทรวงอกมีการเคลื่อนไหวเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง ฟังเสียงหายใจทุก 30 นาที พบว่าทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 2 ชั่วโมง สังเกตอาการ ผิดปกติที่อาจเกิดจากการขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจ ลำบากมีเสียงดัง การประเมินผล รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสียงเสมหะ ไม่มีอาการของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจลำบากมีเสียงดัง ชีพจร 90-98 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-110/70 มิลลิเมตรปรอท
8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากปอดติดเชื้อ	การพยาบาล จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้าห่มให้คอแขนงเล็กน้อย เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอัตราไหลสูงด้วยเครื่อง HFNC ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษา คือปรับ Flow 50 LPM FiO₂ 0.4 ประเมินติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก สังเกตอาการไอ การขับเสมหะ ลักษณะ ปริมาณ สีของเสมหะ วัดสัญญาณชีพความอิ่มตัวของออกซิเจน โดยประเมินทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพปกติ ติดตาม O₂ saturation และฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง ภายภาพบำบัดทรวงอกและดูดเสมหะที่เป็นสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ แนะนำให้ญาติผู้ดูแลสังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์คือ 5% D/IV 2 1000 ml iv drip 80 ml/hr ให้ได้พักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รบกวนผู้ป่วยเมื่อจำเป็นและพยายามทำกิจกรรมการพยาบาลให้เสร็จสิ้นในช่วงเวลาเดียวกัน เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและเตรียมรถฉุกเฉินให้พร้อม ควบคุมอุณหภูมิร่างกายโดยเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ดูแลให้รับยาขยายหลอดลม Ventolin 1 NB พ่นทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 2 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ ผื่น คัน แน่นหน้าอก ติดตามผล chest X-ray เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของปอด การประเมินผล หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเหนื่อยลดลง เริ่มทำกิจกรรมได้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน Oxygen saturation 97-98% สัญญาณชีพ ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-100/60 มิลลิเมตรปรอท สามารถหยุดการใช้ HFNC ได้ในวันที่ 4 มีนาคม
9. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เครื่อง HFNC	การพยาบาล ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงขับเสมหะของผู้ป่วยและสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด เสียงหายใจ เพื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ HFNC อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HFNC แก่ผู้ป่วยและญาติ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบแหล่งจ่ายออกซิเจนและอากาศ ชุดทำความชื้น ไม่ให้ชำรุด รั่ว ซึมปรับอุณหภูมิเครื่องทำความชื้น อากาศระหว่าง 34-37 องศาเซลเซียส ปรับตั้งการไหลของอากาศตามน้ำหนักและอาการของผู้ป่วยโดยเริ่มที่ Flow 50 ลิตร FiO₂ 0.4 เลือก nasal cannula ที่มีขนาดระยะห่าง

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระหว่าง nasal prong 2 ข้าง พอดีกับรูจมูก และมีขนาดของท่อ nasal prong ประมาณครึ่งหนึ่งของรูจมูก เพื่อให้สะดวกในการระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และความดันบวกที่สูงเกินไปออกสู่ภายนอก จัดตำแหน่งของ nasal cannula ให้อยู่บริเวณกึ่งกลาง ใส่สายให้อยู่ในรูจมูกเสมอและปลายท่อไม่ชนผนังจมูก คล้องและหนีบสาย heated inspiratory circuit กับผ้าปูที่นอนไม่ให้เลื่อนหลุด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการจัดท่านอนและดูดเสมหะทุก 4 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนที่มีความร้อนผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจได้สะดวก ความร้อนไม่สะสมบริเวณโพรงจมูก ไม่เกิดการควบแน่นของน้ำ อธิบายให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูกไม่อ้าปากหายใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเพิ่ม PEEP ช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้ ประเมินสัญญาณชีพเฝ้าสังเกตอาการเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ลักษณะการหายใจลำบาก ติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก เฝ้าระวังและประเมิน ตรวจสอบเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้งาน เช่น แผลกดทับในจมูกจากการใส่ตำแหน่ง nasal cannula ที่ชิดจมูกมากเกินไป ดัดและเปลี่ยนผิวหนังที่เย็บทุกครั้งที่มีการหลุดร่อน ใช้ผ้าคลุมรองใต้สายบริเวณตำแหน่งที่มีการกดทับรัดสายให้แน่นพอดิ ดูแลทำความสะอาดบริเวณรูจมูกและบริเวณ nasal cannula ทุกเวรด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือเพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันการอุดตันจากน้ำมูก สังเกตอาการท้องอืด เนื่องจากอาจมีออกซิเจนบางส่วนรั่วเข้าไปในทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืด เฝ้าระวังค่า Oxygen saturation ถาลดลงอย่างรวดเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้นรายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ประเมินภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ On HFNC ได้แก่ แผลกดทับในจมูก อาการท้องอืด ภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด
10. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการไอมีเสมหะ	การพยาบาล ติดตามความถี่ของการไอเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ดูแลให้จิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อให้คอชุ่มชื้น เสมหะอ่อนตัวและขับเสมหะออกได้ง่าย จัดท่านอน Semi fowler's position เพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่ กระบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น สอนการหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพ ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลมและช่วยเคาะปอดเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก ดูแลพ่นยา Ventolin 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการพ่นยา อาการข้างเคียง เหตุผลของความจำเป็นในการพ่นยา การประเมินผล อาการไอทุเลา เสียง Crepitation Rt lung ลดลง
11. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	การพยาบาล ประเมินพฤติกรรมแสดงถึงความเจ็บปวดของผู้ป่วย จากคำบอกกล่าวและสีหน้า จัดท่านอน Fowler's position หรือ Semi fowler's position จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัวลดอาการเจ็บตึงแผล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด ว่าในช่วงผ่าตัดวันแรกจะปวดมากหลังจากนั้นจะทุเลาลงเรื่อย ๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้ครบถ้วนการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ดูแลให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg im prn ทุก 6 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ ภาวะกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน แนะนำวิธีการเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะ

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่านอน ควรทำด้วยความระมัดระวัง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผ่นผ้าตัดและหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกซ้ำๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสำลักของบาดแผล ใช้มือประคองแผลทุกครั้ง ประเมิน pain score หลังให้การพยาบาล การประเมินผล ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง สีหน้าผ่อนคลายลง ไม่มีหน้ามืดวิงเวียนศีรษะ สัญญาณชีพ ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/90-126/94 มิลลิเมตรปรอท pain score 4-5 คะแนน
12. แผลผ่าตัดติดเชื้อ	การพยาบาล ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และผิวหนัง เพื่อลดการติดเชื้อในผู้ป่วย ทำแผล wet dressing สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล บันทึกสัญญาณชีพทั้งอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง พบอุณหภูมิร่างกายสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ แสดงถึงภาวะการติดเชื้อในร่างกาย ดูแลการได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัด และการหายใจของแผล เช่น ให้รับประทานอาหารจำพวก ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก ๆ เช่น ส้ม เพื่อช่วยในการหายใจของแผล รวมทั้งน้ำดื่มสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อขับของเสียต่างๆ ออกจากร่างกายทางปัสสาวะ ดูแลแผลผ่าตัด Debridement ตามแผนการรักษา ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 2 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว การประเมินผล ลักษณะบาดแผลแดงดี ขอบแผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge เป็นหนอง แพทย์สั่งเย็บแผล แผลแห้งดี อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.2 องศาเซลเซียส
13. ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวที่บ้าน	การพยาบาล ประเมินความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับช่องทางการติดต่อของโรคและการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การทำหัตถการในโพรงมดลูก และการมีภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยการรับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบตามคำสั่ง แพทย์ การมาตรวจตามนัด การรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ที่ถูกต้อง ไม่สวนล้างช่องคลอดหรือทำความสะอาดของอวัยวะ สังกะต้อการกลับเป็นซ้ำ เช่น มีไข้ ปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยทราบว่าหากผู้ป่วยเป็นโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานเป็นครั้งแรกและได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที การทำลายที่ระบบสืบพันธุ์จากการอักเสบจนทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากตามมาจะเกิดได้ค่อนข้างน้อย และให้การปรึกษาปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยด้วยความยินดีสนใจรับฟังและใช้เวลาพร้อมทั้งหาทางช่วยเหลือ ปλοบโยนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การประเมินผล ผู้ป่วยรับฟัง เข้าใจ ทวนการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและมีความดันโลหิตสูงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง

ส่งผลให้แผลหายช้าและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น และโรคเบาหวานยังส่งผลต่อระบบไหลเวียนของเลือด ทำให้การนำส่งสารอาหารและยาปฏิชีวนะ

ไปยังบริเวณแผลลดลง TOA เป็นการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานที่รุนแรง การผ่าตัดระบายหนองทำให้เกิดแผลและเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพรรณ เลิศวงศ์สกุล, เจนจิต ฉายะจินดา, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย⁶ นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่จบใหม่และย้ายมาทำให้ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางอุ้งเชิงกรานที่ทำผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องและการประเมินภาวะช็อก จึงต้องมีการสอนแบบ on the job training เป็นการเพิ่มทักษะความรู้พนักงาน โดยมีพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการสอน เจ้าหน้าที่ขาดการซักซ้อมหรือการฝึกอบรมเกี่ยวกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานไม่เป็นระบบเมื่อเกิดเหตุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราไหลสูง (HFNC) ไม่พร้อม

ข้อเสนอแนะ

1. หอผู้ป่วยนรีเวชและพิเศษหญิงรวมควรมีการทบทวนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางอุ้งเชิงกรานที่ทำผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องร่วมกับ

ภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรในการดูแล รวมถึงรวบรวมข้อมูลสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มการวางแผนพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการ

2. จัดทำแนวทางการพยาบาล (Clinical Practice Guideline) ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อทางอุ้งเชิงกรานที่ทำผ่าตัดระบายหนองทางหน้าท้องร่วมกับภาวะช็อก

3. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ตรวจสอบและบำรุงเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ รวมถึงจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ

4. จัดเจ้าหน้าที่อบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและ CPR

5. การดูแลผู้ป่วย TOA หลังผ่าตัดระบายหนองและมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและทีมแพทย์พยาบาล

6. ผู้ป่วยควรมีกาลังใจที่ดี และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Chayachinda C, Rekhawasin T. (2017). Reproductive outcomes of patients being hospitalised with pelvic inflammatory disease. J Obstet Gynaecol ;37: 228-32.
2. Jonathan Ross MC, Ceri Evans, Deirdre Lyons, Gillian Dean, Darren Cousins, PPI representative. (2018). United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. Public health regulation 1916 venereal disease act 1917.
3. Reekie J, Donovan B, Guy R, Hocking JS, Kaldor JM, Mak DB, et al. (2018). Risk of Pelvic Inflammatory Disease in Relation to Chlamydia and Gonorrhea Testing, Repeat Testing, and Positivity: A Population-Based Cohort Study. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. ;66(3):437-43.
4. เจนจิต ฉายะจินดา. (2560). โรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน. ใน: กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาภิบาล, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานนุรักษ์, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. พี เอล ลิฟวิง. เบญจาภิบาล, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานนุรักษ์, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. พี เอล ลิฟวิง.
5. ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์. (2560). ตำราสูติศาสตร์. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. จีรพรรณ เลิศวงศ์สกุล, เจนจิต ฉายะจินดา, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน. เวชบันทึกศิริราช, 13(3), 261-272.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ แผนก
อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

Risk Factors Associated with Nosocomial Upper Gastrointestinal Bleeding in Non ICU Patients

Internal Medicine Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

(Received: April 21,2025 ; Revised: April 26,2025 ; Accepted: April 27,2025)

วรชกร รัตนวรงค์¹ ณัฐรัตน์ ฉายเพิ่มศักดิ์¹

Waratchakorn Rattanawarang¹ Nattharat Chaipermasak¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังแบบไม่จับคู่ (Retrospective unmatched case-control) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยรวบรวมผู้ป่วย ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรมที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนหลังจากนอนโรงพยาบาลมาแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมง แบ่งเป็นกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน และกลุ่มที่ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน กลุ่มละ 190 คน และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA version 10

ผลการศึกษา : กลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนและกลุ่มที่ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน มีลักษณะทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเพศ และกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนและกลุ่มที่ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน เป็นเพศชายร้อยละ 64.7 และร้อยละ 51.1 (p-value=0.009) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 61.6 และร้อยละ 48.4 (p-value=0.013) และเป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน และตั้งแต่ 14 วันขึ้นไปในสัดส่วนที่เท่ากัน เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนและกลุ่มที่ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน มีโรคเบาหวานร้อยละ 37.9 และร้อยละ 19.5 (p-value <0.001) โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.8 และร้อยละ 33.7 (p-value=0.021) โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 22.1 และร้อยละ 12.6 (p-value=0.021) โรคตับแข็งร้อยละ 10.0 และร้อยละ 4.2 ในส่วนของการใช้ยา พบว่ามีเพียงปัจจัยเรื่องการใช้การต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (Oral anticoagulant : OAC) ที่มีความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนและกลุ่มที่ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน มีจำนวนร้อยละ 2.1 และร้อยละ 9.0 ตามลำดับ เมื่อนำตัวแปรที่สนใจทั้งหมดมาวิเคราะห์ การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multivariable logistic regression) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง (Adjusted OR 2.03; 95% CI 1.18,3.50, p-value=0.011) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Adjusted OR 2.17; 95% CI 1.21,3.89, p-value=0.009) และภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง (Adjusted OR 5.29; 95% CI 3.12,8.95, p-value < 0.001) แต่ตัวแปรอื่นๆพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการเคยมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมาก่อนที่ความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนค่อนข้างสูง แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 9.20; 95% CI 0.95,89.28, p-value = 0.056)

คำสำคัญ: การเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน หอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม

Abstract

This study was retrospective unmatched case-control study was conducted aimed to identify the factors correlating with UGIB among patients in the Department of Internal Medicine at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Study to investigate factors related to upper gastrointestinal bleeding in patients admitted to the non-ICU of the Department of

¹ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Internal Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, from January 1, 2019, to December 31, 2021. Involving patients aged 18 years and older admitted to the non-ICU of Internal Medicine who had UGIB after admitted for 72 hours or more. These individuals were categorized into Case and Control groups, each comprising 190 patients. Data analysis ensued via STATA version 10.

Results: The Case and Control groups differed significantly in terms of gender and age distribution, with 64.7% and 51.1% males in the Case and Control groups, respectively (p -value=0.009), and individuals aged 60 years and older accounting for 61.6% and 48.4% in the Case and Control groups, respectively (p -value=0.013). There was no significant difference in the length of hospital stay between the two groups. Regarding underlying diseases, significant differences were observed in the prevalence of diabetes mellitus (37.9% vs. 19.5%, p -value <0.001), hypertension (45.8% vs. 33.7%, p -value=0.021), chronic kidney disease (22.1% vs. 12.6%, p -value=0.021), and liver cirrhosis (10.0% vs. 4.2%). For medication used, the only significant difference between two groups was the use of oral anticoagulants, with 2.1% in the Case group and 9.0% in the Control group. Multivariable logistic regression analysis revealed that significant risk factors for upper gastrointestinal bleeding included the use of mechanical ventilation for more than 48 hours (Adjusted OR 2.03; 95% CI 1.18, 3.50, p -value=0.011), bloodstream infections (Adjusted OR 2.17; 95% CI 1.21, 3.89, p -value=0.009), and acute and chronic kidney injury (Adjusted OR 5.29; 95% CI 3.12, 8.95, p -value <0.001). However, other variables were not statistically significant. A history of previous upper gastrointestinal bleeding showed a relatively high association with current upper gastrointestinal bleeding, but the association was not statistically significant (Adjusted OR 9.20; 95% CI 0.95, 89.28, p -value = 0.056).

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, General ward, Department of Internal Medicine

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ข้อมูลที่รายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 7-10 ในขณะที่ข้อมูลประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-15 และสูงเป็นร้อยละ 35 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล¹

อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำเหนียว (melena) ถ่ายอุจจาระมีสีแดงสด (hematochezia) หรือถ่ายอุจจาระมีสีแดงเลือดนก (maroon stool) ส่วนสาเหตุของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนสามารถแบ่งได้เป็น 2 สาเหตุหลัก คือสาเหตุจากเส้นเลือดโป่งพอง (Variceal) และไม่ใช่เส้นเลือดโป่งพอง (Non variceal) ปัจจุบันมีการจำแนกผู้ป่วยตามความ

เสี่ยง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะมีอัตราการตายและอัตราเลือดออกซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำชัดเจน โดยมีปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยทางคลินิก และรอยโรคที่ตรวจพบจากการส่องกล้อง โดยมีการพัฒนาระบบการให้คะแนนเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งระบบคะแนนที่ใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ Rockall score, Glasgow Blatchford Score และ AIMS65²

จากการศึกษาเรื่อง Incident and risk factors for gastrointestinal bleeding among patients admitted to medical intensive care unit ของ Shria Kumar และคณะ³ ซึ่งเป็น retrospective cohort study ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2007-2013 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อเลือดออกทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of stay) ระดับค่าซีรัมครีเอตินินที่เพิ่มขึ้น (Elevated serum creatinine) ค่าบิลิรูบินรวม (Elevated total bilirubin) และ

เอ็นไซม์แอสปาร์เตต ทรานส์อะมิเนสที่เพิ่มขึ้น
(Elevated aspartate transaminase)

จากการศึกษาเรื่อง Risk Factors for Nosocomial Gastrointestinal Bleeding and Use of Acid-Suppressive Medication in Non-Critically Ill patients ของ Shoshana J. Herzig และคณะ⁴ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนบนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี เพศชาย ไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) โรคตับ (Liver disease) ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดแบบป้องกัน (Prophylactic anticoagulant) ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Coagulopathy) และการให้บริการทางการแพทย์ (Medical service) ซึ่งเมื่อนำมาคำนวณให้ระดับคะแนนในแต่ละหัวข้อ จะสามารถสร้างเครื่องมือเป็น Clinical risk score เพื่อช่วยในการพยากรณ์โรคว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ในขณะที่นอนโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและติดตาม ตลอดจนให้การรักษาอย่างทัน่วงที

แม้ว่าจะมีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่แสดงถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน แต่การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีอยู่ไม่มากนัก รวมถึงในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมายังไม่เคยมีผู้ทำการศึกษาในประเด็นนี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective unmatched case-control

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลตัวอย่างตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2565 จากเวชระเบียนและงานสารสนเทศโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สำหรับผู้ป่วยที่มี ICD-10 ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน (รายละเอียด ICD-10 ชี้แจงไว้ในหัวข้อนิยามเชิงปฏิบัติ) พบว่าในจำนวนที่สืบค้นมาทั้งหมด 303 คน มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าตาม inclusion criteria (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โดยมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนหลังจากนอนโรงพยาบาลมาแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมง) ทั้งหมด 115 คน จัดเป็นกลุ่ม case จากนั้นทำการสุ่มผู้ป่วยจำนวน 115 คนที่นอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมในช่วงเวลาเดียวกันมาเป็นจำนวน 115 คน (อัตราส่วน Case : Control = 1:1) และพิจารณาที่ละปัจจัยเสี่ยงที่สนใจศึกษา พบว่าปัจจัยเรื่องการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมงสามารถนำมาคำนวณกลุ่มประชากร ได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับปัจจัยอื่น โดยเบื้องต้นคำนวณกลุ่มประชากรโดยใช้สูตรของ Lameshow et al. (1990)

$$n_{case} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q} \left(1 + \frac{1}{r}\right)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(exposure|case), \quad q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(exposure|control), \quad q_2 = 1 - p_2$$

$$p_1 = \frac{p_2 OR}{1 + p_2(OR - 1)}, \quad \Delta = p_1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{(1 + r)}, \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}, \quad r = \frac{n_{control}}{n_{case}}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ case

p_1 = ความน่าจะเป็นในการสัมผัสปัจจัยในกลุ่ม
เป็นโรค (case) = 0.46

p_2 = ความน่าจะเป็นในการสัมผัสปัจจัยในกลุ่ม
ไม่เป็นโรค (control) = 0.32

r = อัตราส่วนระหว่างกลุ่มควบคุม (control)
กับกลุ่มศึกษา (case)

จากข้างต้น เมื่อทดลองทำ pilot study พบว่า
ในค่า $p_1 = 0.46$ และ $p_2 = 0.32$ โดยกำหนด $\alpha =$
0.05 และ $\beta = 0.2$ เมื่อแทนค่าต่างๆ ลงในสมการ
ข้างต้น จำนวนประชากรตัวอย่างที่จะต้องใช้ในการ
การศึกษา จะมีจำนวนทั้งสิ้นอย่างน้อย 190 รายในแต่ละ
กลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษาและเกณฑ์
การคัดออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ
มากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่เข้ารับการรักษานในหอ
ผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนคร
ราชสีมา ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31
ธันวาคม พ.ศ. 2564 2) ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกใน
ทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างนอนโรงพยาบาล โดย
นับจากหลังเข้านอนในหอผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 72
ชั่วโมง

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา 1) ผู้ป่วยที่มา
โรงพยาบาลด้วยอาการเลือดออกในทางเดินอาหาร
ส่วนบนหรือมีการวินิจฉัยหลัก (Principal diagnosis)
ว่าเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน 2) ผู้ป่วยที่มี
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนภายใน 72 ชั่วโมง

แรกหลังนอนโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย
เป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency
anemia) ที่นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อส่องกล้องใน
ทางเดินอาหาร 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง (Lower
gastrointestinal tract bleeding) 5) ผู้ป่วยที่ได้รับการ
รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักฐานว่ามี
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจากการทบทวน
ประวัติในเวชระเบียน

การรวบรวมข้อมูล

ประสานขอข้อมูลจากกลุ่มงานสารสนเทศ (ICT)
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยใช้รหัส ICD 10 ที่
เกี่ยวข้อง ร่วมกับทบทวนประวัติ การวินิจฉัย ผลการ
ส่องกล้องทางเดินอาหาร รวมถึงการรักษาที่ได้รับจาก
เวชระเบียนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย
คอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติคือ
STATA version 10 (ลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลมหาราชนคร
ราชสีมา) โดยสถิติพรรณนานำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย
และค่าร้อยละ ส่วนสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ตัว
แปรเดียว ใช้สถิติ Chi-square ในการหาขนาด
ความสัมพันธ์ใช้ Odds ratio (OR) หลังจากวิเคราะห์
ตัวแปรเดียวแล้วจะนำมาวิเคราะห์แบบ Multiple
logistic regression และนำเสนอด้วยค่า Adjusted
Odds ratio (Adjusted OR) และ 95 % Confidence
interval (CI) กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -
value < 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้
รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลง
นามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือ
สามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดย

ไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 - วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่มีรหัส ICD-10 K226, JK25, JK26, JK27, JK29, JK290, JK297, JK299, JK920, JK921, JK922 เป็นโรค รวม จำนวนทั้งหมด 754 คน โดยคัดออกจากการศึกษาทั้งหมด 564 คน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนตั้งแต่อ่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Prehospital UGIB), มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนภายใน 72 ชั่วโมงแรกของการนอนโรงพยาบาล (UGIB within first 72 hr.), ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia : IDA) ที่นอนโรงพยาบาลเพื่อรอส่งกล้องทางเดินอาหาร, ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง (Lower GI Bleeding : LGIB), ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU setting) และผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลปรากฏในเวชระเบียนว่ามีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (No evidence of UGIB) โดยจะเหลือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (case) ทั้งหมด 190 คน จากนั้นนำข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มีรหัส ICD-10 K226, JK25, JK26, JK27, JK29, JK290, JK297, JK299, JK920, JK921, JK922 เป็นโรคร่วมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมในช่วงระยะเวลาเดียวกัน

มาทำการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) ได้จำนวนผู้ป่วย 190 คนเป็นกลุ่มควบคุม (Control)

เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมาวิเคราะห์พบว่าในกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน และกลุ่มที่ไม่เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน จำนวนกลุ่มละ 190 คน มีลักษณะทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเพศ กลุ่มอายุ และโรคประจำตัว โดยกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนและกลุ่มที่ไม่เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน เป็นเพศชายร้อยละ 64.7 และร้อยละ 51.1 (p -value=0.009) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 61.6 และร้อยละ 48.4 (p -value=0.013) ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 14 วันขึ้นไป จำนวนร้อยละ 50.0 และร้อยละ 14.2 ตามลำดับ (p -value=<0.001)

ในส่วน of โรคประจำตัว พบว่ามีโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.9 และร้อยละ 19.5 (p -value <0.001) โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.8 และร้อยละ 33.7 (p -value=0.021) โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 22.1 และร้อยละ 12.6 (p -value=0.021) โรคตับแข็งร้อยละ 10.0 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

การใช้ยา พบว่ามีเพียงปัจจัยเรื่องการใช้อย่างต้านการแข็งตัวของเลือด (Oral anticoagulant : OAC) เท่านั้นที่มีความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนและกลุ่มที่ไม่เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมีจำนวนร้อยละ 2.1 และร้อยละ 9.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

Factors	UGIB, n=190 (%)	Non UGIB, n=190 (%)	P-value
Gender			0.009*
Male	123 (64.7)	97 (51.1)	
Female	67 (35.3)	93 (49.0)	
Range Age			0.013*

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

Factors	UGIB, n=190 (%)	Non UGIB, n=190 (%)	P-value
<60 Years old	73 (38.4)	98 (51.6)	
≥60 Years old	117 (61.6)	92 (48.4)	
Length of stay			<.001*
<14 days	95 (50.0)	163 (85.8)	
≥14 days	95 (50.0)	27 (14.2)	
Underlying disease			
DM	72 (37.9)	37 (19.5)	<.001*
HT	87 (45.8)	64 (33.7)	0.021*
CKD	42 (22.1)	24 (12.6)	0.021*
Cirrhosis	19 (10.0)	8 (4.2)	0.044*
Cancer	15 (7.9)	20 (10.5)	0.478
Bed ridden	6 (3.2)	7 (3.7)	1.000
Medications			
ASA	35 (18.4)	30 (15.8)	0.586
Clopidogrel	14 (7.4)	17 (9.0)	0.708
Enoxaparin	17 (9.0)	16 (8.4)	1.000
OAC	4 (2.1)	17 (9.0)	0.006*
Steroids	45 (23.7)	42 (22.1)	0.807
Alcohol	15 (7.9)	22 (11.6)	0.299

DM, Diabetes Mellitus; HT, Hypertension; CKD, Chronic Kidney Disease; ASA, Aspirin; OAC, Oral Anticoagulant

ในส่วนของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาทั้งหมด 11 ปัจจัย ได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ได้รับยา ASA ได้รับยา Enoxaparin ได้รับยา Steroids การใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง (On mechanical ventilator > 48 hr.) ค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy ; INR > 1.5) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Platelet < 50,000/ μ L) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ภาวะไตวายทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (Renal Failure) ภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) และเคยมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมาก่อน (Previous UGIB)

เมื่อนำตัวแปรที่สนใจทั้งหมดวิเคราะห์ด้วย Multivariable logistic regression, full model

strategy พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง (Adjusted OR 2.03; 95% CI 1.18,3.50, p-value=0.011) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Adjusted OR 2.17; 95% CI 1.21,3.89, p-value=0.009) และภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง (Adjusted OR 5.29; 95% CI 3.12,8.95, p-value < 0.001) และพบว่าการเคยมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมาก่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนค่อนข้างสูง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 9.20; 95% CI 0.95,89.28, p-value = 0.056) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน

Factors associated UGIB	OR [95% CI]	Adjusted [#] OR [95% CI]	P-Value
Age ≥60	1.71 (1.14, 2.57)	1.42 (0.86, 2.35)	0.167
ASA	1.20 (0.71, 2.06)	1.20 (0.60, 2.42)	0.601
Enoxaparin	1.07 (0.52, 2.18)	1.89 (0.79, 4.53)	0.151
Steroids used	1.09 (0.68, 1.77)	0.83 (0.46, 1.49)	0.523
On Ventilator > 48 hr.	4.16 (2.71, 6.39)	2.03 (1.18, 3.50)	0.011*
INR > 1.5	3.20 (1.82, 5.62)	1.37 (0.69, 2.71)	0.370
Platelet < 50,000/ μ L	1.26 (0.64, 2.48)	1.15 (0.50, 2.65)	0.735
Sepsis	3.92 (2.48, 6.17)	2.17 (1.21, 3.89)	0.009*
Renal failure	8.06 (5.06, 12.86)	5.29 (3.12, 8.95)	<.001*
Hypotension	3.46 (2.16, 5.55)	1.12 (0.61, 2.06)	0.711
Previous UGIB	12.74 (1.64, 99.00)	9.20 (0.95, 89.28)	0.056

*Statistical significance, # ตัวแปรแต่ละตัวใน Model ควบคุมอิทธิพลซึ่งกันและกัน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่าในกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน พบสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง Risk Factors for Nosocomial Gastrointestinal Bleeding and Use of Acid-Suppressive Medication in Non-Critically Ill patients ของ Shoshana J. Herzig และคณะ⁴ ที่กล่าวว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารมากกว่าเพศหญิง

ในกลุ่มที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน พบผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งปัจจัยหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมักมีโรคร่วมและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารจากภาวะเครียด (Stress ulcer) และ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมีอุบัติการณ์การเกิดเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

ในส่วน of ปัจจัยอื่นๆ ที่นำมาศึกษาทั้งหมด 11 ปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง และเคยมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารนำมาก่อน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญมีเพียง 3 ปัจจัย ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษา Incidence and risk factors of gastrointestinal bleeding in mechanically ventilated patients ของ Chu Y-F, Jiang Y, Meng M, Jiang J-J, Zhang J-C, Ren H-S^[5] และการศึกษาเรื่อง Risk Factors for Nosocomial Gastrointestinal Bleeding and Use of Acid-Suppressive Medication in Non-Critically Ill patients ของ Shoshana J. Herzig และคณะ⁴ ที่อธิบายว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมงและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เกิด

Stress ulcer มากขึ้นและเพิ่มโอกาสการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยที่นำมาศึกษาในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่เกิดทั้งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมงร่วมกัน ทำให้มีโอกาสเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเพิ่มขึ้น ส่วนภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรังอาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจากการที่มีค่า BUN สูงและเกิดภาวะ Uremic bleeding ได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนนำมาก่อน มี Adjusted OR 9.20 (95% CI 0.95,89.28) ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนค่อนข้างมาก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจเกิดจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดในแง่ของการสุ่มตัวอย่างประชากรที่นำมาศึกษาน้อยเกินไป อย่างไรก็ตามก็ยังสามารถอธิบายได้จากการเจ็บป่วยในขณะที่นอนโรงพยาบาลอาจเหนียวทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารจากความเครียด (Stress ulcer) และส่งผลให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนในขณะที่นอนโรงพยาบาลตามมาได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่าความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายในหอผู้ป่วยสามัญบางรายที่เข้าการศึกษานี้ มีความรุนแรงของโรคเข้าขั้นผู้ป่วยวิกฤติที่ควรได้รับการรักษาแบบ ICU setting แม้การศึกษานี้จะออกแบบมาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความแตกต่างกับผู้ป่วยใน ICU กับ Non ICU แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่สามารถแยกความแตกต่างกับ ICU setting ได้ชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและบุคลากรที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่สามารถเข้ารับการรักษาใน ICU ได้

2. จากการศึกษาที่สรุปว่าปัจจัยที่ผลต่อเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง (On Mechanical ventilator > 48 hr.) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง (Renal Failure) อาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Organ failure ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤติที่มีความรุนแรงและอาจนำไปสู่การเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัจจัยทั้ง 3 อย่างร่วมกัน นอกจากจะเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนขณะนอนโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยดังกล่าวยังมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงด้วยเช่นเดียวกัน

3. พบว่าบางปัจจัยที่มี Adjusted Odd Ratio สูง ซึ่งคาดการณ์ว่าสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน แต่กลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าไม่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนหรือไม่ การเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจทำให้เห็นผลลัพธ์ของปัจจัยดังกล่าวได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. เนื่องจากการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่นำมาพิจารณาในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักทั้งในแง่ของการมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะระบบต่างๆ (Multiple organ failure) และมีการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงเป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปทำหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหาร (Esophagogastroduodenoscopy : EGD) หากทำการศึกษาในอนาคต อาจพิจารณาเก็บข้อมูลผลการส่องกล้องทางเดินอาหาร การทำหัตถการในการหยุดภาวะเลือดออก อัตราการเสียชีวิตเปรียบเทียบกันระหว่างการได้รับการส่องกล้องและไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ซึ่งสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับคณาจารย์หน่วยโรคทางเดินอาหารในการวางแผนการป้องกันและรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมิทธิ์ เกิดสินธุ์.(2562). ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะทางคลินิกของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดโป่งพองและไม่ใช่เส้นเลือดโป่งพอง (วิทยานิพนธ์).ตาก.ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BJmed/article/download/231188/157397/778432>
2. มณทิรา มณีรัตน์พร.(2563). ตำราโรคระบบทางเดินอาหารและตับในเวชปฏิบัติ : Practical Gastroenterology & Hepatology. บริษัท ปรี้นท์เอเบิล จำกัด.
3. Shria Kumar.(2017). Incidence and risk factors for gastrointestinal bleeding among patients admitted to medical intensive care units. Department of epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, USA, 2017;8: 167-173.
4. Shoshana J Herzig.(2013). Risk Factors for Nosocomial Gastrointestinal Bleeding and Use of Acid-Suppressive Medication in Non-Critically Ill patients. Division of General Medicine and Primary Care, Beth Israel Deaconess Medical Center and Harvard Medical School,MA, USA, 28(5): 683-90.
5. Chu Y-F, Jiang Y, Meng M, Jiang J-J, Zhang J-C, Ren H-S, et al.(2010). Incidence and risk factors of gastrointestinal bleeding in mechanically ventilated patients [Internet]. Nih.gov. 2010 [cited 2024 Apr 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129768/pdf/WJEM-1-32.pdf>

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

Development of Long-Term Dependent Elderly Care System in PLA Health Promoting Hospital Sub-district, Prasat District, Surin Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ปริชญา อยู่คง¹ วันเพ็ญ แก้วปาน²
Prisana Yokhong¹ Wanpen Kaewpan²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิง ภายในและภายนอกชุมชนได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทีมหมอครอบครัว ญาติของผู้สูงอายุหรือบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยก่อนพัฒนาระบบ จำนวน 266 คน และภายหลังการพัฒนาระบบจำนวน 279 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินงานวิจัย 2 ระยะ ระยะที่1 การพัฒนาระบบฯ ระยะเวลา 2 ปี 6 เดือน (มกราคม 2564-มิถุนายน 2566) และระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบฯ ระยะเวลา 1 ปี (กรกฎาคม 2566-กรกฎาคม 2567)

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่1 การพัฒนาระบบมี 3 ช่วงคือ ระยะก่อนปฏิบัติการ ระยะปฏิบัติการ และระยะหลังปฏิบัติการ และระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ และระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนระดับการมีส่วนร่วมไม่มีความแตกต่างในระยะก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ,การดูแลระยะยาว,ผู้สูงอายุ,บุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิง

ABSTRACT

This research is an action research with the objective of developing a long-term care system for the elderly and dependent people in the Phai Subdistrict Health Promoting Hospital, Prasat District, Surin Province. The sample group consists of those involved in the care of the elderly and dependent people, both inside and outside the community, including elderly care managers, elderly caregivers, family doctor teams, and relatives of the elderly or dependent people. Before the system development, there were 266 people and after the system development, there were 279 people. Quantitative data were collected using semi-structured interviews and quantitative questionnaires using semi-structured interviews and general information questionnaires, knowledge assessment, participation, and community satisfaction. Quantitative data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content

¹ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ที่ปรึกษางานวิจัย)

analysis. The research is conducted in 2 phases: Phase 1: System development for 2 years and 6 months (January 2021-June 2023) and Phase 2: System development effectiveness study for 1 year (July 2023-July 2024).

The results of the study found that Phase 1, the system development, consisted of 3 stages: pre-operation stage, operation stage, and post-operation stage. Phase 2, the study of the effectiveness of the development of the system for caring for the elderly and long-term dependent persons, found that after the development of the system for caring for the elderly and long-term dependent persons, the sample group had a significantly higher level of knowledge and satisfaction than before the system development stage ($p\text{-value} < 0.05$). The level of participation was not different before and after the system development stage

Keyword: The systemic development, long-term care, elderly, dependent person

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ¹ (Ageing Society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติเป็นที่เรียบร้อยแล้วนั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปีพ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปีพ.ศ. 2563 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปีพ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด²

ปรากฏการณ์ใหม่ในศตวรรษที่ 21 ของประเทศไทยที่เปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัย จากข้อมูลพบว่าขนาดหรือจำนวนของประชากรรวม และประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จากในปี 2503 จนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต โดยประชากรผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี 2503 เป็น 7.5 ล้านคนในปี 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 17.7 ล้านคนในปี 2573 เมื่อมองถึงสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับเช่นกันโดยในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นผู้สูงอายุ³ และภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่ม

เป็น 1 ใน 4 ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มจากร้อยละ 3.6 ในปีพ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2550⁴ ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ อายุยังสูงยิ่งเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่ง (ร้อยละ 57.7) มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน การหกล้ม จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าวทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไป และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายและทุเลาจากการเจ็บป่วย ลดการเกิดความพิการหรือทุพพลภาพ และยืดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสภาพปัญหาในผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ⁵ ตามที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง⁶

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขตามนโยบายของรัฐ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ยึดตามประกาศ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้องค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 มีเจตนารมณ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ความเหมาะสม ได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล ได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไพล และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วนั้น จึงได้จัดทำโครงการเพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์⁷

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลไพล เริ่มดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในปี 2560 เริ่มจากการเตรียมความพร้อมขององค์กรซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลไพล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล และพื้นที่ เพื่อสมัครเข้าร่วมดำเนินงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน Website tc.nhso.go.th/ltc.gr⁸ เพื่อบันทึกข้อมูล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในพื้นที่ โดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล มีภารกิจในการประเมินและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบลไพล โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)⁹ เพื่อทำการคัดแยกผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลไพล เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มติดเตียง(ADL=0-8) กลุ่มติดบ้าน (ADL=9-11) และกลุ่มติดสังคม (ADL=12-20)¹⁰ หลังจากนั้นทำการบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน และติดเตียงเข้าในโปรแกรมดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลไพลมีภารกิจในการตรวจสอบข้อมูลจากฐานประชากรในพื้นที่จริง และทำการยืนยันในระบบ

จากนั้น สป.สช.ทำการอนุมัติงบประมาณ แบบเหมาจ่ายค่าบริการจำนวน 5,000 บาท ต่อราย และทำการบริหารงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุ ผ่าน “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลไพล” นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพในพื้นที่ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพลมีโรงพยาบาลปราชญ์ ที่รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ และอัตราค่าจ้าง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และนักกายภาพบำบัด ดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกกลุ่มซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก็เป็นส่วนหนึ่ง ในพื้นที่ตำบลไพล ทำให้มีภาพของการดำเนินในรูปของสหสาขาวิชาชีพอย่างยิ่ง ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2560 แต่ในงบประมาณ 2562-2563 เว้นว่างจากการดำเนินงานสาเหตุจากการขาดบุคลากรที่สำคัญ คือผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จากการโยกย้ายหน่วยงาน และไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน ทำให้มีงบประมาณค้างท่อในระบบจำนวนมาก

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลไพล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการศึกษา ถึงกระบวนการ และปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน และตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล อำเภอปราชญ์ จังหวัดสุรินทร์

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)¹² ของ Kemmis และ Mc Taggart (1990)¹¹ เก็บข้อมูลประเมินก่อนปฏิบัติการ ระบุปฏิบัติการ และระบุหลังปฏิบัติการ ซึ่งต้องการทราบสภาพปัญหา/บริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในพื้นที่ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่เหมาะสมกับพื้นที่ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เพื่อประเมินผลการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวกับการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่เหมาะสมกับพื้นที่ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ใช้เวลาในการทำวิจัยคือช่วงเดือน 21 กรกฎาคม 2566 ถึงเดือน 20 กรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัย ดัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลไพลอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จากในและนอกชุมชน ประกอบด้วย

1.1 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CARE MANAGER:CM) จำนวน 1 คน

1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย (CARE GIVER:CG) จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลักสูตร 70 ชั่วโมงจากกรมอนามัย ได้รับในประกาศ และยินดีเข้าร่วมโครงการในพื้นที่ตำบลไพล ในปีงบประมาณ 2564

1.3 ทีมหมอบครอบครัว (Family Care Term : FCT) จำนวน 3 คน

1.4 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (LONG TERM CARE : LTC) จำนวน 121 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ ผู้สูงอายุ และบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สัญชาติไทย ทุกกลุ่มอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลไพล ได้รับการประเมินโดยเครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลแอคทีแวล (Barthel Activities of Daily Living : ADL). ได้คะแนนตั้งแต่ 0-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ในปีงบประมาณ 2564

1.5 ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 121 คน คัดเข้าจากญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง จากกลุ่มที่ 1.4 และยินดีเข้าร่วมการศึกษารวบรวมทั้งสิ้น 266 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพที่สร้างขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชน สภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของชุมชน สภาพทั่วไป ลักษณะประชากร สภาพสังคมและวัฒนธรรม ภาวะสุขภาพและการสาธารณสุข สภาพปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกทะเบียนการผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย CM(CARE MANAGER) , CG (CARE GIVER) , FCT (Family Care Term : FCT)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุในระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลไพล ประจำปีงบประมาณ 2564-2565 (Care plan)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าโครงการ Long term care ประกอบด้วย ข้อมูล

ทั่วไป แบบประเมิน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แบบประเมินความเครียด 2Q และ 9Q¹³ แบบประเมินข้อเข่าเสื่อม¹³ แบบประเมินสมองเสื่อม¹³ และ care plan ในรอบ 6, 9 และ 12 เดือน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structure Questionnaires Interviewed)¹⁴ รายบุคคลก่อน-หลังดำเนินการ โดยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และตามกรอบแนวคิดของงานวิจัย ประกอบด้วย ความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้เข้าร่วมวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

ภายหลังการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ (รหัส COA No.003-2566) ผู้วิจัยได้เดินทางไปเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย โดยทำหนังสือขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการยอมรับและปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนาม หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน 21 กรกฎาคม 2566- 21 กรกฎาคม 2567 และทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่า ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการ

วิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้นผลการวิจัย

ผลการศึกษา

1. กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำแนกตามหมู่บ้านทั้ง 12 หมู่ในเขตพื้นที่ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยเป็นการแยกตามเพศหญิง ชาย ในเวลาที่ทำการศึกษาในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่ามีส่วนประชากรทั้ง 2 ปีใกล้เคียงกัน และข้อมูลย้อนหลังประมาณ 5 ปี พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดของพื้นที่ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มากกว่าร้อยละ 20 ในทุกปี และมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ในปี 2562 จากร้อยละ 6.59, 10.68, 11.31 และ ร้อยละ 12.11 แสดงถึงสัดส่วนภาวะพึ่งพิงที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. จำนวน ร้อยละผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร และจำแนกตามค่า ADL โดยรวมเปรียบเทียบระยะก่อนพัฒนาระบบ กับระยะหลังพัฒนาระบบ พบว่า ADL เฉลี่ยก่อนพัฒนาระบบ 8.17 คะแนน ($\bar{x} = 8.17$, SD 2.984) ADL เฉลี่ยหลังพัฒนาระบบ 7.13 คะแนน ($\bar{x} = 7.13$, SD 2.9882) โดยในระยะก่อนพัฒนาระบบ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 55.37 รองลงมาคือภาวะพึ่งพิงส่วนมากร้อยละ 28.93 น้อยที่สุดคือภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ร้อยละ 15 ภายหลังการพัฒนาระบบพบว่ามีผู้สูงอายุได้รับการดูแลเพิ่มสูงขึ้นพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 38.80 รองลงมาคือภาวะพึ่งพิง

ส่วนมากร้อยละ 32.09 น้อยที่สุดคือภาวะฟุ้งฟิง
สมบูรณ์ร้อยละ 29.10

3. ความรู้เบื้องต้นเรื่องการพัฒนากระบวนการ
ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะฟุ้งฟิงโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล แยกออกเป็น 3 เรื่องดังนี้
ระดับความรู้เบื้องต้นเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแล
ผู้สูงอายุ ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ
ช่องปากผู้สูงอายุ และ ระดับความรู้เรื่องการพัฒนา
ผู้สูงอายุที่บ้าน โดยที่ระดับความรู้เบื้องต้นเรื่องการพัฒนา
กระบวนการดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนพัฒนา
ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ปานกลางสูงสุด
ร้อยละ 55.75 รองลงมา ระดับความรู้สูงร้อยละ
25.75 ภายหลังพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับ
ความรู้เรื่องการพัฒนาาระบบระดับสูง ร้อยละ 51.97
รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 43.73 ระดับความรู้
ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ก่อน
พัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบ มีคะแนนความรู้
ระดับสูง ร้อยละ 62.83 และ 78.17 ตามลำดับ
รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 22.57 และร้อย
ละ 17.56 ตามลำดับ ระดับความรู้เรื่องการพัฒนา
ผู้สูงอายุที่บ้าน ก่อนการพัฒนาาระบบกลุ่มตัวอย่างมี
ระดับความรู้ปานกลางสูงสุด ร้อยละ 88.94 รองลงมา
ระดับความรู้ระดับต่ำร้อยละ 11.06 ภายหลังพัฒนา
ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องการพัฒนา
ระบบระดับสูง ร้อยละ 73.84 รองลงมาระดับปาน
กลางร้อยละ 17.20

4. การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการดูแล
ผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวตำบลไพล
อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยจำแนก 4 ด้าน
ดังนี้ 1.ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2.ด้านการ
มีส่วนร่วมในการดำเนินการ 3.ด้านการมีส่วนร่วมใน
การรับผลประโยชน์ 4.ด้านการติดตามประเมินผล
โดยที่ ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการ
ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะฟุ้งฟิงระยะยาว
ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านการมี

ส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกประเด็นมีระดับการมีส่วน
ร่วมในระดับมาก ในระยะก่อนพัฒนาระบบ ($\bar{x}$
=3.88,S.D.=0.07) และระยะหลังพัฒนาระบบ ($\bar{x}$
=4.05,S.D.=0.09) ระดับการมีส่วนร่วมในการการ
พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะ
ฟุ้งฟิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัด
สุรินทร์ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ในระยะ
ก่อนพัฒนาระบบ ในประเด็นการจัดทำแผนกิจกรรม
เพื่อพัฒนาระบบ ($\bar{x}$ = 3.71, SD 0.71) และการ
ชักชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรม($\bar{x}$ = 3.85,
SD 0.75) มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ส่วน
ประเด็นกำหนดแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหา
ร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน กิจกรรม และ
การดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาในดูแล ในระดับ
ปานกลาง ส่วนระยะหลังพัฒนาระบบการมีส่วนร่วม
ในการดำเนินการระดับมากทุกประเด็น ($\bar{x}$ = 3.90,
S.D.= 0.08) ระดับการมีส่วนร่วมในการการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะฟุ้งฟิง
ระยะยาว ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
จำแนกรายด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
ในระยะก่อนพัฒนาระบบ ในประเด็นการรับความรู้
ในการดูแล($\bar{x}$ =3.86,S.D.=0.89) และ ความ
ภาคภูมิใจในผลของการดำเนินการ ($\bar{x}$
=3.72,S.D.=0.93) ระดับมากส่วนประเด็นอื่นๆระดับ
ปานกลาง ในระยะพัฒนาระบบ การมีส่วนร่วมในการ
รับผลประโยชน์อยู่ในระดับมากทุกประเด็น ดังนี้ การ
รับความรู้ในการดูแล ($\bar{x}$ =4.18,S.D.=0.63) การ
ได้รับประโยชน์ในกิจกรรม ($\bar{x}$ =4.05,S.D.=0.75) การ
ชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหา($\bar{x}$ =3.97,S.D.=0.81)
การหาข้อบกพร่องในการพัฒนาระบบ ($\bar{x}$ =
4.01,S.D.=0.71) และความภาคภูมิใจในผลของการ
ดำเนินการ ($\bar{x}$ =4.09,S.D.=0.71) ระดับการมีส่วน
ร่วมในการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุและ
บุคคลที่มีภาวะฟุ้งฟิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอ
ปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำแนกรายด้านการติดตาม

ประเมินผล ในระยะก่อนพัฒนาระบบ ในประเด็น การเสนอแนะข้อมูลการประเมินผล การตรวจสอบ ความก้าวหน้า และเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน ตามกิจกรรมต่างๆ อยู่ในระดับมาก ประเด็นอื่นๆ อยู่ ในระดับปานกลาง ในระยะหลังพัฒนาระบบการมี ส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผลระดับมากทุก ประเด็น

5. ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลไพล อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ โดยจำแนก 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านกระบวนการดำเนินการ 2. ด้าน ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการ 3. ด้านข้อมูลและการ เชื่อมต่อบริการ 4. ด้านการจัดการพื้นที่ในชุมชน 5. ด้านการประเมินผลการดำเนินงาน โดยที่ ระดับ ความพึงพอใจในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบล ไพล อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ด้านกระบวนการ ดำเนินการ ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.88,S.D.=0.02) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ =4.04,S.D.=0.11) ระดับความพึงพอใจ ในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ด้านผู้เกี่ยวข้องในการ ดำเนินการ ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.88,S.D.=0.10) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ =4.03,S.D.=0.11) ระดับความพึงพอใจ ในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ด้านข้อมูลและการเชื่อมต่อ บริการ ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.85,S.D.=0.03) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ =4.09,S.D.=0.04) ระดับความพึงพอใจ ในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ด้านการจัดการพื้นที่ใน

ชุมชน ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.98,S.D.=0.10) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ =4.10,S.D.=0.04) ระดับความพึงพอใจ ในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ด้านการประเมินผลการ ดำเนินงาน ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.89,S.D.=0.13) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ =4.15,S.D.=0.04)

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เบื้องต้นเรื่องการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล แยกออกเป็น 3 เรื่องดังนี้ ระดับความรู้เบื้องต้นเรื่องการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุ ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุ และ ระดับความรู้เรื่องการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนพัฒนา ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ปานกลางสูงสุด ร้อยละ 55.75 รองลงมา ระดับความรู้สูงร้อยละ 25.75 ภายหลังพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความรู้เรื่องการพัฒนาการพัฒนาระบบระดับสูง ร้อยละ 51.97 รองลงมา ระดับปานกลางร้อยละ 43.73 ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ก่อน พัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบ มีคะแนนความรู้ ระดับสูง ร้อยละ 62.83 และ 78.17 ตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 22.57 และร้อยละ 17.56 ตามลำดับ ระดับความรู้เรื่องการพัฒนาการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน ก่อนการพัฒนาระบบกลุ่มตัวอย่างมี ระดับความรู้ปานกลางสูงสุด ร้อยละ 88.94 รองลงมา ระดับความรู้ระดับต่ำร้อยละ 11.06 ภายหลังพัฒนา ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องการพัฒนา ระบบระดับสูง ร้อยละ 73.84 รองลงมา ระดับปาน กลางร้อยละ 17.20 ทั้งนี้ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเนื่องจาก

กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ภาสกร สวนเรือง และคณะ(2561)¹⁵ ทำการศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพการดูแลเรื่องสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยงและบัดดี้ มีรูปแบบในการทำงานที่ชัดเจนขึ้น เห็นได้ชัดจากการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plans) ที่มีแผนการทำงานมีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care managers) และการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละรายผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะโรคเฉพาะทางที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อการธำรงรักษาให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จึงควรมี นโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมศักยภาพของผู้ช่วยเหลือฯ ในการช่วยงานการจัดบริการเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพ

ส่งเสริมบุคคลครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะและพิจารณาค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และการศึกษาของราตรี โพธิ์ระวัช (2018)¹⁵ การวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า 1 ผู้สูงอายุในตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชรส่วนใหญ่ พึ่งตนเองได้ จำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 97.43 ดูแลตนเองได้บ้างจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.43 พึ่งตนเองไม่ได้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.14 2 ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการเจ็บป่วยและต้องการให้หน่วยงานสนับสนุนเครื่องอุปโภคและบริโภค 3 แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรมีการบูรณาการวางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล การให้ความรู้ผู้สูงอายุ ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยจำแนก 4 ด้าน ดังนี้ 1.ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2.ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 3.ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4.ด้านการติดตามประเมินผล โดยที่ ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกประเด็นมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ในระยะก่อนพัฒนาระบบ ($\bar{x}=3.88, S.D.=0.07$) และระยะหลังพัฒนาระบบ ($\bar{x}=4.05, S.D.=0.09$) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะ

พึงพิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ในระยะก่อนพัฒนาระบบ ในประเด็นการจัดทำแผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบ ($\bar{x} = 3.71$, SD 0.71) และการชักชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{x} = 3.85$, SD 0.75) มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ส่วนประเด็นกำหนดแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน กิจกรรม และการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาในดูแล ในระดับปานกลาง ส่วนระยะหลังพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินการระดับมากทุกประเด็น ($\bar{x} = 3.90$, S.D.= 0.08) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำแนกรายด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ในระยะก่อนพัฒนาระบบ ในประเด็นการรับความรู้ในการดูแล ($\bar{x} = 3.86$, S.D.=0.89) และความภาคภูมิใจในผลของการดำเนินการ ($\bar{x} = 3.72$, S.D.=0.93) ระดับมากส่วนประเด็นอื่นๆระดับปานกลาง ในระยะพัฒนาระบบ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมากทุกประเด็น ดังนี้ การรับความรู้ในการดูแล ($\bar{x} = 4.18$, S.D.=0.63) การได้รับประโยชน์ในกิจกรรม ($\bar{x} = 4.05$, S.D.=0.75) การชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหา ($\bar{x} = 3.97$, S.D.=0.81) การหาข้อบกพร่องในการพัฒนาระบบ ($\bar{x} = 4.01$, S.D.=0.71) และความภาคภูมิใจในผลของการดำเนินการ ($\bar{x} = 4.09$, S.D.=0.71) ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำแนกรายด้านการติดตามประเมินผล ในระยะก่อนพัฒนาระบบ ในประเด็นการเสนอแนะข้อมูลการประเมินผล การตรวจสอบความก้าวหน้า และเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ อยู่ในระดับมาก ประเด็นอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะหลังพัฒนาระบบการมี

ส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผลระดับมากทุกประเด็น ทั้งนี้การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากเนื่องจากกระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว สอดคล้องกันกับการศึกษาพรชัย จุลเมตต์ และคณะ (2018)¹⁶ ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และภูมิปัญญาไทย พบว่า รูปแบบการฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย 6 กระบวนการ คือ 1) การกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของผู้บริหารและผู้นำชุมชน เป็นการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไว้ในนโยบายการบริหารเทศบาล และผู้นำชุมชนกำหนดการดูแลผู้สูงอายุไว้ในแผนการดำเนินงานของชุมชน 2) การวางแผนร่วมกันของชุมชน เป็นการร่วมมือกันของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ 3) การลงมือปฏิบัติตามแผน โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนลงมือปฏิบัติตามแผนฯ ที่ได้กำหนดไว้ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพโดยผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล 5) การติดตามความก้าวหน้าและการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและพยาบาลติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว และ 6) ระบบการบริหารจัดการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยเทศบาลควมมีระบบการบริหารจัดการที่ครอบคลุมตั้งแต่ การจัดการข้อมูลการเจ็บป่วยและความต้องการการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย การจัดการบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการจัดการและการสนับสนุนอุปกรณ์การฟื้นฟูสภาพที่จำเป็น และการศึกษาของสาคร อินทโธเล่ และคณะ (2563)¹⁷ การศึกษาการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษา พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงเทคนิคมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยได้ รูปแบบ “ทำสองคอนโมเดล” มี 4 องค์ประกอบสำคัญได้แก่ นโยบาย บุคลากร การบริการและระบบสนับสนุน รูปแบบการบริการนี้เหมาะสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และการศึกษาของเลอศักดิ์ จันทน์น้อย และแก้วทิพย์ (2562)¹⁸ ได้ทำการศึกษา รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า 1. สภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับท้องถิ่น สำหรับปัญหาการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีปัญหาสูงสุดคือด้านบุคลากรในการปฏิบัติงาน รองลงมาคือ ด้านนโยบายและกำกับติดตาม ด้านที่มีปัญหาน้อยที่สุด คือด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน และการศึกษา

ของ ยุทธพล เดชรัตน์ชาติและ ยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565)¹⁹ งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า 1. สภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับท้องถิ่น สำหรับปัญหาการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีปัญหาสูงสุดคือด้านบุคลากรในการปฏิบัติงาน รองลงมาคือ ด้านนโยบายและกำกับติดตาม ด้านที่มีปัญหาน้อยที่สุด คือด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน

3. ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตำบลไผ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยจำแนก 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านกระบวนการดำเนินการ 2. ด้านผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการ 3. ด้านข้อมูลและการเชื่อมต่อบริการ 4. ด้านการจัดการพื้นที่ในชุมชน 5. ด้านการประเมินผลการดำเนินงาน โดยที่ ระดับความพึงพอใจในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบล

ไหล อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านกระบวนการดำเนินการ ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.88, S.D.=0.02) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.04, S.D.=0.11) ระดับความพึงพอใจในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไหล อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.88, S.D.=0.10) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.03, S.D.=0.11) ระดับความพึงพอใจในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไหล อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านข้อมูลและการเชื่อมต่อบริการ ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.85, S.D.=0.03) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.09, S.D.=0.04) ระดับความพึงพอใจในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไหล อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านการจัดการพื้นที่ในชุมชน ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.98, S.D.=0.10) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.10, S.D.=0.04) ระดับความพึงพอใจในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลไหล อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ด้านการประเมินผลการดำเนินงาน ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.89, S.D.=0.13) ภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.15, S.D.=0.04) สอดคล้องกันกับการศึกษาของนันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ (2022)²⁰ การวิจัยเรื่องพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ ผลการวิจัยพบว่า 1. สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี

เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกันทั้งในและนอกสถานบริการและญาติยังไม่มีความมั่นใจหรือพร้อมรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 2. รูปแบบการพัฒนา 4 ประเด็นตาม KP-PHO Model ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3. หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมอยู่ในระดับพึงพอใจ ($M=3.56$, $SD=0.76$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดี ($M=2.56$, $SD=0.52$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.12$, $p<.05$) ผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลที่บ้านได้ เจ้าหน้าที่ใช้แบบฟอร์มได้ง่ายและมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบฟอร์มในการพัฒนา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น และการศึกษาของ ประทีป จินน์ และคณะ (2562)²¹ การวิจัยเรื่องการพัฒนาวัตรกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ผลการวิจัยพบว่า วัตรกรรมที่เป็นชุดกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจำนวน 7 กิจกรรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในประเด็นต่าง ๆ ผ่านเกณฑ์ในระดับดี และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อวัตรกรรมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ (2564)²² การวิจัยเรื่องพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสมไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการ

ทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบได้กระบวนการจัดการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ 4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของ ชลการ ทรงศรี และคณะ (2563)²³ การวิจัยเรื่องบทเรียนการดำเนินงานระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการระบบการดูแลและระยะยาวมี 2 รูปแบบได้แก่ กลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลไกของหน่วยบริการสุขภาพดำเนินงาน ซึ่งผลลัพธ์ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าใจในการปฏิบัติการดูแลและระยะยาว ความเป็นผู้นำและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารทุกระดับ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างองค์กรท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และประชากรในพื้นที่ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา ควรมีการจัดระบบการดูแลและระยะยาวอย่างต่อเนื่องพร้อมจัดหาเงินทุนอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง มีผู้จัดการดูแลจำนวนเพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และควรมีการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการสาธารณสุข ผลงานวิจัยถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการด้านสาธารณสุข ที่ตอบสนองนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข สามารถยืนยันผลการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และมีภาพของการประสานภาคีเครือข่ายหลากหลายภาคส่วน การสนับสนุน และส่งเสริมการใช้งบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านบริหารสาธารณสุข ผลงานวิจัยส่วนหนึ่งมาจากการดำเนินงานโครงการบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ และบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งเกิดจากการบริหารบุคลากรในหน่วยบริการ บริหารทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน และเป็นการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านวิชาการ

3. ด้านวิชาการ มีการพัฒนาหลักสูตร สำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็น การจัดซื้อจัดจ้าง ระเบียบการเงิน และวัสดุครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในภาพของอำเภอหรือทำการศึกษาใน 3-5 หน่วยบริการเปรียบเทียบด้านจุดเด่น จุดด้อย ปัญหา อุปสรรค โอกาสพัฒนาในแต่ละพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหในระดับอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลไพล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจากงานวิจัยจาก “สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566”

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2565. 120 p.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558) ประวัติความเป็นมา.เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2564, จาก <http://dop.go.th/main/history.php>
3. กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities) กรมอนามัยปีงบประมาณ 2566
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการบริหารจัดการ ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ;2559
5. สำนักงานผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัยภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563.
6. สำนักงานผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัยภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แนวทางการปฏิบัติการขอรับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care)ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566.
8. แนวทางการปฏิบัติการขอรับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care)ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 [Internetเข้าถึงเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2566]. 2566.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่1)กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก;2557
10. กระทรวงสาธารณสุข สก. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
11. Kermis S., McTaggart R.,Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. New York:Springer. ;2014
12. ทวีวรรณ ศรีคำสุข.ACTION RESEARCH IN HEALTH การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร; 2567
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่1)กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก;2557
14. Bloom Benjamin S. Taxonomy of Educational objective,Handbook I:Cognitive Domain.New Yark:David Mckay;2968
16. ราตรี โพธิ์ระวัช. (2018). แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. สักทอง : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทสม.), 25(4), 10.
19. เลอศักดิ์ จันทน์น้อย, & สมศรี แก้วทิพย์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน. Retrieved from
24. ชลกร ทรงศรี, กิตติพร โพธิ์ทาภู, สุวัฒน์ ทรงศรี, อาคม นามบุรี, & กาญจนา ปัญญาธร. (2563). บทเรียนการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 23(3), 15.
21. นันทิกานต์ หวังจิ, & อมรรัตน์ แสงสุวรรณ. (2022). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 9(1), 16.
22. ประทีป จินนี้, ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร, ชูศรี วงศ์รัตน์, ประณต คำฉิม, ยุทธนา ไชยจุล, ทศนา ทองภักดี, & พงรรัตน์ เกษรแพทย์. (2562). การพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21. วารสารบรรณศาสตร์ มศว, 12(2), 15.

17. พรชัย จุลเมตต์, วนิดา น้อยมนตรี, รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์, นาริรัตน์ สังวรวงษ์พนา, & ศศิธร กรุณา. (2018). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาไทย. *บูรพาเวชสาร*, 5(2), 13.
15. ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, & สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 15.
20. ยุทธพล เดชารัตนชาติ, & ยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมทศน์*, 22(3), 18.
23. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. (2564). การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 12.
18. สาคร อินทไธโล, พนิดา โยวะผุย, นิตยา กออิสรานูภาพ, วรวิษา สำราญเนตร พยม, สุกันยา บัวลาด, มัทติกา ปาโส, & พลยา คุณบัวลา. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 13.

การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู

Strengthening community leaders' comprehensive of caring for drug addicts recovery stage.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

จาลาวลย์ จิตจักร¹Jalawan Jitjak¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟูและศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู มีระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 – เมษายน 2568 จำนวน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลนาขาม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนและความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ก่อนและหลังการดำเนินงาน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความเข้าใจ แกนนำชุมชน การดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู

Abstract

This study was action research to enhance the understanding of community leaders in caring for drug addicts in the rehabilitation period. The objectives are to study the understanding of community leaders in caring for drug addicts in the rehabilitation period and to study the enhancement of the understanding of community leaders in caring for drug addicts in the rehabilitation period. The research period is between February 2025 and April 2025, a total of 3 months. The sample group includes community leaders from Nakhon Subdistrict Health Promotion Hospital, Nonsawang Subdistrict, Kuchinarai District, Kalasin Province, a total of 40 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 understanding of community leaders in taking care of drug addicts in the rehabilitation period and the understanding of community leaders in the guidelines for taking care of drug addicts in the rehabilitation period after the implementation, both overall and in each aspect, were at the highest level. When comparing the understanding of community leaders in drug treatment with community participation and the understanding of community leaders in the guidelines for taking care of drug addicts in the rehabilitation period before and after the implementation, it was found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level. After the implementation, the understanding of community leaders in drug treatment with community participation before and after the implementation was higher than before the implementation.

Keywords: Enhancing understanding, community leaders, Taking care of drug addicts in the rehabilitation period

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลโนนพองแก้ว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่าในปี 2564 มีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกมากกว่า 296 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 จากช่วงทศวรรษก่อนหน้า และมีผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงประมาณ 39.5 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา (UNODC, 2022) ซึ่งปัญหาดังกล่าว มีสำคัญและส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อสังคมในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ¹

ปัจจุบันประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้เสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศ จากรายงานการสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ.2566 พบว่าจำนวนผู้เสพสารเสพติดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 มีประมาณ 6 ล้านคน โดยสารเสพติดที่ใช้สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กระท่อม 3 ล้านคน กัญชาเพื่อสันทนาการ 1.7 ล้านคน และกัญชาทางการแพทย์ นอกเหนือการใช้ทางการแพทย์ 1.2 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ชายใช้สารเสพติดมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า และกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก ได้แก่ กัญชาเพื่อสันทนาการ ยาบ้า ไอซ์ และสารระเหย เช่น กาว สี ทินเนอร์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมอย่างกว้างขวาง และยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น²

ผู้เสพสารเสพติดในชุมชนถือเป็นปัญหาสำคัญ และมีความท้าทายที่ต้องการการแก้ไขอย่างจริงจัง เนื่องจากผู้เสพสารเสพติดมักประสบปัญหาทางสุขภาพกายและจิตใจ ขาดโอกาสทางการศึกษาและอาชีพ อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมายและสร้างปัญหาอาชญากรรมในชุมชน การดูแลผู้เสพ

สารเสพติดจึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การบำบัดรักษาไปจนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้เสพสารเสพติดสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{3,4} การดูแลในระยะฟื้นฟูมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้เสพสารเสพติดต้องเผชิญกับความเสี่ยงสูงในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การเลิกใช้สารเสพติดไม่ประสบความสำเร็จในระยะยาว ระยะฟื้นฟูจึงเป็นช่วงเวลาที่ต้องได้รับการสนับสนุนและดูแลอย่างใกล้ชิดจากหลายภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างเต็มที่ การสนับสนุนในระยะฟื้นฟูควรครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและลดความเครียดที่อาจกระตุ้นให้กลับไปใช้สารเสพติดอีก ด้านสังคม เช่น การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน การส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างคุณค่า และการช่วยเหลือด้านอาชีพ เพื่อให้ผู้ฟื้นฟูสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและมีบทบาทในสังคมได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ การดูแลในระยะฟื้นฟูยังต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการและสถานการณ์ของแต่ละบุคคล การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและลดโอกาสในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ⁵

แกนนำชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู โดยแกนนำชุมชน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในชุมชน มีบทบาทในการประสานงาน สร้างความเข้าใจ และเป็นตัวแทนในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดในชุมชน บทบาทหน้าที่ของแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้เสพสารเสพติดและครอบครัว การติดตามและประเมินผลการฟื้นฟู การ

สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและปลอดภัย⁶ การเสริมสร้างความเข้าใจของแกนนำชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู การเสริมสร้างความเข้าใจนี้ครอบคลุมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของสารเสพติด ผลกระทบของการใช้สารเสพติด กลไกการเสพติดซ้ำ แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนทักษะในการสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพสารเสพติดเกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง นอกจากนี้ การเสริมสร้างความเข้าใจยังช่วยให้แกนนำชุมชนสามารถประเมินสถานการณ์และวางแผนการดูแลผู้เสพสารเสพติดได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์ และคณะ⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายเพื่อยกระดับชุมชนต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสารเสพติดของตำบลต้นแบบ พบว่าค่านึงที่เห็นเงื่อนไขความสำเร็จ ได้แก่ 1) การสร้างศรัทธาของผู้นำชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนยอมรับ 2) การสร้างระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง โดยการตรวจตราตนเองโดยคนในชุมชน 3) การสร้างการรับรู้ยอมรับและเข้าใจในการกำหนดกติการ่วมกันของคนในชุมชน 4) การสร้างพลังแนวคิดชุมชนบำบัดเป็นบรรทัดฐานเพื่อให้เกิดความเชื่อใจ ไว้วางใจในชุมชน และ 5) การจัดการความรู้ในทุกกระบวนการทำงาน โดยหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาสารเสพติดของตำบลวังแดง อยู่ที่การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน กลไกการจัดการของชุมชน และความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ซึ่งกระบวนการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดของอำเภอตรอนได้ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ถึงปัญหาสารเสพติดร่วมกันให้กับคนในชุมชน ด้วยจิตอาสา 2) ขั้นตอนของการแสวงหาแนวร่วมในการแก้ไขปัญหาทั้งจากองค์กรภายนอกและภายในชุมชน

3) ขั้นตอนการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาโดยเน้นการพัฒนาคนภายในชุมชน 4) ขั้นตอนการขยายพื้นที่และสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมระดับตำบล และ 5) ขั้นตอนการสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืน

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ประสบปัญหาสารเสพติด โดยเฉพาะในอำเภอภูผามาศ ซึ่งมีรายงานจำนวนผู้เสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นของแกนนำชุมชนในการดูแลและฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติด ส่งผลให้การดำเนินงานในชุมชนยังขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เสพสารเสพติดและครอบครัวได้อย่างเต็มที่ ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของแกนนำชุมชนอย่างเป็นระบบ

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู เพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทางในการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน และนำไปสู่การดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชนอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิผลในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู
2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู
3. เพื่อศึกษาผลของการความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู เป็น

เชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 – เมษายน 2568 จำนวน 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลนาขาม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลนาขาม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู การกำหนดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู การดำเนินการตามกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู และสรุปผลของการความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

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

2.2 แบบสอบถามความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู 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) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำ

แบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ดังนี้ 1) แบบสอบถามความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .755 2) แบบสอบถามความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .838

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู
2. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3. ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู
4. เก็บรวบรวมข้อมูลความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู
5. สรุปผลความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู การกำหนด

กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู การดำเนินการตามกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู และสรุปผลของการความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู พบว่า ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น การสืบสภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย การสืบสภาพชุมชน การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชน การเตรียมความพร้อมผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู การเตรียมความพร้อมของ

บุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
การสืบทอดชุมชน	3.29	0.69	4.45	0.59	39	-7.893	.000*	-1.46264	-.86593
การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด	3.47	0.62	4.28	0.66	39	-6.082	.000*	-1.08273	-.54227
ค่านึงถึงสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย	3.70	0.75	4.53	0.55	39	-5.858	.000*	-1.10986	-.54014
การมีส่วนร่วมของชุมชน	3.24	0.78	4.51	0.54	39	-8.171	.000*	-1.58023	-.95311
รวม	3.43	0.46	4.44	0.47	39	-10.027	.000*	-1.22229	-.81193

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่

ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
การเตรียมความพร้อมผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู	3.73	0.62	4.48	0.56	39	-6.203	.000*	-.99458	-.50542
การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย	3.35	0.34	4.42	0.56	39	-10.007	.000*	-1.28226	-.85107
การเตรียมความพร้อมชุมชน	3.43	0.39	4.48	0.51	39	-9.978	.000*	-1.25641	-.83288
รวม	3.51	0.28	4.46	0.49	39	-11.140	.000*	-1.12695	-.78059

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะ

ฟื้นฟู ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ใน

ระดับมาก ยกเว้น การสืบสภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ยกเว้น การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของณฐพร ผลงาม⁸ ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยองส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำ การเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย การสืบสภาพชุมชน การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชน การเตรียมความพร้อมผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน โดยประยุกต์จากคู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง) ของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข^{6,9} สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์, ศรีณยู เรือนจันทร์, เติ้จการ กันแจ่ม และสุนีย์ กันแจ่ม⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายเพื่อยกระดับชุมชนต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ 1) การสร้างศรัทธาของผู้นำชุมชน 2) การสร้างระบบ และกลไกการเฝ้าระวังโดยคนในชุมชน 3) การสร้างการรับรู้ ยอมรับและเข้าใจในการ

กำหนดกติการ่วมกัน 4) การสร้างพลังแนวคิดชุมชนบำบัดเป็นบรรทัดฐาน และ 5) การจัดการความรู้ในทุกกระบวนการทำงาน กระบวนการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมี 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความตระหนักถึงปัญหายาเสพติดร่วมกันให้กับคนในชุมชน 2) แสวงหาแนวร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากองค์กรภายนอกและภายในชุมชน 3) ขั้นตอนการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เน้นการพัฒนาคนภายในชุมชน 4) ขยายพื้นที่และสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมระดับตำบล และ 5) สร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนส่งผลให้ ความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนและความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู ก่อนและหลังการดำเนินงาน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์ ยอดชาย สุวรรณวงษ์¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี มี 5 องค์ประกอบ คือ (1) แนวคิดรูปแบบ: ชุมชนมีความตระหนักเข้าใจและยอมรับผู้ติดยา, การใช้ศักยภาพชุมชนร่วมบำบัด, องค์กรท้องถิ่นเป็นแกนนำขับเคลื่อนการบำบัดยาเสพติด (2) หลักการรูปแบบ: สร้างค่านิยมความรับผิดชอบระดับครอบครัว, เสริมสร้างและสนับสนุน

ศักยภาพชุมชน, ส่งเสริมผู้นำท้องถิ่นเป็นแกนนำการบำบัดยาเสพติด, ส่งเสริมการบำบัดยาเสพติดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต, พัฒนาระบบการสื่อสารด้านยาเสพติด (3) เป้าหมายรูปแบบ: ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดที่มีคุณภาพ, ประชาชนมีความรอบรู้ด้านยาเสพติด, เกิดการบูรณาการทำงานของภาคีเครือข่าย (4) กระบวนการรูปแบบ: การบริหารศักยภาพเครือข่าย, การสร้างความร่วมมือภาคประชาชน, การจัดกิจกรรมบำบัดยาเสพติดด้วย 3 ฐานบำบัด, การติดตามเสริมพลัง และ (5) การประเมินผลรูปแบบ: การประเมินผลบุคคล, การประเมินผลเครือข่าย ประเมินรูปแบบพบว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.03, S.D.=.731) และมีความเป็นไปได้ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.93, S.D.=.305) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัฒน์ วิเศษวงษา¹¹ ได้ศึกษาการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชนก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู ควรมุ่งเน้นให้แกนนำชุมชนมีความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย การสืบสภาพชุมชน การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชน การเตรียมความพร้อมผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู ที่เกิดจากการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพยาเสพติดในระยะฟื้นฟู

เอกสารอ้างอิง

1. Wongtongkam N, Ward PR, Day A, Winefield AH.(2015). Exploring family and community involvement to protect Thai youths from alcohol and illegal drug abuse. J Addict Dis. 2015;34(1):112-21. doi: 10.1080/10550887.2014.975616. PMID: 25491376.
2. วรวรรณ จุฑาและกมลลักษณ์ มากคล้าย.(2566). รูปแบบการใช้สารเสพติดในคนไทย : ผลการสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2566, คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, เข้าถึง 16 เมษายน 2066, <https://dmh-elibrary.org/items/show/1685>
3. กรมประชาสัมพันธ์.(2567). การแก้ไขปัญหายาเสพติด : แนวทางสู่สังคมปลอดภัยและยั่งยืน. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2568. <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/31/iid/341286>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(2567). พื้นที่ปลอดภัยจากยาเสพติด สร้างได้โดยชุมชนบำบัด. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2568. <https://www.thaihealth.or.th/พื้นที่ปลอดภัยจากยาเสพติด/>
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจ สำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561) แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง(Community Based Treatment and care). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข,2561
7. จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์, ศรีณยู เรือนจันทร์, เติ้จการ กันแจ่ม และสุนีย์ กันแจ่ม.(2564). การพัฒนาเครือข่ายเพื่อยกระดับชุมชนต้นแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. แผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8. ณัฐพร ผลงาม.(2564) การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตรสาธารณสุขนวัตกรรม ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-72.
9. กระทรวงสาธารณสุข (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2567
10. ขวัญกาญจน์ ชาลีรัตน์ ยอดชาย สุวรรณวงษ์.(2565). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้ติดยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2(1). 49-68
11. สุพัฒน์ วิเศษวงษา.(2567). การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(6). 943-51

การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี The study of epidemiology and factors influencing the success of treatment for cleft lip and palate in Kingnarai Hospital.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ผจงพร สดงาม¹
Pajongporn Sodngam¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 148 คน รวบรวมข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผู้ดูแล การมารับการรักษา ผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ ฟิชเชอร์ สหสัมพันธ์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: จากจำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 58,002 คน พบผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 148 คิดเป็นความชุก 2.55 ต่อการเกิดมีชีวิต 1000 ราย ส่วนใหญ่เกิดในเพศชาย จำนวน 80 คน (54.05%) เป็นผู้ป่วยปากแหว่ง (cleft lip) จำนวน 56 คน (37.83%) เพดานโหว่ (cleft palate) จำนวน 62 คน (41.89%) ผู้ป่วยปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and palate) จำนวน 30 คน (20.28%) เข้ารับการผ่าตัดซ่อมปากแหว่ง (Cheiloplasty) ช่วงอายุ 3-6 เดือน จำนวน 66 คน (45.59%) อายุเฉลี่ย 4.40 เดือน การผ่าตัดซ่อมเพดาน (Palatoplasty) ช่วงอายุ 9-18 เดือน จำนวน 116 คน (78.38%) อายุเฉลี่ย 10.25 เดือน ประสบความสำเร็จในการรักษาจำนวน 110 คน (74.32%) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า อายุของผู้ดูแล 35-45 ปี ระดับรายได้ ภูมิลำเนา นอกเขตในจังหวัด จบประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: โรคปากแหว่งเพดานโหว่, ความสำเร็จในการรักษา

Abstract

This study was a retrospective study aimed to study the epidemiology of cleft lip and/or cleft palate and the factors influencing the success of treatment for cleft lip and palate in Lopburi Province. The sample group included patients with cleft lip and/or cleft palate who received treatment at King Narai Hospital between 2013 and 2022. A total of 148 patients were purposively selected based on specific criteria. Data were collected on personal information, caregivers, treatment attendance, and treatment outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and logistic regression analysis.

Results: Out of 58,002 live births, 148 cases of cleft lip and/or palate were found, representing a prevalence of 2.55 per 1,000 live births. The majority were male (80 cases, 54.05%). Of the cases, 56 (37.83%) had cleft lip, 62 (41.89%) had cleft palate, and 30 (20.28%) had both cleft lip and palate. Cheiloplasty was performed at the age of 3–6 months in 66 cases (45.59%), with an average age of 4.40 months. Palatoplasty was performed at the age of 9–18 months in 116 cases (78.38%), with an average age of 10.25 months. Treatment was successful in 110 cases (74.32%). Factors significantly associated with successful treatment ($p<0.05$) included caregiver age between 35–45 years, household income level, residence outside the district but within the province, and primary school education level.

Keywords: cleft lip and palate, treatment success

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ภาวะปากแหว่ง (Cleft Lip) และหรือเพดานโหว่ (Cleft Palate) เป็นความผิดปกติของกระบวนการสร้างโครงสร้างของใบหน้า และช่องปากทำให้เกิดการเปิดหรือปริแตกในริมฝีปากบนเพดานปาก ส่งผลให้โครงสร้างของใบหน้าทารกไม่แนบสนิท ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมถือเป็น 2 ปัจจัยหลักของภาวะนี้ ซึ่งกลไกการเกิดโรคนี้เริ่มต้นที่ทารกในครรภ์อายุประมาณ 4 สัปดาห์ เซลล์ของระบบประสาท (Neural crest cell) จากท่อระบบประสาท (Neural tube) ส่วนหน้ามีการเคลื่อนตัว (Migrate) เพื่อสร้างส่วนที่จะเจริญเป็นใบหน้ามีการสร้างส่วนอื่น (Process) ต่าง ๆ การเติบโตของเนื้อเยื่อชั้นกลาง (Mesoderm) หลังจากนั้นในช่วงสัปดาห์ที่ 5-7 mesoderm ยังเจริญอย่างต่อเนื่องและเกิดการเชื่อมตัวของ process ต่าง ๆ เช่น บริเวณตรงกลาง ส่วนยื่นฟรอนโตเนซอล (Frontonasal process) จะรวมกับส่วนยื่นแมกซิลลา (Maxillary process) เกิดเป็นเพดานปฐมภูมิ (Primary palate) ซึ่งจะพัฒนาเป็นส่วนต่าง ๆ ของใบหน้า หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น อาทิ การเชื่อมระหว่าง process อ่อนแอหรือถูกขัดขวาง จะเกิดรอยแยกบริเวณจมูก ริมฝีปาก และสันเหงือกด้านหน้า โดยอาจเกิดเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด นำไปสู่ความผิดปกติของการปิดหรือเชื่อมของเนื้อเยื่อส่วนริมฝีปากและเพดานปากได้¹

อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่นั้นมีแตกต่างกันในแต่ละประเทศและเชื้อชาติ หรือแม้กระทั่งภายในเชื้อชาติเดียวกัน โดยพบในคนไทยมากกว่าคนผิวขาวและคนผิวดำ^{2,3} สำหรับประเทศไทยปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบมากเป็นอันดับที่ 6 ของโรคที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงที่สุดเท่ากับ 2.49 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 ราย ประเมินการได้ว่า จะมีเด็กแรกเกิดใหม่ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงถึงประมาณ 700-800 รายต่อปี โดยปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นปากแหว่งอย่างเดียว และเพดานโหว่อีกอย่างเดียว ซึ่งปากแหว่งร่วมกับเพดาน

โหว่พบในเพศชายมากกว่าหญิง ส่วนเพดานโหว่อ้างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{4,5} การดูแลจึงต้องให้ความสำคัญตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งบิดามารดาต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์และวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multi-disciplinary team) ดังนั้น การผ่าตัดตามเกณฑ์ช่วงเวลาที่เหมาะสมจึงถือเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของการรักษาด้วย เพื่อให้ได้รับการผ่าตัดตามช่วงเวลาที่เหมาะสมและลดอัตราการเกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างถาวร รวมถึงตัวเด็กเองและผู้ปกครองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแม้ปัจจุบันจะมีวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ สถานบริการที่ได้มาตรฐาน ระบบบริการทางการแพทย์ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และมีโครงการ “ ยิ้มสวย เสียงใส ” เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังพบว่าส่วนหนึ่งที่ยังมาเข้ารับการรักษาและขาดการรักษาไปไม่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ทุกปี แต่มีส่วนหนึ่งที่เข้ามารับการรักษาและไม่ต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชใน

ระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565 คัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) ผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ อายุ 0-20 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565
- 3) การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก

การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 148 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การวินิจฉัยชนิด ข้าง บริเวณที่เป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ สิทธิบัตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิบัตร ภูมิลำเนา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมารับการรักษา ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ระบบการส่งต่อ การเดินทาง ระยะทางในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การติดตามนัดหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่มารับการรักษา การผ่าตัด ผลการรักษา

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.81 และความเชื่อมั่นโดยวิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาคเท่ากับ 0.87

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ซึ่งแจ้งในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงนับทดสอบโดย Chi-square, Fisher exact test ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มใช้สถิติ t-test และสหสัมพันธ์ถดถอย Logistic regression มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

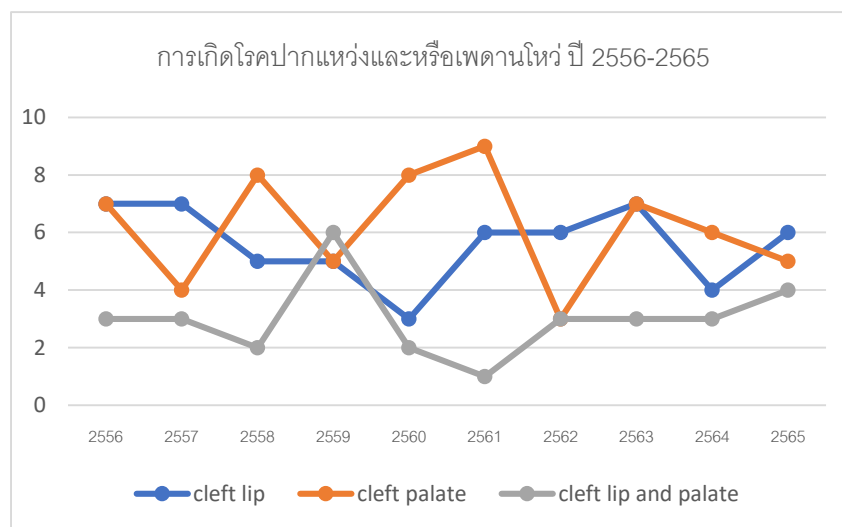
ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่พบว่า ส่วนใหญ่เกิดในเพศชาย จำนวน 80 คน (54.05%) สิทธิบัตรในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพจำนวน 104 คน (70.27%) บริเวณที่เป็นปากแหว่งส่วนใหญ่เป็น 2 ข้าง (Bilateral) จำนวน 49 คน (56.97%)

การเกิดโรคปากแหว่ง พบว่า จากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ 58,002 คน พบผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 148 คิดเป็นความชุก 2.55 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย เป็นผู้ป่วยปากแหว่ง (cleft lip) จำนวน 56 คน (37.83%) เพดานโหว่ (cleft palate) จำนวน 62 คน (41.89%) ผู้ป่วยปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and palate) จำนวน 30 คน (20.28%) ดังตารางที่ 1 โดยอัตราความชุกการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่พบมากที่สุดในปี 2563 ความชุก 3.26 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย ดังตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จังหวัดลพบุรีปี 2556-2565 (N=148)

ปี พ.ศ.	เด็กเกิดมีชีพ	การเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่			ความชุกต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย
		cleft lip จำนวน	cleft palate จำนวน	cleft lip and palate จำนวน	
2556	6,678	7	7	3	17 (2.55)
2557	6,577	7	4	3	14 (2.12)
2558	6,544	5	8	2	15 (2.29)
2559	5,283	5	5	6	16 (3.03)
2560	6,154	3	8	2	13 (2.11)
2561	5,794	6	9	1	16 (2.76)
2562	5,331	6	3	3	12 (2.25)
2563	5,217	7	7	3	17 (3.26)
2564	5,186	4	6	3	13 (2.51)
2565	5,238	6	5	4	15 (2.86)
รวม	58,002	56 (37.83)	62 (41.89)	30 (20.28)	148 (2.55)



ข้อมูลการเข้ารับการผ่าตัดตามช่วงอายุพบว่า การเข้ารับการผ่าตัดซ่อมปากแหว่ง (Cheiloplasty) ช่วงอายุ 3-6 เดือน จำนวน 66 คน (45.59%) อายุ

เฉลี่ย 4.40 เดือน การผ่าตัดซ่อมเพดาน (Palatoplasty) ช่วงอายุ 9-18 เดือน จำนวน 116 คน (78.38%) อายุเฉลี่ย 10.25 เดือน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเข้ารับการผ่าตัด

การเข้ารับการผ่าตัด		จำนวน (ร้อยละ)	Mean	SD
Cheiloplasty	3-6 เดือน	66 (44.59)	4.40	3.217
	อื่นๆ	82 (55.41)		
Palatoplasty	9-18 เดือน	116 (78.38)	10.25	5.846
	อื่นๆ	32 (21.62)		

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ระหว่างกลุ่มที่มีความสำเร็จในการรักษา และไม่มีความสำเร็จในการรักษา พบว่า อายุของผู้ดูแล

การศึกษา ระดับรายได้ ภูมิฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเพศไม่มีความแตกต่าง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ปัจจัย	ความสำเร็จในการรักษา		p-value
	Yes (N=110)	No (N=38)	
เพศผู้ดูแล			0.568
ชาย	38 (34.55)	14 (36.84)	
หญิง	72 (65.45)	24 (63.16)	
อายุของผู้ดูแล			0.004 ^a
35-45 ปี	56 (50.90)	28 (73.68)	
> 45 ปี	54 (49.09)	10 (26.32)	
การศึกษา			0.017 ^b
ประถมศึกษา	18 (16.28)	13 (34.21)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	55 (50.00)	23 (60.53)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	34 (31.00)	2 (5.26)	
ปริญญาตรี	3 (2.72)	0 (0)	
ระดับรายได้			0.002 ^a
< 5000 บาท	78 (70.90)	31 (81.58)	
> 5,000 บาท	32 (29.10)	7 (18.42)	
ภูมิลำเนา			0.001 ^b
ในเขต	63 (57.27)	11 (28.95)	
นอกเขตในจังหวัด	42 (38.18)	24 (63.16)	
ต่างจังหวัด	5 (4.54)	3 (7.89)	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			0.036 ^b
บิดา มารดา	79 (71.81)	12 (31.58)	
บุคคลอื่น เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย	31 (28.19)	26 (68.42)	

^aChi- square, ^bFisher exact test

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า อายุของผู้ดูแล < 45 ปี ระดับรายได้ ภูมิลำเนานอกเขตในจังหวัด จบ

ประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่

Factors	Adjusted OR [95% CI]	p-value
อายุของผู้ดูแล 35-45 ปี	3.129 (1.324-9.826)	0.001*
ระดับรายได้ < 5,000 บาท	1.842 (1.054-6.529)	0.008*
ภูมิลำเนานอกเขตในจังหวัด	3.427 (1.230-12.347)	0.000*
จบประถมศึกษา	2.500 (1.814-13.254)	0.001*

*P<0.05

จากการติดตามผู้ป่วยไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ได้จำนวน 14 คน พบสาเหตุอันดับแรก สถานที่รักษาอยู่ไกลจากบ้าน

และไม่ทราบสิทธิประโยชน์อย่างชัดเจนจำนวน 13 คน (92.85%) มีปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่มีค่าเดินทางจำนวน 10 คน (41.43)

ตารางที่ 4 สาเหตุการไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ (N=14)

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ย้ายถิ่นฐานไม่ทราบข้อมูลว่าจะไปรักษาที่ใดต่อ	3	21.42
มีปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่มีค่าเดินทาง	10	41.43
ไม่ทราบรายละเอียดของการรักษา	9	64.28
สถานที่รักษาอยู่ไกลจากบ้าน	13	92.85
มีปัญหาด้านครอบครัวไม่มีใครพามารักษา	8	57.14
ไม่ทราบสิทธิประโยชน์อย่างชัดเจน	13	92.85

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้มีผู้เกิดมีชีพปี 2556-2565 จำนวน 58,002 คน พบผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 148 คิดเป็นความชุก 2.55 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย เป็นผู้ป่วยปากแหว่ง (cleft lip) 37.83% เพดานโหว่ (cleft palate) 41.89% ปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and palate) 20.28% ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราความชุกสูงกว่าการศึกษาในประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นฤกร อิตุพร และคณะ⁶ ศึกษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนุเคราะห์พบความชุกของปากแหว่งเพดานโหว่ ปีงบประมาณ 2551-2559 อยู่ที่ 1.33 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย การศึกษาของสุกัลยา ธนกิจจารุ⁷ ศึกษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบเด็กเกิดชีพเป็นปากแหว่งเพดานโหว่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงที่สุดในปี 2550 จำนวน 377 คน (1.79 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) รองลงมาคือปี 2551 (1.70 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) และปี 2562 (1.46 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) ตามลำดับ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคต่ำที่สุดในปี 2557 (0.75 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) และการศึกษาในต่างประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jennifer L K และคณะ⁸ พบว่าความชุกของภาวะปากแหว่งร่วมกับหรือไม่ร่วมกับเพดานโหว่โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 0.82 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย และอัตราความชุกของภาวะเพดานโหว่เพียงอย่างเดียวอยู่ที่ 0.58 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย S Yassaei และคณะ⁹ อัตราความชุกของภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในทารกที่เกิดมีชีพในเมืองยาสต์ อยู่ที่ 0.86

ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย โดยเป็นเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว 30.4% เป็นปากแหว่ง 23.2% และ เป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ 46.4% สาเหตุที่มีความแตกต่างกันอาจเกิดจากความแตกต่างด้านจำนวนประชากร และลักษณะประชากรที่ต่างกัน แต่เมื่อเทียบการศึกษากับในประเทศจีนพบว่าใกล้เคียงกัน โดยอุบัติการณ์ของภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในประเทศจีนมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ 13.4 ถึง 3.07 ต่อทารกเกิด 1,000 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.82 ต่อ 1,000 ราย¹⁰

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า อายุของผู้ดูแล 35-45 ปี ระดับรายได้ ภูมิสำเนานอกเขตในจังหวัด จบประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะของประชากรยังมีการเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึง จะเห็นได้ว่า เด็กเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะที่ต้องพึ่งพิงดังนั้นผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญ โดยอายุของผู้ดูแลที่ 35-45 ปี ซึ่งเป็นช่วงของวัยทำงาน การเรียนรู้สั่งสมประสบการณ์ มีความรับผิดชอบจึงนำบุตรหลานมารักษาตามเวลาและต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวและการกระทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวที่บิดามารดาหรือผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลัก มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ย่อมขาดความพร้อมในการดูแลไม่ได้รับการเอาใจใส่หรือการให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดในการพาบุตรมารักษาหรือไม่สะดวกในการพาบุตรเดินทางมาเข้ารับการรักษาตาม

แพทย์นัดได้ จะเห็นได้จากการศึกษานี้พบว่าประสบความสำเร็จด้านการมารับการผ่าตัดซ่อมปากแหว่งและพาดาน อยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม แต่เมื่อต้องรักษาต่อเนื่องระยะเวลานานไป มีการขาดนัดและติดตามไม่ได้ เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลาและจากการติดตามยังพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ทราบรายละเอียดของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของวรินทร์ อึ้งสำราญ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์¹¹

ระดับรายได้ของผู้ดูแลมีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา ประดับวงษ์ และคณะ¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ดังนั้นมักพบว่า ส่วนใหญ่แล้วครอบครัวที่มีบุตรเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ปกครองจะมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างน้อย ซึ่งการเดินทางพาบุตรมาเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นด้านค่าเดินทาง ค่าอาหาร รวมไปถึงค่าที่พักอาศัยชั่วคราวและหากระยะทางในการเดินทางห่างไกลจากโรงพยาบาลมาก ค่าใช้จ่ายก็

ย่อมเพิ่มสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับยุพิน ปิกกะสังข์¹³ ที่ศึกษาปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ พบว่าปัญหาการเข้ารับบริการ คือ สถานที่รักษาอยู่ไกลจากบ้าน ไม่มีค่าเดินทาง ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Sjaifuddin Noer พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของการมาผ่าตัดลำตัวของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่

ข้อเสนอแนะ

1. มุ่งให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลหลัก (Primary care giver) เพื่อให้มีความเข้าใจในความรู้เกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ แนวทางการดูแลรักษา การป้องกันและอุปบัติการณ์ความผิดปกติของบุตร
2. พัฒนาระบบการติดตามนัดหมายให้มีประสิทธิภาพ เพื่อแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบถึงวันเวลาที่แพทย์นัดหมายครั้งต่อไป
3. การศึกษาครั้งนี้ยังเป็นการศึกษาในวงจำกัด ควรขยายระยะเวลาและเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษา รวมไปถึงศึกษาในรูปแบบ Prospective study ต่อไป เพื่อให้ทราบสาเหตุและปัจจัยที่ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติลักษณ์ จุลลัษเฐียร. (2560). ปัญหาจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. <https://www.haijai.com/4130/>.
2. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon M, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet* 2009; 374(9703): 1773-85.
3. Kling, R. R., Taub, P. J., Ye, X., Jabs, E. W. (2014). Oral clefting in China over the last decade: 205,679 patients. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 2(10), e236.
4. นงลักษณ์ จินตนาติก. (2558). เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ 3rd ed. กรุงเทพฯ: พรวิวันการพิมพ์
5. พรพัฒน์ อธิโสภณ, วิภาพรรณ ฤทธิธกล. (2562). ประวัติศาสตร์แนวคิดทางสังคม และอุบัติการณ์ของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. *วารสารออนไลน์ทันตจัดฟัน*, 9(2), 26-32.
6. นฤพร อติพร, อมรรัตน์ รัตนสิริ, วิฑิตมา นุตราชวงศ์, กุลพลี บุญประเสริฐ, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, ทศนีย์ ณ พิกุล. อัตราความชุกของความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า ในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนนครราชสีมา จังหวัดเชิงราย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2562; 34(2): 169-172.
7. สุกัลยา ธนกิจจารุ. การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2566; 4(1): 1-17.
8. Jennifer L K Matthews, Elizabeth Oddone-Paolucci, Robertston A Harrop. The Epidemiology of Cleft Lip and Palate in Canada, 1998 to 2007. *Cleft Palate Craniofac J*. 2015; 52(4):417-24.

9. S Yassaei , Z Mehrgerdy, G Zareshahi. Prevalence of cleft lip and palate in births from 2003 - 2006 in Iran. Community Dent Health. 2010; 27(2):118-21
10. K Z Xiao. Epidemiology of cleft lip and cleft palate in China. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 1989;69(4):192-4, 14.
11. วรินทร์ อึ้งสำราญ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองในการพาบุตรปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการผ่าตัดรักษาลำไส้. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2559; 39(22): 38-51.
12. สุธีรา ประดับวงษ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, และพิมพ์วรา อัครเธียรสิน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
13. ยุพิน ปักกะสังข์, สุธีรา ประดับวงษ์, ชีโนรส ปิยกุลมลา และ อารยา ภิเศก. ปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2565; 37(4):331-336.

ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเปรียบเทียบกับ
ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย

The reference radiation dose values from computed tomography examinations
at Somdetphraphutthaloetla Hospital compared with
Thai national diagnostic reference levels.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ณัฐวัฒน์ ทังกลาง¹
Natthawatt Tangklang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและเปรียบเทียบกับปริมาณรังสีอ้างอิงจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ประกอบด้วย ค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน และปริมาณรังสียังผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะส่วนทรวงอกและช่องท้อง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งหมด 1,138 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะไม่ใช้สารทึบรังสี ส่วนศีรษะใช้สารทึบรังสี ส่วนทรวงอกไม่ใช้สารทึบรังสี ส่วนทรวงอกใช้สารทึบรังสี ส่วนช่องท้องไม่ใช้สารทึบรังสี และส่วนช่องท้องใช้สารทึบรังสี มีค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน เท่ากับ 59.11, 59.82, 10.21, 10.21, 13.59 และ 13.59 มิลลิเกรย์ ตามลำดับ ค่าปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน เท่ากับ 1,029, 1,074, 501.66, 501.66, 629.23, และ 629.23 มิลลิเกรย์เซนติเมตร ตามลำดับค่าปริมาณรังสียังผล เท่ากับ 2.33, 2.38, 6.74, 6.74, 7.32 และ 7.32 mSv มิลลิซีเวิร์ต ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า การตรวจส่วนทรวงอกไม่ใช้สารทึบรังสี ส่วนช่องท้องไม่ใช้สารทึบแสงและใช้สารทึบรังสี มีค่าเฉลี่ยปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน และปริมาณรังสียังผล ต่ำกว่าค่าอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในขณะที่การตรวจส่วนศีรษะไม่ใช้สารทึบรังสีและใช้สารทึบรังสี มีค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน ค่าปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน และค่าปริมาณรังสียังผล สูงกว่าค่าอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

คำสำคัญ: ค่าปริมาณรังสีจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย

Abstract

This research was retrospective study aimed at studying the results of radiation doses from computerized tomography at Somdetphraphutthaloetla Hospital and comparing the national diagnostic reference levels of the Department of Medical Sciences Ministry of Public Health in Thailand include computed tomography dose index volume (CTDIvol), Dose length product (DLP), and Effective dose. The sample group consisted of 1,138 patients who underwent CT scans of the brain, chest, and abdomen between October 2023 to September 2024.

The results of the study found that patients who underwent CT scans of the brain non contrast media, the brain contrast media, the chest non contrast media, the chest contrast media, whole abdomen non contrast media, and whole abdomen contrast media had CTDIvol of 59.11, 59.82, 10.21, 10.21, 13.59, and 113.59 mGy, the DLP were 1,029, 1,074, 501.66, 501.66, 629.23, and 629.23 mGy cm, The effective doses were 2.33, 2.38, 6.74, 6.74, 7.32, and 7.32 mSv. When compared with the reference radiation dose values of the Department of Medical Sciences, it was found that the examination of the chest non contrast media, chest contrast media, whole abdomen non contrast media, and whole abdomen contrast media showed a CTDIvol, DLP, and Effective dose lower than the reference values of

¹ นักรังสีการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

the Department of Medical Sciences. The examination of the brain non contrast media, brain contrast media chest showed a CTDIvol, DLP, and Effective dose higher than the reference values of the Department of Medical Sciences.

Keywords: Diagnostic reference level from computerized tomography examinations, Thai national diagnostic reference levels

บทนำ

ปัจจุบันการตรวจทางรังสีวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นที่นิยมอย่างมาก โดยมีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก¹ เนื่องจากการตรวจที่ได้ข้อมูลภาพสามมิติ สามารถตรวจได้รวดเร็ว เมื่อเทียบกับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีชนิดอื่น และช่วยในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ให้มีความถูกต้องเพิ่มขึ้น² แต่การตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะมีค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในระดับที่สูงเมื่อเทียบกับการตรวจทางเอกซเรย์วินิจฉัยทั่วไป³ ซึ่งปริมาณรังสีที่ได้รับมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเสี่ยงในการเกิดผลกระทบทางรังสี ทำให้เกิดการสะสมปริมาณรังสีในร่างกาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายในลักษณะอาการที่ต่างกัน เช่น ต้อกระจก ความผิดปกติของกระดูก ไตวาย และอาจก่อให้เกิดมะเร็งในอนาคต⁴ จากรายงานของ The United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR)⁵ พบว่าปริมาณรังสีสะสมที่ได้รับจากทางการแพทย์ เกิดจากการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ถึงร้อยละ 34 จึงต้องมีการควบคุมไม่ให้มีการใช้รังสีสูงเกินความจำเป็น แต่ยังคงภาพรังสีที่มีคุณภาพไว้¹ จึงมีหลายหน่วยงานในระดับนานาชาติ ให้คำแนะนำหลักการป้องกันอันตรายจากรังสี เช่น องค์การคณะกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสี (ICRP) และทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (IAEA) ให้ใช้ปริมาณรังสีอ้างอิง (Diagnostic reference levels; DRLs) เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการพิจารณาความเหมาะสมของระดับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัยต่างๆ โดย DRLs จะกำหนดวิธีการได้มาของค่าปริมาณรังสีอ้างอิง วิธีการวัดค่าปริมาณรังสี การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำไปใช้งาน ซึ่งค่า DRLs คิดที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ 75 ของค่ามัธยฐาน (Median) จากผลการสำรวจปริมาณรังสี

ที่ได้รับ ซึ่งในต่างประเทศได้นำคำแนะนำดังกล่าวไปจัดทำค่า DRLs ขึ้นในหลายประเทศ เช่น สหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ญี่ปุ่น เป็นต้น⁶

สำหรับประเทศไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการโครงการจัดทำปริมาณรังสีอ้างอิงจากเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปและเครื่องเอกซเรย์ทางทันตกรรมในพ.ศ. 2560 และขยายการจัดทำปริมาณรังสีวินิจฉัยอ้างอิงจากเครื่องเอกซเรย์อื่นๆ ในปีต่อๆ มา โดยปริมาณรังสีอ้างอิงจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จัดทำในพ.ศ. 2561 ต่อมาในพ.ศ. 2564 จัดทำปริมาณรังสีอ้างอิงในการตรวจวินิจฉัยส่วนศีรษะ ทรวงอกและช่องท้องในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป และใน พ.ศ. 2566 จัดทำปริมาณรังสีอ้างอิงในการตรวจวินิจฉัยส่วนศีรษะ ทรวงอกและช่องท้องในผู้ใหญ่และส่วนศีรษะในเด็ก คิดที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ 25, 50, 75 โดยระดับที่ใช้อ้างอิง คือ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75⁶

ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะรายงานในรูปของค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (Volumetric Computed Tomography Dose Index; CTDIvol) และค่าผลคูณของปริมาณ รังสีตลอดความยาวของการสแกน (Dose Length Product; DLP) ซึ่งจะไม่ใช้ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง แต่เป็นค่าที่มีความสัมพันธ์ต่อปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ และนำไปใช้คำนวณค่าปริมาณรังสียังผล (Effective dose) ซึ่งเป็นปริมาณที่ใช้บ่งบอกถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสี เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งและการกลายพันธุ์ได้ต่อ^{7,8} ซึ่งค่า CTDIvol และ DLP จะปรากฏทางจอแสดงผลของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เมื่อการตรวจเสร็จสิ้นแล้วและนำข้อมูลเข้าระบบ Picture Archiving and Communication System (PACS)⁹

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีจำนวน 8,836 10,067 และ 11,575 ราย ตามลำดับ¹⁰ ซึ่งโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ยังไม่มีการสำรวจค่าปริมาณรังสีจากการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ผู้ศึกษาในฐานะนักรังสีการแพทย์ มีหน้าที่ออกแบบเทคนิค ควบคุม ดูแลและหาวิธีการให้ปริมาณรังสีที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ตามกระบวนการ Optimization ที่ต้องใช้รังสีในปริมาณที่น้อยที่สุดแต่ยังคงคุณภาพถ่ายรังสีที่มีรายละเอียดภาพตรงตามแพทย์ต้องการ จึงมีความสนใจศึกษาปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เปรียบเทียบกับ ปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การพัฒนาเทคนิคการถ่ายภาพรังสี เพื่อลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้อง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและเปรียบเทียบกับปริมาณรังสีอ้างอิงจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง(Retrospective study)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรหากลุ่มตัวอย่างของ Yamane¹¹ ได้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,138 ราย จำแนกตามกลุ่มการตรวจวินิจฉัย ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ไม่ใช้สารทึบรังสี (Brain non contrast media) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ใช้สารทึบรังสี (Brain contrast media) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนทรวงอกไม่ใช้สาร

ทึบรังสี (Chest non contrast media) และใช้สารทึบรังสี (Chest contrast media) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องไม่ใช้สารทึบรังสี (Whole Abdominal non contrast media) และใช้สารทึบรังสี (Whole Abdominal contrast media) จำนวน 359, 209, 281, 289 ราย ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีน้ำหนักตัวระหว่าง 45 - 75 กิโลกรัม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ ข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีอื่น เช่น CT angiography, high resolution CT chest, low dose screening CT chest เนื่องจากมีเทคนิคการตรวจที่แตกต่างกัน อาจมีผลให้ค่าปริมาณรังสีมีค่าผิดจากความจริง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจมากกว่า 1 ส่วน ในคราวเดียวกัน เพื่อป้องกันการประเมินค่ารังสีที่มากหรือต่ำเกินกว่าความจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (Multidetector CT) ชนิด 32 slice ยี่ห้อ Canon รุ่น Aquilion Lightning สามารถประมวลผลและแสดงค่า CTDIvol และ DLP หน้าจอเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลังเสร็จสิ้น โดยจัดเก็บข้อมูลในเครื่องเอกซเรย์และระบบ PACS ของโรงพยาบาลได้ โดยมีหลักเกณฑ์การตั้งค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ดังนี้

1.1 ค่าความต่างศักย์มาตรฐาน (Standard kVp) เท่ากับ ๑๒๐ kVp สำหรับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในทุกราย

1.2 ค่า mAs ที่ใช้ในการตรวจศีรษะเป็นแบบตั้งค่าคงที่เท่ากับ 165 ส่วน mAs ที่ใช้ตรวจทรวงอกและช่องท้องเป็นแบบอัตโนมัติ (Automatic Exposure Control, AEC) มีค่าเปลี่ยนแปลงตามความหนาของอวัยวะที่ถ่ายภาพ

1.3 ใช้ขนาดลำรังสี 64*0.625 สำหรับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอกและช่องท้องในทุกราย

1.4 ใช้อัตราส่วนพิตช์ (Pitch) ในการตรวจศีรษะน้อยกว่า 1 เป็นการสแกนแบบเหลื่อมสไลด์

ส่วนการตรวจทรวงอกและช่องท้องใช้อัตราส่วนพิตช์ (Pitch) มากกว่าหรือเท่ากับ 1 เป็นการสแกนแบบมีระยะห่างระหว่างชิ้นภาพ

1.5 ความยาวสแกน (Scan length) มีความสัมพันธ์กับ Volume of investigation ตามมาตรฐานการตรวจแต่ละประเภท

2. แบบบันทึกข้อมูลการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าพารามิเตอร์ อายุ น้ำหนักตัว ประเภทการตรวจ ค่า CTDIvol ค่า DLP และค่า Effective dose ที่ได้จากการคำนวณ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. จัดบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ได้แก่ Brain non contrast media และ Brain contrast media ส่วนทรวงอก ได้แก่ Chest non contrast media และ Chest contrast media ส่วนช่องท้อง ได้แก่ Whole abdomen non contrast media และ Whole abdomen contrast media จากระบบ PACS ของโรงพยาบาลและ HoMC ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

2. คำนวณค่าปริมาณรังสียังผล (Effective dose; ED) ของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมค่าควอร์ไทล์ที่ 3 (3rd quartile) ของข้อมูลแต่ละส่วนที่ตรวจเอกซเรย์และบันทึกผลลงในแบบบันทึกการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

3. คำนวณค่าปริมาณรังสีอ้างอิงจากค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ของค่ามัธยฐาน (Median) ที่ได้จากการสำรวจปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CT dose Index: CTDIvol) และปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (Dose length product: DLP)

4. เปรียบเทียบค่า CTDIvol, DLP, Effective dose กับปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

5. วิเคราะห์ผลจากการเปรียบเทียบปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว ใช้ Descriptive Statistics จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ mAs, scan length ใช้ Descriptive Statistics ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. ข้อมูลปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) จากการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอกและ ช่องท้อง ใช้ Descriptive statistics ได้แก่ ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าควอร์ไทล์ที่ 3 (3rd quartile) หรือเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 (ค่ากึ่งกลางระหว่างค่า มัธยฐาน (Median) กับค่าข้อมูลสูงสุด (Maximum))

4. ปริมาณรังสียังผล (Effective doses; ED) คำนวณด้วยผลคูณระหว่าง DLP และ conversion factor ของแต่ละส่วนที่ตรวจวินิจฉัย โดยใช้ค่าควอร์ไทล์ที่ 3 (3rd quartile)

5. เปรียบเทียบค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ของปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ของปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) ปริมาณรังสียังผล (Effective doses; ED) จากการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอกและช่องท้องกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

จริยธรรมการวิจัย

ขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้รับการอนุมัติตามใบอนุญาตเลขที่ COA No. 97 ลงวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีจำนวนทั้งหมด 1,138 ราย จำแนกเป็นกลุ่ม CT brain without contrast media จำนวน 359 ราย อายุเฉลี่ย 49.37 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 58.63 กิโลกรัม กลุ่ม CT brain with contrast media อายุเฉลี่ย 51.89 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 58.16 กิโลกรัม กลุ่ม CT chest with contrast media และ CT chest contrast media อายุเฉลี่ย 54.42 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 59.01 กิโลกรัม และกลุ่ม CT whole abdomen non contrast และ whole abdomen contrast media อายุเฉลี่ย 54.44 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 59.42 กิโลกรัม

2. ค่าพารามิเตอร์ที่ตั้งในการตรวจวินิจฉัยเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ ค่าพารามิเตอร์ที่ตั้งในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และมีส่วนสัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ค่าความต่างศักย์ที่ใช้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (kVp) ทุกส่วนที่เอกซเรย์ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ ๑๒๐ kVp ค่าระยะการ

เลื่อนของเตียงต่อการหมุนครบรอบของหลอดเอกซเรย์ (Pitch) กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 0.4 กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนทรวงอก ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 1.0 ค่ากระแสหลอดสูงสุดที่ใช้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (mAs) กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 165 กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนทรวงอก ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 69.77 กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนช่องท้อง ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 82.32 ค่าระยะความยาวในการสแกนภาพ (Scan length) กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 17.26 กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนทรวงอก ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 46.96 กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนช่องท้อง ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 48.17 ค่า phantom size กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 16 cm กลุ่มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนทรวงอกและช่องท้อง ได้รับการตั้งค่าเท่ากัน คือ 32 cm (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าพารามิเตอร์ที่กำหนดในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้อง

ส่วนที่เอกซเรย์	kVp	pitch	mAs mean $\pm$ SD	scan length (cm) mean $\pm$ SD	phantom size (cm)
Brain NC	120	0.4	165.36 $\pm$ 2.65	17.26 $\pm$ 0.79	Head 16
Brain CM	120	0.4	165.84 $\pm$ 2.61	17.54 $\pm$ 0.92	Head 16
Chest NC	120	1.0	69.77 $\pm$ 15.51	46.96 $\pm$ 13.78	Body 32
Chest CM	120	1.0	69.77 $\pm$ 15.51	46.96 $\pm$ 13.78	Body 32
Whole abdomen NC	120	1.0	82.32 $\pm$ 25.53	48.17 $\pm$ 10.12	Body 32
Whole abdomen MC	120	1.0	82.32 $\pm$ 25.53	48.17 $\pm$ 10.12	Body 32

kVp = ค่าความต่างศักย์ที่ใช้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, mAs = ค่ากระแสหลอดสูงสุดที่ใช้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

pitch = ระยะการเลื่อนของเตียงต่อการหมุนครบรอบของหลอดเอกซเรย์, scan length = ระยะความยาวในการสแกนภาพ

mean = ค่าเฉลี่ย, SD = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน phantom size = ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของหุ่นจำลองศีรษะ ลำตัว

3. ค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) และปริมาณรังสียังผล (ED) ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้อง ผลการศึกษาค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) และปริมาณรังสี

ยังผล (ED) พบว่าการตรวจส่วนศีรษะ ได้แก่ CT brain non contrast media ได้ค่าเท่ากับ 59.11 mGy, 1,012 mGy.cm และ 2.33 mSv ตามลำดับ CT brain contrast media ได้ค่าเท่ากับ 59.82 mGy, 1,012 mGy.cm และ 2.38 mSv ตามลำดับ การตรวจส่วนทรวงอก ได้แก่ CT chest non contrast media และ contrast media ได้ค่าเท่ากัน คือ 10.21 mGy,

406.40 mGy.cm และ 6.74 mSv ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการตรวจส่วนช่องท้อง ได้แก่ CT Whole abdomen non contrast media และ contrast media ได้ค่าเท่ากัน 13.59 mGy, 629.23 mGy.cm 7.32 mSv (ตารางที่ 2)

4. การเปรียบเทียบค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) และปริมาณรังสียังผล (ED) ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้องกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์_การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ

(Brain non contrast media, Brain contrast media) มีค่าปริมาณรังสี CTDIvol, DLP และ Effective dose (ED) สูงกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนทรวงอก (Chest non contrast media, Chest non contrast media) และส่วนช่องท้อง (Whole abdomen non contrast media, Whole abdomen contrast media) มีค่าปริมาณรังสี CTDIvol, DLP และ Effective dose (ED) ต่ำกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของกรม วิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ค่าปริมาณรังสีหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) และปริมาณรังสียังผล (ED) ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้อง (n=1,138)

ส่วนที่เอกซเรย์	จำนวน (ราย)	CTDIvol (mGy)			DLP (mGy.cm)			ED*
		min-max	median	P75	min-max	median	P75	
Brain NC	359	45.9 - 61.5	58.80	59.11	837-1,091.70	1,012	1,029	2.33
Brain CM	209	37.60-61.50	58.80	59.82	806.20-1,295	1,012	1,074	2.38
Chest NC	281	6.30 - 17.60	8.00	10.21	181.70-724.50	406.40	501.66	6.74
Chest CM	281	6.30 - 17.60	8.00	10.21	181.70-724.50	406.40	501.66	6.74
Whole abdomen NC	289	4.90 -49.00	9.70	13.59	181.70-860.20	449.00	629.23	7.32
Whole abdomen CM	289	4.90 -49.00	9.70	13.59	181.70-860.20	449.00	629.23	7.32

* k factor: Head = 0.0023 mSv /mGy.cm, Chest= 0.017 mSv /mGy.cm, Abdomen = 0.015 mSv /mGy.cm

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณรังสีหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) ปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) และปริมาณรังสียังผล (ED) ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้องกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (n=1,138)

ส่วนที่เอกซเรย์	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า					กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
	CTDIvol median (mGy)	DLP Median (mGy.cm)	CTDIvol P75 (mGy)	DLP P75 (mGy.cm)	ED (mSv)	CTDIvol (mGy)	DLP (mGy.cm)	ED (mSv)
Brain NC	58.80	1,012	59.11	1,029	2.33	52.9	1,125	2.40
Brain CM	58.80	1,012	59.82	1,074	2.38	57.2	1,166	2.20
Chest NC	8.00	406.40	10.21	501.66	6.74	12.1	581	7.10
Chest CM	8.00	406.40	10.21	501.66	6.74	14.8	590	11.30
Whole abdomen NC	9.70	449.00	13.59	629.23	7.32	18	712	10.80
Whole abdomen CM	9.70	449.00	13.59	629.23	7.32	15.7	748	10.80

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ได้แก่ วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้อง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับรายงานด้วยค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตรของการสแกน (CTDIvol) ค่าปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกน (DLP) และค่าปริมาณรังสียังผล (ED) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Brain non contrast media, Brain contrast media, Chest non contrast media, Chest non contrast media , Whole abdomen non contrast media, Whole abdomen contrast media มีค่า CTDIvol เท่ากับ 59.11, 59.82, 10.21, 10.21, 13.59 และ 13.50 mGy ตามลำดับ ค่า DLP เท่ากับ 1,029, 1,074, 501.66, 501.66, 629.23 และ 629.23 mGy.cm ตามลำดับ ค่า ED เท่ากับ 2.33, 2.38, 6.74, 6.74, 7.32 และ 7.32 mSv ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณยุภา อุชลิบ⁷ ที่ศึกษาการประเมินค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ไม่ใช้สารทึบรังสี ส่วนศีรษะใช้สารทึบรังสี ส่วนทรวงอกใช้สารทึบรังสี ทรวงอกไม่ใช้สารทึบรังสี ช่องท้องไม่ใช้สารทึบรังสีและใช้สารทึบรังสี มีค่า CTDIvol เท่ากับ 63.0, 58.1, 11.9, 11.9, 12.0 และ 12.0 mGy ตามลำดับ ค่า DLP เท่ากับ 1,335, 1,338, 542.5, 542, 702, และ 690.7 mGy.cm ตามลำดับ งานวิจัยของ ธิญญรัตน์ ทรัพย์รัตนาเดโช¹² ศึกษาการประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสิรินธร พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Brain non contrast media, Brain contrast media Chest non contrast media, Chest non contrast media , Whole abdomen non contrast media, Whole abdomen contrast media มีค่า CTDIvol เท่ากับ 40.0, 40.0, 12.9, 12.8, 13.29 และ 13.27 mGy

ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย DLP เท่ากับ 878.6, 878.6, 525.9, 524.7, 700.45 และ 698.9 mGy.cm ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในแต่ละส่วนดังกล่าวของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง รวมทั้งงานวิจัยนี้มีปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น น้ำหนักตัวเฉลี่ย เทคนิคในการตั้งค่าพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีผลต่อปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับเหมือนกัน ทำให้ค่า พารามิเตอร์ที่ตั้งมีความใกล้เคียงกันได้แก่ ค่าความต่างศักย์ (kVp) อัตราส่วนพิทช์ (Pitch) ค่ากระแสหลอดสูงสุด (mAs) และความยาวสแกน (Scan length) เป็นต้น^{8,13} แต่ทั้ง 2 โรงพยาบาลไม่ได้นำเสนอค่าปริมาณรังสียังผล (ED) ซึ่งค่าความใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ เนื่องจากค่า ED คือ ค่าแก้ค่า (Conversion factor; k factor) คูณกับค่าปริมาณรังสีกับความยาวสแกน (DLP) โดยที่ k factor) เป็นค่าคงที่ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนต่างๆ ของร่างกาย¹⁴ วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ากับปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะ ได้แก่ Brain non contrast media, Brain contrast media มีค่าปริมาณรังสี CTDIvol, DLP และ Effective dose (ED) สูงกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แสดงว่าผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีเกินค่าอ้างอิงมาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาไบโโดคอลเกี่ยวกับเทคนิคการตั้งพารามิเตอร์ในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่า ในงานวิจัยนี้มีการตั้งค่าความต่างศักย์หลอดเอกซเรย์ (kVp) ค่ากระแสหลอดเอกซเรย์คูณระยะเวลาในการสแกน (mAs) อยู่ในค่าที่ไบโโดคอลแนะนำ แต่พบว่า ตั้งค่า pitch ต่ำกว่าค่าที่แนะนำในไบโโดคอล คือ 0.5 โดยตั้งไว้ที่ 0.4 อาจเนื่องจากการต้องการความละเอียดของภาพรังสีสมอง จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีสูงขึ้น¹⁵ นอกจากนี้ยังพบการตั้งระยะหรือความยาว ในการสแกนภาพ (Scan length) ในการตรวจเอกซเรย์สมองแบบไม่ฉีดสารทึบรังสี สูงกว่าการรายงานค่าของ

รายงานค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทยปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย คือ 16.5 เซนติเมตร⁶ โดยตั้งไว้ที่ 17.26 เซนติเมตร จึงมีผลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีสูงขึ้น แต่อย่างไรในที่นี้ไม่มีข้อมูลพารามิเตอร์อื่นที่สัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับนอกเหนือจากนี้ที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมด้วยว่าเทคนิคการตั้งค่าเหมาะสมหรือไม่ เช่น signal-to-noise ratio (SNR) level, iterative reconstruction value, Clearview iterative reconstruction (IR) เป็นต้น¹⁵ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และพัฒนาเทคนิคการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับรังสีเกินความจำเป็นในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

พัฒนาเทคนิคการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะโดยใช้สารทึบรังสี เพื่อลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ด้วยการใช้ซอฟต์แวร์ (Software) ที่มีอยู่แล้วในเครื่องช่วยลดปริมาณรังสีที่มีชื่อเรียกทางการค้าต่างๆกันไป หรือการปรับค่าเทคนิคต่างๆที่สามารถเปลี่ยนได้ในโปรแกรมของการตรวจเอกซเรย์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งควรศึกษาหา

ค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ในการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนศีรษะโดยใช้สารทึบรังสีที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีลดลง และคุณภาพของภาพรังสีอยู่ในเกณฑ์ดี โดยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การปรับลดค่าความต่างศักย์ (kVp) ลดค่า กระแสหลอดสูงสุด ลดค่า ระยะการเลื่อนของเตียงต่อการหมุนครบรอบของหลอดเอกซเรย์ (Pitch) ลดระยะความยาวในการสแกนภาพ (Scan length) เป็นต้น ทั้งนี้ควรคำนึงหลักการตั้งค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือองค์การต่างๆ ในต่างประเทศ ร่วมด้วย และนำมาทดลองโดยการสแกนกับหุ่นจำลองศีรษะ เพื่อประเมินปริมาณรังสีและคุณภาพของภาพรังสีการใช้อีก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ โดยได้รับความกรุณาจากนายแพทย์จรัส ปันกองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและนายแพทย์ นวพงษ์ ชัชวาลพาณิชย์ หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในการส่งเสริมสนับสนุนในการทำวิจัย ให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัย การใช้ค่าสถิติต่างๆ เพื่อให้การวิจัยมีความสมบูรณ์ และมีความถูกต้องยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. International Atomic Energy Agency (IAEA). Dose reduction in CT while maintaining diagnostic confidence: a feasibility/demonstration study. [Internet]. 2009 [cited 2024 September 10]. Available from: https://www.pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/te_1621_web.pdf
2. สายใหม่ เสียงใหญ่, ชีวภาพ ธนสมบัติสกุล, ณัฐมน เทพยุหะ, ปณิสตา อวิคุณประเสริฐ, ปฐมาภรณ์ โมลี, กานต์ รติศรี, และธนพล เดชวิริยะกิจ. การศึกษาปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับบริเวณเส้นตาดจากการตรวจสมอง ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 64 และ 128 สไลซ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(5): 552 - 556.
3. Jacobson, A. What Does a CT Scan Show? Here's the Difference Between CTScan vs. X-Ray. [Internet]. 2023 [cited 2024 September 10]. Available from: <https://www.goodrx.com/health-topic/diagnostics/ct-scan-vs-xray>
4. ศูนย์บริหารความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ทางรังสี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: ทองสุพรรณ; 2555.
5. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. [Internet]. 2010 [cited 2024 October 3]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/692162?v=pdf#files>

6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย 2566. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง; 2566.
7. วรณยูภา อุชลิบ. การประเมินค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 31(2): 182 – 190.
8. ศุภวิทู สุขเพ็ง. (2564). การวัดปริมาณรังสีเอกซ์จากการตรวจวินิจฉัยและแนวทางการใช้รังสีอย่างเหมาะสม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/shop/product/9786167902593/>
9. ศรายุทธ วงศ์เหลา. การประเมินปริมาณรังสีของผู้ป่วยจากการตรวจ ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในสถาบันประสาทวิทยา. วารสารกรมการแพทย์ 2565; 47(3): 51 – 59:
10. หน่วยงานรังสี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. (2567). รายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการตรวจทางรังสี ปีงบประมาณ 2565, 2566, 2567 ทางระบบ HoMC.
11. Yamane T. Statistics. An Introductory Analysis. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1967.
12. ธัญญรัตน์ ทรัพย์รดาเดชิต. การประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสิรินธร. กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ โรงพยาบาลสิรินธร; 2565.
13. จุฬาลักษณ์ บุญมา, สุภาวดี ครุวรรณินทร์, และวินัส วิเศษแสง. การประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องที่โรงพยาบาลศิริราช. วารสารรังสีวิทยาศิริราช 2561; 5(1) : 8 – 24.
14. อภิชา โมราศิลป์. ศึกษาค่าผลคูณปริมาณรังสีตลอดความยาวของการสแกนจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ของส่วนศีรษะ ทรวงอก และช่องท้องในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://wichakan.mecnst.com/file_content/20220114165694888.pdf
15. Prabsattroo T., Wachirasirikul K., Tansangworn P., and Punikhom P. The Dose Optimization and Evaluation of Image Quality in the Adult Brain Protocols of Multi-Slice Computed Tomography: A Phantom Study. J. Imaging 2023, 9(12), 264.

ผลการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยภาวะกระดูกคอเสื่อมกดทับเส้นประสาท ด้วยวิธี Anterior Cervical Discectomy And Fusion : ACDF โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

The surgical outcomes of patients with cervical spondylosis causing nerve compression treated with Anterior Cervical Discectomy and Fusion (ACDF) at King Narai Hospital.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ชูศักดิ์ คิตมมงคล¹

Chusak Kidmongkhon¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดรักษาภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอกดทับเส้นประสาทระหว่างวิธี ACDF กับวิธีผ่าตัด Laminoplasty กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาทกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 220 คน รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Chi-square, Fisher exact test ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษา: จากจำนวนผู้ป่วยภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาท 220 คน พบว่า กลุ่ม ACDF จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 52 คน (52.00%) อายุเฉลี่ย 56.67 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.38 Kg/m² ระยะเวลาที่มีอาการ 11.49 วัน ระดับพยาธิสภาพ C4-C5 มากที่สุดจำนวน 48 คน (48.00%) ในกลุ่ม Laminoplasty จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 68 คน (56.67%) อายุเฉลี่ย 58.34 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.23 Kg/m² ระยะเวลาที่มีอาการ 10.57 วัน ระดับพยาธิสภาพ C4-C5 มากที่สุดจำนวน 55 คน (43.33%) ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการผ่าตัด พบว่า กลุ่ม ACDF และ ในกลุ่ม Laminoplasty ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของ Pre-op JOA score, Post-op JOA score (6 Mo), % of increased score, ระยะเวลาผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น แต่แตกต่างกันในด้านของการเสียเลือด วันนอน ค่าใช้จ่าย ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ภาวะกระดูกคอเสื่อมกดทับเส้นประสาท, ACDF, Laminoplasty

Abstract

This study was retrospective study aimed to compare the surgical outcomes of Anterior Cervical Discectomy and Fusion (ACDF) and Laminoplasty in the treatment of cervical spondylotic myelopathy. This was a involving 220 inpatients diagnosed with cervical spondylotic myelopathy who underwent surgery in the Orthopedic Surgery Department at Phra Narai Maharat Hospital between October 1, 2018, and September 30, 2023. Data collected included demographic information, clinical data, and treatment outcomes. Descriptive statistics were used for data analysis. Group comparisons were conducted using Chi-square test, Fisher's exact test, and independent t-test for continuous variables.

Results: Among the 220 patients, 100 underwent ACDF, with 52% being male and an average age of 56.67 years. The mean BMI was 24.38 kg/m², with an average symptom duration of 11.49 days. The most affected level was C4-C5 (48%). In the Laminoplasty group (120 patients), 56.67% were male, with an average age of 58.34 years. The mean BMI was 25.23 kg/m², and average symptom duration was 10.57 days. The C4-C5 level was also most commonly affected (43.33%). No statistically significant differences were found between the two groups in baseline characteristics ($p < 0.05$). Surgical outcomes showed no significant differences between ACDF and Laminoplasty in terms of preoperative JOA score, postoperative JOA score at 6 months, percentage of score improvement, operative

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

time, or complications. However, there were statistically significant differences in blood loss, length of hospital stay, and cost ($p < 0.05$).

Keywords: Cervical spondylotic myelopathy, ACDF, Laminoplasty

บทนำ

ปัจจุบันความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลังเป็นโรคที่พบได้บ่อยขึ้น และเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนในวัยทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดแล้ว แต่ยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงาน หรือใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่และมีความสุข¹ อาการปวดคอ เป็นอาการที่พบได้บ่อยและสร้างปัญหาให้แก่คนส่วนใหญ่ ซึ่งเกิดจากหลากหลายสาเหตุ แต่ส่วนใหญ่มักเกิดการมีภาวะกระดูกคอเสื่อม หากมีอาการปวดร้าวลงบริเวณไหล่หรือแขน หรือมีอาการอ่อนแรงและชาร่วมด้วย มักเกิดจากการรักษาด้วยวิธีเบื้องต้น เช่น การทำกายภาพบำบัด ควบคู่กับการรับประทานยาแล้วไม่ได้ผล² ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีปัญหาหมอนรองกระดูกคอทับเส้นประสาทในผู้ที่มีอายุน้อยมากขึ้นเรื่อย ๆ คาดว่าอาจมีสาเหตุจากการทำงาน และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะวัยทำงานมีการนั่งโต๊ะทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ รวมทั้งการใช้งานคอหนักๆ โดยการก้มเงยสุดๆ หรือการก้มเล่นโทรศัพท์มือถือ หรือก้มอ่านหนังสือเป็นเวลานาน เหล่านี้ส่งผลให้หมอนรองกระดูกคอต้องรับภาระที่มากเกินไปจนในที่สุดจะไม่ได้ทำให้เกิดอาการในทันที แต่จะสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หากยังทำกิจกรรมในลักษณะเดิมต่อเนื่องนานๆ ก็จะเร่งอาการเสื่อมของกระดูกคอให้มากยิ่งขึ้น จนวันหนึ่งหมอนรองกระดูกอาจจะฉีกขาดและปลิ้นออกมากดทับเส้นประสาทซึ่งบางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นปวดมากจนขยับคอไม่ได้^{3,4}

ปัจจุบันการผ่าตัดรักษา Multilevel Cervical Spondylotic Myelopathy มีวิธีการผ่าตัดหลายวิธี แต่อาจจำแนกออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก การผ่าตัดเพื่อ Decompression จากทางด้านหน้า เช่น ACDF, ACCF ซึ่งนิยมใส่ Anterior cervical locking plate เพื่อเพิ่ม Fusion rate ลดอัตราการเคลื่อนหลุด

ของ Graft ลดการใช้ External orthosis แต่มีข้อเสียคือ เพิ่ม Cost ของการรักษา เพิ่มระยะเวลาในการผ่าตัด และกลุ่มที่ 2 การผ่าตัดเพื่อ Decompression จากทางด้านหลัง เช่น Laminectomy alone, Laminectomy with fusion และ Laminoplasty ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มี Neck pain ไม่มี Cervical kyphosis และ Pathology^{4,5} ส่วนใหญ่อยู่ทางด้านหลัง ซึ่งการผ่าตัดคลายการกดทับเส้นประสาทโดยการเชื่อมข้อกระดูกสันหลังส่วนคอจากทางด้านหน้า (Anterior Cervical) เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนกับอาการปวดคอ แต่มีความยุ่งยากในการดูแลรักษาพยาบาล มักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะบวมของเนื้อเยื่อในหลอดลม ทำให้เกิดการอุดตันหลอดลม หายใจลำบาก และหยุดหายใจ การเสียเลือดจำนวนมากจากการผ่าตัดอาจเข้าสู่ภาวะช็อก เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เป็นการผ่าตัดที่นับว่ายากที่สุดของการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์⁶

จากสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ในปี พ.ศ.2561-2566 มีผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม มาด้วยอาการปวดคอ ชาแขน มือ มารับการตรวจเฉลี่ยปีละ 30-50 คน ในผู้ป่วยที่มีอาการกลุ่มนี้ เข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วยยา การทำกายภาพบำบัด และการตรวจวินิจฉัย สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยต้องทนกับอาการปวดที่เป็น ๆ หาย ๆ จนกลายเป็นอาการเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำวิธีการผ่าตัด ACDF มาใช้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2559 เพราะจากหลายสถาบันพบว่า ลดการกดทับของเส้นประสาทและไขสันหลัง และเสริมความมั่นคงของกระดูกคอ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กอัตราเสียเลือดน้อย พ้นตัวไว นอนโรงพยาบาลไม่นาน ลดภาระค่าใช้จ่ายระหว่างพักฟื้น แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนของ

ผลการรักษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการผ่าตัด ACDF ที่เป็นการผ่าตัดจากทางด้านหน้า และเปรียบเทียบกับผลการผ่าตัด Laminoplasty ที่เป็นการผ่าตัดจากทางด้านหลัง เพื่อนำมาหาวิธีการรักษาที่ดีที่สุดรวมทั้งการป้องกันและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดรักษาภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอกดทับเส้นประสาทระหว่างวิธี ACDF กับวิธีผ่าตัด Laminoplasty

วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิง Descriptive และเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอกดทับเส้นประสาทกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 220 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ 1) ผู้ป่วยเพศหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) วินิจฉัยภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอกดทับเส้นประสาท (Cervical spondylosis) 3) ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Anterior Cervical Discectomy And Fusion; ACDF หรือ Laminoplasty

4. ข้อมูลเวชระเบียนครบสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ BMI โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ASA class ก่อนผ่าตัด ระยะเวลาที่มีอาการ อาการแสดงที่มา ระดับพยาธิสภาพของกระดูกสันหลัง

ส่วนที่ 3 ผลการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาผ่าตัด การเสียเลือด วันนอน ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 4 แบบประเมิน JOA score ซึ่งวัดก่อนผ่าตัด และติดตามหลังผ่าตัด 6 เดือนจำนวน 18 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 18 คะแนน คะแนนที่ต่ำลงแสดงถึง DCM ที่รุนแรงกว่าคะแนนที่สูงกว่า คะแนน 15-17 หมายถึง DCM ที่รุนแรงเล็กน้อย คะแนน 12-14 หมายถึง DCM ในระดับปานกลาง คะแนน 0-11 หมายถึง DCM ในระดับมาก

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมีความชำนาญด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา IOC=0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ผลการรักษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Chi-square, Fisher exact test ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มใช้สถิติ t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ผู้ป่วยภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอกดทับเส้นประสาท จากจำนวน 220 คน พบว่า กลุ่ม ACDF จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 52 คน (52.00%) อายุ

เฉลี่ย 56.67 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.38 Kg/m² ระยะเวลาที่มีอาการ 11.49 วัน ระดับพยาธิสภาพ C4-C5 มากที่สุดจำนวน 48 คน (48.00%) ในกลุ่ม Laminoplasty จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 68 คน (56.67%) อายุเฉลี่ย 58.34 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.23 Kg/m² ระยะเวลาที่มีอาการ 10.57 วัน ระดับพยาธิสภาพ C4-C5 มากที่สุดจำนวน 55 คน (43.33%) ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ผลการผ่าตัด พบว่า กลุ่ม ACDF และ ในกลุ่ม Laminoplasty ไม่มีความแตกต่างกันในด้านของ Pre-op JOA score, Post-op JOA score (6 Mo), % of increased score, ระยะเวลาผ่าตัด แต่แตกต่างกันในด้านของการเสียเลือด วันนอน ค่าใช้จ่าย ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 ส่วนด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่พบความแตกต่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ผู้ป่วยภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอกดทับเส้นประสาท

ข้อมูลส่วนบุคคล	ACDF group (N=100)	Laminoplasty group (N=120)	p-value
เพศ (ช/ญ)			
ชาย	52 (52.00)	68 (56.67)	0.347
หญิง	48 (48.00)	52 (43.33)	
อายุ (ปี)	56.67±4.92	58.34±7.63	0.821
ดัชนีมวลกาย BMI (Kg/m ²)	24.38±3.78	25.23±4.28	0.437
โรคร่วม			
DM	18 (18.00)	17 (14.17)	0.208
HT	32 (32.00)	34 (28.33)	0.846
DLP	40 (40.00)	39 (32.50)	0.329
CVD	8 (8.00)	10 (8.33)	0.138
CVA	12 (12.00)	11 (9.17)	0.814
ระยะเวลาที่มีอาการ	11.49±3.27	10.57±2.84	0.286
อาการแสดงที่มา			
Radicular pain	90 (90.00)	87 (72.50)	0.326
Sensory pain	42 (42.00)	38 (31.67)	0.080
Neck complaint	84 (84.00)	72 (60.00)	0.094
Motor dysfunction	18 (18.00)	16 (13.33)	0.322
ระดับพยาธิสภาพ			
C3-C4	8 (8.00)	10 (8.33)	0.482
C3-C4-C5	23 (23.00)	37 (30.83)	0.050*
C4-C5	48 (48.00)	52 (43.33)	0.219
C4-C5-C6	7 (7.00)	9 (7.50)	0.358
C5-C6	10 (10.00)	8 (6.67)	0.472
C5-C6-C7	4 (4.00)	4 (3.34)	0.937

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 ผลการผ่าตัด

ผลการผ่าตัด	ACDF group (N=100)	Laminoplasty group (N=120)	p-value
Pre-op JOA score	7.94±2.79	8.12±2.36	0.328
Post-op JOA score (6 Mo)	14.31±1.76	14.48±2.18	0.187
% of increased score	80.22	78.32	0.083
ระยะเวลาผ่าตัด	212.73±28.39	214.61±22.97	0.358
การเสียเลือด	218.00±39.62	317.28±77.21	0.003*
วันนอน	8.17±1.85	10.26±6.37	0.042*
ค่าใช้จ่าย	105,421.87	67,374.32	0.000*

*p<0.05

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน	ACDF group (N=100)	Laminoplasty group (N=120)	p-value
Deep surgical site infection	0	1	0.349
Hoarseness	1	2	0.126
Urinary tract infection	2	2	0.894
Pneumonia	1	1	0.823
CSF Leakage	0	1	0.427
รวม	4	6	0.249

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหา Cervical myelopathy จำนวน 220 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ACDF จำนวน 100 คน Laminoplasty 120 คน ซึ่งทั้งกลุ่ม ACDF และ Laminoplasty ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 56.67 และ 58.34 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเพศชายเป็นผู้ใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนี้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hirai, Takashi และคณะ⁷ ส่วนข้อมูลด้านอื่นๆ เช่น ดัชนีมวลกาย โรคร่วม ระยะเวลาที่มีอาการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ⁸ ระดับพยาธิสภาพทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระดับ C4-C5 มากที่สุด อาการแสดงที่มักมาพบแพทย์ด้วยเรื่องปวดหัวไหล่ แขน ปวดเมื่อยคอ มึนชาปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งมีสาเหตุได้จากหลายอย่าง แต่ที่พบบ่อยที่สุดมาจากความเสื่อมของกระดูกคอ ซึ่งอาจพบร่วมกับ

ภาวะช่องไขสันหลังตีบแคบแต่กำเนิด การดำเนินโรคนั้นพบว่าอาการของโรคมักจะแสดงอาการมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างช้า ๆ หรือในบางรายก็จะมีอาการแยลงเป็นช่วง ๆ โดยมีช่วงที่อาการทรง ๆ สลับกันไปแต่จะพบน้อยมากที่อาการจะดีขึ้นได้จากการรักษาแบบไม่ผ่าตัด การพยากรณ์โรคนั้นถ้าสามารถวินิจฉัยได้เร็ว และให้การรักษาก่อนเกิด Spinal cord damage จะให้ผลการรักษาที่ดี ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในช่วงระดับมาก โดยมีค่า Pre-op JOA score 7.94 ในกลุ่ม ACDF และ 8.12 ในกลุ่ม Laminoplasty

จากผลการผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า Post-op JOA score ที่ระยะเวลา 6 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Post-op JOA score 14.31 ในกลุ่ม ACDF และ 14.48 ในกลุ่ม Laminoplasty โดยทั้ง 2 วิธีทำให้เกิดผลดี คือ Neurological Function ดีกว่าก่อนผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ เช่นการศึกษาของ

Nicola Montano และคณะ⁹ และที่ผ่านมามีหลายสถาบันมีความพยายามเปรียบเทียบผลดีของการผ่าตัดทั้ง 2 วิธี แต่มีข้อแตกต่างกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่เปอร์เซ็นต์ของ Improved JOA score ของงานวิจัยนี้มีค่าค่อนข้างสูงกว่างานวิจัยอื่น ๆ^{10,11,12} ซึ่งโดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นประมาณ 50-70% แต่การศึกษานี้สูงถึง 80.22 ในกลุ่ม ACDF ในส่วนของเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดนั้นงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การทำ Laminoplasty นั้นใช้เวลามากกว่า แต่ในการศึกษานี้พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนของการเสียเลือดขณะผ่าตัดนั้น การศึกษานี้พบว่าการทำ Laminoplasty เสียเลือดมากกว่า และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่น ๆ เช่น การศึกษาของจุมพล ว่องพานิช¹³ ที่พบว่าการเสียเลือดขณะผ่าตัดของการทำ Laminoplasty มากกว่าวิธี ACDF แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา พบว่า การรักษาด้วย ACDF มีปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดน้อยกว่า และสามารถรักษาความโค้งของกระดูกสันหลังส่วนคอได้ดีกว่า ขณะที่ Laminoplasty ให้ช่วงการเคลื่อนไหวของคอที่กว้างกว่า นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า วันนอน และค่าใช้จ่าย ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่ม ACDF ค่าเฉลี่ยวันนอนน้อยกว่า ค่ารักษามากกว่าในกลุ่ม Laminoplasty

ส่วนของภาวะแทรกซ้อนที่พบนั้น ทั้งวิธี ACDF และ Laminoplasty ไม่มีความแตกต่างกัน โดยในกลุ่ม ACDF พบ Hoarseness 1 คน Urinary tract infection 2 คน Pneumonia 1 คน ซึ่งทั้ง 4 คนเป็นผู้สูงอายุ และระดับ BMI เกิน ในกลุ่ม Laminoplasty พบ Deep surgical site infection 1

คน Hoarseness 2 คน Urinary tract infection 2 คน CSF Leakage 1 คน ทำให้ต้องมีการผ่าตัดซ้ำ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Xuzhou Liu และคณะ¹⁴

สรุป

ผลการผ่าตัดด้วยวิธี ACDF มีความแตกต่างจากการผ่าตัดด้วยวิธี Laminoplasty ในแง่การเสียเลือดน้อย ระยะเวลาอนโรงพยาบาล แต่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยวิธี ACDF อาจควรเป็นตัวเลือกหลักในการรักษาภาวะไขสันหลังถูกกดทับจากกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมได้ เพราะการผ่าตัดที่มีประสิทธิผลที่ดีกว่า ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยภาวะกระดูกคอเสื่อมเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาแล้ว จึงควรหาแนวทางการป้องกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัว การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมต่อการป้องกันภาวะนี้ และควรสนับสนุนให้หน่วยงานชุมชนในการประชาสัมพันธ์ ถ่ายทอดความรู้
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรเป็น Prospective Study เพื่อให้ได้ข้อมูลตามตัวแปรครบถ้วน เช่น คุณภาพชีวิต เปรียบเทียบการผ่าตัดวิธีอื่น
3. หากวิธี Anterior Cervical Discectomy And Fusion; ACDF มีประสิทธิผลที่ดี ควรพัฒนาเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยยิ่งขึ้น
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านความพึงพอใจกับผู้ป่วย ความปลอดภัยในผู้สูงอายุ และอัตราประโยชน์อื่นที่เกี่ยวข้องกับองค์กรจะได้รับ

เอกสารอ้างอิง

1. Wang, S. J. et al. Four-level anterior cervical discectomy and fusion for cervical spondylotic myelopathy. J. Orthop. Surg. 2016. 24, 338–343.
2. Di Capua, J. et al. Elderly age as a risk factor for 30-day postoperative outcomes following elective anterior cervical discectomy and fusion. Glob. Spine J. 2017. 7, 425–431.

3. Yu, S. et al. Anterior fusion technique for multilevel cervical spondylotic myelopathy: A retrospective analysis of surgical outcome of patients with different number of levels fused. PLoS ONE 2014. 9, e91329.
4. Kim, Y. S., Park, J. Y., Moon, B. J., Kim, S. D. & Lee, J. K. Is stand alone PEEK cage the gold standard in multilevel anterior cervical discectomy and fusion (ACDF)? Results of a minimum 1-year follow up. J. Clin. Neurosci. 2018 47, 341–346
5. Puvanesarajah, V. et al. Complications and mortality following one to two-level anterior cervical fusion for cervical spondylosis in patients above 80 years of age. Spine 42, 2017. E509-e514.
6. Lee, H. C., Chen, C. H., Wu, C. Y., Guo, J. H. & Chen, Y. S. Comparison of radiological outcomes and complications between single-level and multilevel anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) by using a polyetheretherketone (PEEK) cage-plate fusion system. Medicine 98, 2019. e14277.
7. Hirai, Takashi. et,al. A Comparative Study of Anterior Decompression With Fusion and Posterior Decompression With Laminoplasty for the Treatment of Cervical Spondylotic Myelopathy Patients With Large Anterior Compression of the Spinal Cord. Clinical Spine Surgery. 2017; 30(8): E1137-E1142.
8. Chi-An Luo. et,al. The surgical outcome of multilevel anterior cervical discectomy and fusion in myelopathic elderly and younger patients. 2022. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.
9. Nicola Montano, Luca Ricciardi, Alessandro Olivi. Comparison of Anterior Cervical Decompression and Fusion versus Laminoplasty in the Treatment of Multilevel Cervical Spondylotic Myelopathy: A Meta-Analysis of Clinical and Radiological Outcomes. World Neurosurg. 2019; 130:530-536.
10. Liu X, Min S, Zhang H, et al. Anterior corpectomy versus posterior laminoplasty for multilevel cervical myelopathy : a systemic review and meta-analysis. Eur Spine J. 2014; 23(2) :362-72.
11. Xuzhou L, Hehui W, Zhilai Z, et al. Anterior decompression and fusion versus posterior laminoplasty for multilevel cervical compressive myelopathy. Healio Orthopedics 2015 ; 37 : 117-22.
12. Laratta, J. L. et al. Outcomes and revision rates following multilevel anterior cervical discectomy and fusion. J. Spine Surg. 2018; 4: 496–500.
13. จุมพล ว่องพานิช. การศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนต่อประสิทธิผลของการรักษา Multilevel Cervical Spondylotic Myelopathy ด้วยวิธี ACDF และ Open-door Laminoplasty. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559; 13(1): 32-49.
14. Xuzhou Liu • Shaoxiong Min • Hui Zhang • Zhilai Zhou • Hehui Wang • Anmin Jin. Anterior corpectomy versus posterior laminoplasty for multilevel cervical myelopathy: a systematic review and meta-analysis. Eur Spine J. 2014; 23:362–372.

การศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

The study of the incidence and factors associated with the occurrence of Silicosis in Peniad Subdistrict, Khok Samrong District, Lopburi Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

สุปรียา ว่องทิพยคงคา¹

Supreeya Wongthipayakhongkha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียดอำเภอโคกสำโรง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 230 คน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัย ใช้ค่าสถิติ Binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI

ผลการศึกษา: การศึกษาในประชาชนเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรงจำนวน 230 คน พบอุบัติการณ์เกิดโรคซิลิโคสิสจำนวน 19 คน (8.26%) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเป็นโรคโรคซิลิโคสิส กับผู้ที่ไม่เป็นโรค ไม่พบความแตกต่างด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการสวมอุปกรณ์ป้องกันฝุ่น กลุ่มเป็นโรคโรคซิลิโคสิส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 11 คน (57.89%) อายุ 61-70 ปี 6 คน (31.58%) อายุเฉลี่ย 56.67 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กิโลกรัม/เมตร² จบประถมศึกษาจำนวน 13 คน (68.42%) มีประวัติวัณโรคปอดจำนวน 10 คน (52.63%) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด ได้แก่ อายุ อาชีพ แกะสลักหิน ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ ประวัติวัณโรคปอด ผลเอกซเรย์ปอด ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, โรค Silicosis, ตำบลเพนียด

Abstract

This study was retrospective study aimed to study the incidence and factors associated with the occurrence of silicosis in Phaniat Subdistrict, Khok Samrong District. The sample included 230 residents of Phaniat Subdistrict, Khok Samrong District, from January 1, 2018, to December 31, 2023. Data were collected and analyzed using descriptive statistics. Factors were analyzed using binary logistic regression with a 95% confidence interval (CI).

Results: Among the 230 residents studied in Phaniat Subdistrict, Khok Samrong District, the incidence of silicosis was found in 19 individuals (8.26%). When comparing the silicosis group with the non-silicosis group, there were no significant differences in sex, age, education level, underlying diseases, or use of dust protective equipment. The majority of the silicosis group were female (11 individuals, 57.89%), aged 61–70 years (6 individuals, 31.58%), with a mean age of 56.67 years, and an average body mass index (BMI) of 23.79 kg/m². Most had completed primary education (13 individuals, 68.42%) and had a history of pulmonary tuberculosis (10 individuals, 52.63%). Factors significantly associated with the occurrence of silicosis in Phaniat Subdistrict included age, occupation as a stone carver, duration of residence in the area, history of pulmonary tuberculosis, chest X-ray results, and BMI ($p < 0.05$).

Keywords: Incidence, Silicosis, Phaniat Subdistrict

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทนำ

โรคปอดฝุ่นหิน หรือ โรคซิลิโคซิส เป็นโรคระบบทางเดินหายใจจากการประกอบอาชีพที่เป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้และยังไม่มีแนวทางการรักษาในปัจจุบัน ซึ่งโรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นจากการสูดละออง Silica เข้าไปในปอดติดต่อกันเป็นเวลานาน Silica ที่สูดเข้าไปจะทำให้ปอดอักเสบและมีพังผืดเกิดขึ้น^{1,2,3} โดยเริ่มมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง อาการไอแห้ง ๆ และบางครั้งอาจมีอาการไอเป็นโลหิต บางรายจะมีวัณโรคปอดแทรกซ้อนด้วยและบางรายจะพัฒนากลายเป็นโรคมะเร็งปอด อาการสำคัญในรายเฉียบพลัน ได้แก่ หอบเหนื่อย อาการเขียวคล้ำ ไอ ไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดและเสียชีวิตในเวลาต่อมา โดยโรคนี้พบความชุกร้อยละ 30-50 ในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ จีน ไทย เวียดนาม บราซิล และแอฟริกาใต้ การสัมผัสฝุ่นซิลิกาผ่านระบบทางเดินหายใจยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหืด โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดอักเสบ เป็นต้น ซึ่งสำนักงานวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ (International Agency for Research on Cancer หรือ IARC) จัดซิลิกาเป็นสารก่อมะเร็งปอดในมนุษย์⁴

ในประเทศไทยมีการดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 สำหรับประเทศไทยมีรายงานข้อมูลผู้ป่วยซิลิโคซิสมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคซิลิโคซิส 236 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ 0.39 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ที่มีผู้ป่วยโรคซิลิโคซิส 69 คน (อัตราป่วยต่อแสนประชากร) และจากสถานการณ์โรคปอดฝุ่นหินทราย ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 โดยเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นโรคปอดฝุ่นหินทรายสูงสุด 3 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) เขตสุขภาพที่ 4 2) เขตสุขภาพที่ 5 3) เขตสุขภาพที่ 11 คิดเป็นอัตรา 0.94, 0.62 และ 0.45 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีผู้ป่วยเป็นโรคปอดฝุ่นหินทรายสูงสุด 3 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) จังหวัดสระบุรี 2) จังหวัด

ลพบุรี 3) จังหวัดนครราชสีมา คิดเป็นอัตรา 6.53, 4.76 และ 2.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁵ ซึ่งพื้นที่ดังกล่าว เป็นพื้นที่อุตสาหกรรมโรงโม่หินจำนวนมาก สำหรับจังหวัดลพบุรี พื้นที่ตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง เป็นพื้นที่ที่มีโรงโม่หิน การแกะสลักหินจำนวนมาก ทั้งในสถานประกอบการ และทำในหมู่บ้าน และเป็นพื้นที่เสี่ยงการเกิดโรคซิลิโคซิส จากสถิติปี 2564-2566 พบผู้ป่วยยืนยันโรค ซิลิโคซิส 28 คน เสียชีวิต 1 คน ในปี 2566

โรคดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาหายขาด เมื่อเกิดโรคแล้วย่อมมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก การกำหนดมาตรการจึงเน้นให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรค โดยองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization หรือ ILO) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ตั้งเป้าหมายลดอุบัติการณ์โรคซิลิโคซิสให้สำเร็จไม่ให้เกิดโรคใหม่ในปี 2573 ปัจจุบันการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis^{6,7} มีการศึกษาน้อยในประเทศไทย รวมถึงการศึกษาของอำเภอโคกสำโรง เขตตำบลเพนียดยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องดังกล่าว หากทราบถึงขนาดปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคซิลิโคซิส และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค Silicosis ในตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 578 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2566 โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อยู่ในเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง 2) มีประวัติการทำงานในอาชีพกลุ่มเสี่ยง เช่น โรงโม่หิน แกะสลักหิน 3) ได้รับการตรวจคัดกรองโรค Silicosis และมีผลเอกซเรย์ทรวงอก 4) มีการบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก 1) การบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ 2) ไม่มีผลเอกซเรย์ทรวงอก

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ด้วยการใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 230 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ BMI ระดับการศึกษา อาชีพหลัก อาชีพรอง ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ ภูมิภาค ระยะเวลาที่อยู่ในภูมิภาค ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก ประกอบด้วย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติโรคปอด ผลเอกซเรย์ทรวงอก ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันฝุ่นหิน แหล่งที่ได้รับความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การ

วิเคราะห์ปัจจัย ใช้ค่าสถิติ Binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การศึกษาในประชาชนเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรงจำนวน 230 คน พบอุบัติการณ์เกิดโรคซิลิโคสิสจำนวน 19 คน (8.26%) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเป็นโรคโรคซิลิโคสิส กับผู้ที่ไม่เป็นโรค ไม่พบความแตกต่างด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการสวมอุปกรณ์ป้องกันฝุ่น กลุ่มเป็นโรคโรคซิลิโคสิส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 11 คน (57.89%) อายุ 61-70 ปี 6 คน (31.58%) อายุเฉลี่ย 56.67 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กิโลกรัม/เมตร² จบประถมศึกษาจำนวน 13 คน (68.42%) มีประวัติวัณโรคปอดจำนวน 10 คน (52.63%) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด ได้แก่ อายุ อาชีพแกะสลักหิน ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ ประวัติวัณโรคปอด ผลเอกซเรย์ปอด ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของประชาชนเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง (N=230)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นโรคซิกา (N=211) จำนวน (ร้อยละ)	เป็นโรคซิกา (N=19) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	83 (39.34)	8 (42.11)	0.498
หญิง	128 (60.66)	11 (57.89)	
อายุ (ปี)			
18-20	5 (2.37)	0	0.061
21-30	6 (2.84)	2 (10.53)	
31-40	15 (7.11)	0	
41-50	27 (12.80)	3 (15.79)	
51-60	74 (35.07)	4 (21.05)	
61-70	59 (27.96)	6 (31.58)	
> 70	25 (11.85)	4 (21.05)	
Mean ± SD	59.05 ±17.54	56.67 ±13.91	0.487
ดัชนีมวลกาย			
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	14 (6.64)	2 (10.53)	0.013*
สมส่วน (18.5-22.9)	60 (28.44)	9 (47.37)	
น้ำหนักเกิน (23-24.9)	44 (20.85)	3 (15.79)	
โรคอ้วนระดับ 1 (25-29.9)	12 (5.69)	1 (5.26)	
โรคอ้วนระดับ 2 (≥30)	81 (38.39)	4 (21.05)	
Mean ± SD	24.82 ±5.90	23.79 ±5.90	0.443
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	121 (52.61)	13 (68.42)	0.866
มัธยมศึกษาตอนต้น	46 (21.80)	3 (15.79)	
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	12 (5.69)	0	
อนุปริญญา/ปวส.	12 (5.69)	1 (5.26)	
ปริญญาตรี	1 (0.47)	0	
ไม่ได้เรียน	19 (9.00)	2 (10.53)	
อาชีพ			
รับจ้างทั่วไป	53 (25.12)	4 (21.05)	0.000*
รับจ้างแกะสลักหิน	6 (2.84)	9 (47.37)	
เจ้าของกิจการ	13 (6.16)	0	
แม่บ้าน	25 (11.85)	1 (5.26)	
เกษตรกร	57 (27.01)	3 (15.79)	
ค้าขาย	24 (11.37)	2 (10.53)	
รับราชการ	10 (4.74)	0	
ไม่ได้ทำงาน	23 (10.90)	0	
ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่			
Mean ± SD (Min, Max)	23.00± 16.57	26.47 ±12.70	0.040*

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของประชาชนเขตตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง (N=230)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นโรคซิลิโคสิส (N=211) จำนวน (ร้อยละ)	เป็นโรคซิลิโคสิส (N=19) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัว (มากกว่า 1 ข้อ)			
โรคเบาหวาน	13 (6.16)	3 (15.79)	0.423
โรคความดันโลหิตสูง	24 (11.37)	9 (47.37)	0.087
โรคหลอดเลือดหัวใจ	5 (2.37)	0	0.724
โรคไขมันในเลือด	46 (21.80)	9 (47.37)	0.421
การสูบบุหรี่			
ใช่	23 (10.90)	4 (21.05)	0.001*
ไม่ใช่	188 (89.1)	15 (78.95)	
ประวัติวัณโรคปอด			
ใช่	14 (6.64)	10 (52.63)	0.000*
ไม่ใช่	197 (93.36)	9 (47.37)	
ผลเอกซเรย์ปอด			
ปกติ	183 (79.57)	3 (15.79)	0.000*
ผิดปกติ	28 (13.27)	16 (84.21)	
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน			
ใช่	127 (60.19)	11 (57.89)	0.217
ไม่ใช่	84 (39.81)	8 (42.11)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

Factors	RR ratio (95%CI)	P-value
อายุ	2.17 (1.138-19.031)	0.001*
อาชีพแกะสลักหิน (เปรียบเทียบกับอาชีพอื่น)	5.49 (2.097-21.321)	0.001*
ประวัติวัณโรคปอด	4.98 (1.924-17.392)	0.000*
ผลเอกซเรย์ปอด	10.32 (3.582-32.924)	0.000*
ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่	1.34 (1.107-11.038)	0.000*
ดัชนีมวลกาย	1.09 (1.014-4.347)	0.014*

* p-value < 0.05 are defined as statistically significant (Nagelkerke R²=0.423, Over percentage correct 74.28%)

สรุปและอภิปรายผล

จากจำนวนผู้มาตรวจคัดกรองโรค Silicosis ในตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี 230 คน พบอุบัติการณ์เกิดโรคจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 8.26 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุปผา โพธิกุล และ สุรินธร กลัมพากร⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคซิลิโคสิสของพนักงานโรงโม่หินในอำเภอยะโฮง จังหวัด

สุพรรณบุรี พบอุบัติการณ์ร้อยละ 0.81 น้อยกว่าการศึกษาของ เอกรินทร์ ลักษณะลิขิตกุล⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคซิลิโคสิสของพนักงานโรงโม่หินในจังหวัดลพบุรี พบอุบัติการณ์ร้อยละ 25.81 และจากการศึกษาในต่างประเทศ ของ Ryan F Hoy และคณะ¹⁰ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 28.02 เนื่องจากมีความแตกต่างกันด้านพื้นที่ ความเสี่ยงสัมผัสโรค และจำนวนประชากร ผู้ที่ยืนยันเป็นโรค

Silicosis ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56.67 ปี ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่ส่วนใหญ่เกิดในเพศชาย อธิบายได้ว่าในตำบลเพนียดเป็นพื้นที่ที่มีโรงโม่หิน การแกะสลักหินหลายแห่ง ทั้งในสถานประกอบการ และทำในหมู่บ้าน ซึ่งในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแม่บ้านที่แกะสลักหินเป็นงานหลัก การป้องกันและสวมอุปกรณ์จะน้อยกว่าการทำในสถานประกอบการ ที่มีมาตรการเข้มงวดในการป้องกันฝุ่นหิน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค Silicosis ในตำบลเพนียด ได้แก่ อายุ อาชีพแกะสลักหิน ประวัติวัณโรคปอด ผลเอกซเรย์ปอด ดัชนีมวลกาย ซึ่งอายุที่เพิ่มทุกๆ 1 ปี จะมีความเสี่ยงการเกิดโรค 2.17 เท่า (95% CI=1.138-19.031) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรินทร์ ลักษณะโลหิตจางโดยพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซิลิโคสิส 1.12 เท่า (95% CI=1.09-1.15) และการศึกษาของ Xuesen Su และคณะ¹¹ พบอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 50–60 ปี เช่นเดียวกับการศึกษานี้ จากผลการศึกษาพบว่าประชาชนเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง และค่า BMI เกินมาตรฐาน โดยค่า BMI ที่เพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการเกิดโรค 1.09 เท่า (95% CI =1.014-4.347) สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ยังไม่ดีพอ และหากไม่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคจะส่งผลให้เกิดโรค Silicosis ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Xuesen Su และคณะ ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้มีระดับ BMI น้อยกว่ามาตรฐาน

ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่จากการศึกษานี้ ส่งผลให้เกิดโรค Silicosis 1.34 เท่า (95% CI =1.107-11.038) ระยะเวลาเฉลี่ยนานกว่า 10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Xuesen Su และคณะ ที่พบว่าระยะเวลาที่สัมผัสโรคนานกว่า 12 ปี ประชาชนในพื้นที่จะเสี่ยงการเกิดโรค Silicosis เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่น้อยกว่าจาก และยังสอดคล้องกับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในแอฟริกาใต้ที่พบว่าระยะเวลาทำงานที่มากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซิลิโคสิส 1.11 เท่าต่อปี สำหรับตำบลเพนียด

เนื่องจากเป็นถิ่นที่อยู่อาศัยมาตั้งแต่เกิด ไม่มีการย้ายถิ่นฐาน นอกจากนี้จะเห็นว่าผลเอกซเรย์ปอดที่ผิดปกติยืนยันการเป็นโรค Silicosis เกือบทุกราย แสดงให้เห็นว่าพื้นที่นี้เป็นพื้นที่เสี่ยงของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความสำคัญ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น เน้นการให้ความรู้ในการป้องกันโรคและการตรวจคัดกรองในพื้นที่ให้ครอบคลุม การคัดกรองและสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดให้มีการตรวจสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการตรวจสุขภาพประจำปี และประชาชนควรได้รับการเอกซเรย์ปอดเป็นประจำทุกปี

ข้อเสนอแนะ

กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังโรค Silicosis โดย

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้ในการกำหนด พื้นที่และกลุ่มเสี่ยงที่จะดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนสถานประกอบการ จำนวนประชากรที่อาศัยในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ฝุ่นละออง จำนวนประชากรที่อาศัยในพื้นที่ ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยหรือมีลักษณะอาการที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการสัมผัสฝุ่นหิน silica เช่น โรคหอบหืด หลอดลมอักเสบ ไอเป็นเลือด และวัณโรค โดยเฉพาะผู้ที่ไม่พบเชื้อวัณโรคหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดฝุ่นหิน

2. การคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง โดยบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบต., อบท., สสอ., สสจ. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพประชาชน และก่อนวันที่จะดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพมีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ประชาชนทราบ วัน เวลา สถานที่ที่จะดำเนินการคัดกรอง ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น เสียงตามสายในชุมชน หนังสือเชิญตรวจสุขภาพ หรือ ใบ

นัด เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงเข้าร่วมตรวจคัดกรองสุขภาพได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ

3. ดำเนินการติดตาม กลุ่มที่มีผลวิเคราะห์ฟิล์มเอกซเรย์ปอดปกติ (Category 0/0-0/1) ให้สื่อสารความเสี่ยงและให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองเพื่อป้องกัน หรือลดการสัมผัสฝุ่น และทำการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งติดตามภาวะสุขภาพถ้ามีอาการผิดปกติ กลุ่มที่มีผลวิเคราะห์ฟิล์มเอกซเรย์ปอด เฝ้าระวัง (ตั้งแต่ Category 1/0)

ให้สื่อสารความเสี่ยงและให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองเพื่อป้องกัน หรือลดการสัมผัสฝุ่น รวมทั้งจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงเพื่อติดตามเฝ้าระวังตรวจซ้ำทุก 3 ปี กลุ่มที่ผลการตรวจแสดงว่าป่วยด้วยโรคซิลิโคสิส (ตั้งแต่ Category 1/1 ขึ้นไป) จะต้องทำการส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย และส่งต่อเพื่อรักษา รวมทั้งต้องมีการจัดทำทะเบียนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และมีการตรวจซ้ำอย่างน้อยทุก 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Occupational and Environmental diseases. In: Annual report 2018. Nonthaburi: Bureau of Occupational and Environmental Diseases; 2018. p. 21-40. (in Thai)
2. Lukkanalikitkul E, Buranatrivej S, Juengprasert W. Silicosis. In: Bandhukul A, editors. Occupational disease diagnosis guidelines; 2019. p. 225-32. (in Thai)
3. Li XD, Qu HY, Wen XZ, Wen CJ, Zhou SY, Yu HW. The analyze the epidemic trend and predict the incidence trend of occupational diseases in Guangdong province. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2018;36(7):508- 11. (in Chinese)
4. Minelli G, Zona A, Cavariani F, Comba P, Pasetto R. Silicosis mortality in Italy: temporal trends 1990-2012 and spatial patterns 2000- 2012. Annali dell'Istituto superiore di sanita. 2017;53(4):275-82.
5. Krisorn P, Chaiear N, Subhannachart P, Dumavibhat N, Tungsagunwattana S. Sensitivity and specificity of occupational health doctors in reading pneumoconiosis radiographs. Am J Public Health 2018;6:106-10.
6. Occupational Safety and Health Administration. Occupational exposure to respirable Crystalline Silica-review of health effects literature and pre-liminary quantitative risk assessment [Internet]. 2010 [cited 2021 Feb 15]. Available from: https://www.osha.gov/silica/Combined_Back-ground.pdf
7. Silanun K, Chaiear N, Rechaipichitkul W. Prevalence of silicosis in stone carving workers being exposed to inorganic dust at Sikhiu district Nakhonratchasima province, Thailand; preliminary results. J Med Assoc Thai 2017;100:598-602.
8. บุปผา โพธิกุล และ สุรินทร์ กลัมพากร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคซิลิโคสิสของคณงานโรงโม่หินในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์. 2557. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. เอกรินทร์ ลักขณาลิขิตกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคซิลิโคสิสของคณงานโรงโม่หินในจังหวัดชลบุรี. วารสารควบคุมโรค. 2565; 48(2): 415-427.
10. Ryan F Hoy, Christina Dimitriadis, Michael Abramson, Deborah C Glass, Stella May Gwini, Fiona Hore-Lacy, Javier Jimenez-Martin, Karen Walker-Bone, Malcolm R Sim. Prevalence and risk factors for silicosis among a large cohort of stone benchtop industry workers. Occup Environ Med. 2023 Aug;80(8):439-446.
11. Xuesen Su, Xiaomei Kong, Xiao Yu, Xinri Zhang. Incidence and influencing factors of occupational pneumoconiosis: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2023 Mar 1;13(3):065-114.

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
Effectiveness of using the care model for patients with bloodstream
infections Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ฉัตรชัย ไตรยราช¹
Chatchai Traiyaraj¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ศึกษาในกลุ่มบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 35 คน และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการ ในระหว่างทำการศึกษาในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบประเมินความรู้,แบบประเมินความพึงพอใจ, แบบประเมินทักษะ,แบบประเมินความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้สถิติเชิงและสถิติ pair t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ทักษะและความถูกต้องเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังการทดลองบุคลากร มีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ร้อยละ 100 4) ดัชนีชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการทดลอง ดัชนีชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยมีค่ามากขึ้นกว่าก่อนทดลองทุกตัวชี้วัด

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด,รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Abstract

This research was quasi-experimental research. By comparing before and after in a 1 group type aimed to study the effectiveness of using a care model for patients with bloodstream infections at Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province. The study was conducted in a group of related personnel, including doctors, professional nurses, staff working in the emergency department, medical technicians, radiologists, and pharmacists at Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province, totaling 35 people and the group of patients with bloodstream infections who received services during the study period from November 2024 to February 2025. The instruments used for data collection were: The questionnaires for the sample group of relevant personnel were: general information questionnaire, knowledge assessment form, satisfaction assessment form, skills assessment form, assessment form for accuracy in caring for patients with bloodstream infections, and assessment form for the feasibility of using the model. Data analysis using descriptive statistics and pair t-test statistics and analyze the results of the indicators in caring for patients with bloodstream infections before and after the experiment by comparing the results using the average percentage.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Study results: Found that 1) Knowledge and understanding about the care of patients with bloodstream infections of 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 skills and accuracy in using the care model for patients with bloodstream infections of the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 3) The satisfaction with using the care model for patients with bloodstream infections of the sample group after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. And after the trial, the staff agreed with the feasibility of using the model for caring for patients with bloodstream infections at Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province, 100 percent. 4) Index of patient care for patients with bloodstream infections. After the experiment, the index of patient care had higher values than before the experiment in all indicators.

Keywords : Sepsis, Patients with septicemia, Care model for patients with septicemia, Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหา สาสุขในแง่ 1) อุบัติการณ์ 2) สาเหตุการเสียชีวิตและสถิติ 3) ผลกระทบต่อคนไข้ ครอบครัว อื่นๆ 4) ภาครัฐเสียค่าใช้จ่าย สะท้อนให้เห็นว่าเป็นปัญหาจริงที่ทุกภาครัฐควรแก้ไขปัญหา ภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากเมื่อร่างกายมีการติดเชื้อและเข้าสู่ร่างกายเชื้อโรคจะสร้างสารพิษ (Toxin) ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพหลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือดอวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจด้วยตามมาด้วยภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด¹

การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเชื่อกันได้ว่า ได้แก่ จุลชีพต่างๆ เช่น เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้² การมีระบบภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำจากโรคประจำตัว การทำหัตถการต่างๆ ที่ต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย หรือเกิดแผลเป็นบริเวณ

กว้างและการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่ม ผู้ติดยาเสพติดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้³ เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว ร่างกายของเราจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรค ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบขึ้น ทั่วบริเวณของร่างกาย โดยผู้ป่วยจะมีอาการ ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค 4 ระยะดังนี้ 1) systemic inflame matory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบของร่างกาย (systemic inflammation) ที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อผู้ป่วยจะต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ (1) อุณหภูมิร่างกาย $>38^{\circ}\text{C}$ หรือ $<36^{\circ}\text{C}$ (2) อัตราการเต้นของชีพจร >90 bpm (3) อัตราการหายใจ >20 bpm หรือ $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg และ (4) เม็ดเลือดขาว $>12,000$ หรือ $<4,000$ cell/mm³ หรือ มี immature form $<10\%$ 2) Sepsis คือ มีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมีภาวะ SIRS 3) Severe sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่มีอวัยวะทำงานล้มเหลวยอย่างน้อยหนึ่งอวัยวะขึ้นไป และ 4) Septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่มีความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure 40 mmHg จากค่าพื้นฐาน เมื่อร่างกายได้รับการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด (Sepsis) จะทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่

ภาวะ Hypoperfusion และ Organ dysfunction ดังจะเห็นได้จากภาวะความดันโลหิตต่ำและระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น (Severe sepsis) และเข้าสู่ระยะช็อก (Septic shock) อย่างรวดเร็วภายใน 72 ชั่วโมง⁴ จากอาการและอาการแสดง ผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าเป็นภาวะโรคที่อันตรายจริง ดังนั้นการมีแนวทางในการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดผลกระทบดังกล่าวได้

เป้าหมายในการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมิน และติดตามการดำเนินโรค รวมถึงการให้การรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยชะลอความรุนแรงของการเกิดอวัยวะล้มเหลวได้⁵ การที่จะบรรลุเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้นั้น สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock พ.ศ. 2558 โดยประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการดูแลรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา⁶ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลไกของการรักษา และรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต้องครอบคลุมกลไกทั้ง 3 เพื่อจะบรรลุเป้าหมาย ในการรักษา ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการ ติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียน อย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาในผู้ป่วย ที่มีภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือด ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมิน และติดตามการดำเนินโรค รวมถึงการ ให้การรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ในที่สุด

จากสถิติข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง โรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 55 ราย, 35 ราย, และ 25 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยตาย ด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 5 ราย, 3 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.09, 8.57 และ 12 ตามลำดับ ในปี 2565-2567⁷ จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตระดับโรงพยาบาล พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจัดเป็นปัญหาสำคัญของการเสียชีวิตในปี 2565-2567 โดยโรงพยาบาลนาแก มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็วเพื่อการวินิจฉัยรักษา ให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด แต่ก็ยังพบอุบัติการณ์ การเกิดผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นในแต่ละปี จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า 1. ด้านรูปแบบบริการในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจนหรือยังมีข้อรายละเอียดที่ทำให้การประเมินผู้ป่วยล่าช้าและไม่ถูกต้อง 2. ด้านบุคลากร พบว่าด้านการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับยังประเมินผู้ป่วยล่าช้าหรือยังไม่ถูกต้องเพียงพอของเจ้าหน้าที่ผู้ประเมินทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยรักษาและการส่งต่อ จากข้อมูลข้างต้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว ยังพบว่ารูปแบบเดิมที่ผ่านมายังมีปัญหาดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น

แนวทางในการดูแลโรคสามารถทำได้ โดยการค้นหาผู้ป่วยให้เร็วก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก โดยการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วหลังเกิดสัญญาณเตือนของโรค เช่น ไข้หนาวสั่น หายใจเหนื่อยอ่อนเพลีย ซึมลง หรือมีการอักเสบเกิดขึ้น

เป็นต้น รวมทั้งการประเมินและได้รับการดูแลทันทีจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็น กลยุทธ์ ที่สำคัญและมีความจำเป็น กระบวนการ ที่ทำให้เกิดคุณภาพ ในการดูแลภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด ประกอบด้วย 2 ด้านคือ 1. ด้านระบบบริการ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Access) โดยการลดปัจจัย ที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าด้านบริบทสิ่งแวดล้อมหรือตัวบุคคลซึ่งปัจจัยของระบบบริการสุขภาพฉุกเฉินมีผลต่ออาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การนำส่งที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ที่จุดเกิดเหตุและนำเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลได้รวดเร็ว⁸ 2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็น ที่จะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยและการเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว ทันที⁹ การทำงานเป็นทีมของ สหสาขาวิชาชีพ การประสานงานระหว่างทีม และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วน ทันเวลา จึงถือว่าเป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญที่ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยในภาพรวมดีขึ้น ช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เห็นความจำเป็นที่จะ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ให้เกิดขึ้นอย่างมีระบบมีผลสัมฤทธิ์ ตามเป้าหมาย โดย ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทั้งนี้เมื่อนำรูปแบบที่ได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ และผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย ส่งต่อการรักษาได้ทันเวลา ลดอัตรา การเสียชีวิตของผู้ป่วยตามมาในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษา ทำหนังสือขออนุญาต ทำการศึกษา ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษาและขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถระบุตัวตนได้ ในระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยในโปรแกรม Hos-xp ทั้งข้อมูลประวัติทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ ปี 2567 ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก
3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
4. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่องวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วม
5. ผู้วิจัยประเมินความประเมินความพึงพอใจ ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย

6. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมในโปรแกรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, นักเทคนิคการแพทย์, นักรังสีวิทยา, เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มา รับบริการในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ(Inclusion criteria)ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ไม่สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างบุคลากร

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ(Inclusion criteria)ประกอบด้วย 1) แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, นักเทคนิคการแพทย์, นักรังสีวิทยา, เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, นักเทคนิคการแพทย์, นักรังสีวิทยา, เภสัชกร ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

นาแก จังหวัดนครพนม 2) ไม่สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบทดสอบ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการวัด มี 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร(บุคลากร)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (บุคลากร)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ (บุคลากร)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (สำหรับผู้ประเมิน/ผู้วิจัย)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (สำหรับผู้ประเมิน/ผู้วิจัย)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเป็นไปได้ ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม (บุคลากร)

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกดัชนีชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยของประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม (ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมิน/คัดกรองผู้ป่วยและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากตำรา เอกสารและงานวิจัย ที่

เกี่ยวข้อง และใช้ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ และรูปแบบดังต่อไปนี้

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม การส่งต่อการพยาบาลระยะ แรก รับ ระยะเร่งด่วนในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตามแนวปฏิบัติ Sepsis fast track โดยคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ qSOFA และประเมินสัญญาณชีพแรก รับ ประกอบด้วย 1.1) ประเมินสัญญาณชีพแรก รับ 1.2) ประเมิน alteration in mental status 1.3) blood pressure ≤ 100 มิลลิเมตรปรอท 1.4) respiratory rate ≥ 22 /นาที กรณีพบว่าเข้าข่าย 2 ข้อขึ้นไปประสานและส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อขอ แผนการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ

2. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยตามรูปแบบ MOPH Triage ในการคัดกรองผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดเข้า Sepsis fast track ได้แก่ 2.1) ประเมินการติดเชื้อในร่างกาย โดยคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ qSOFA (ประเมิน 3 ข้อ: alteration in mental status, systolic blood pressure ≤ 100 มิลลิเมตรปรอท, respiratory rate ≥ 22 / นาที) ตั้งแต่ แรกรับที่ห้องฉุกเฉินและเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (System Inflammatory Response Syndrome; SIRS) และประเมินสัญญาณชีพแรก รับ 2.2) ประเมิน SIRS Criteria (Systemic inflammatory response syndrome) 2.3) ประเมิน qSOFA, SOS Score, V/S

3. แผนการรักษาพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลเร่งด่วนภายใน 1 ชั่วโมงแรก ได้แก่ 3.1) ปฏิบัติตามแผนการรักษา Sepsis 3.2) ฟังปอด, Chest X-Ray, ประเมินภาวะน้ำเกิน และสังเกต ภาวะหายใจหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น 3.3) ประเมิน สัญญาณชีพและ SOS Score ต่อเนื่อง/ปฏิบัติตาม CPG. โดย

- H/C x II ขวด ภายใน 1 ชั่วโมง

แขน 2 ข้าง พร้อมกัน เก็บ Culture จากตำแหน่ง สงสัยติดเชื้อ ตรวจได้เองที่โรงพยาบาล/ส่งตรวจ ความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ

- Load NSS IV 500 cc.in 20 min Dose then mL/hr.ให้ IV.ได้ 2 แขน

- การให้ยาปฏิชีวนะ Antibioticตาม CPG

4. การพยาบาลภาวะช็อก (Septic shock) ได้แก่ 4.1) ประเมินภาวะ Septic shock 4.2) ประเมินสัญญาณชีพ และ SOS Score : ประเมิน SOS score และปรับการประเมินสัญญาณชีพตาม แนวทางการประเมินผู้ป่วยตามค่าคะแนน SOS = 0-1 วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง, SOS = 2-3 วัด สัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง, บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง.SOS = >3 วัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที , บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อค่าคะแนนเพิ่มขึ้น 4.3) ชักประวัติสาเหตุการติดเชื้อ 4.4) การพยาบาลขณะใส่ท่อช่วยหายใจ 4.5) การส่งต่อผู้ป่วย

- กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะ ต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วย โดยการพยาบาล ใน 6 ชั่วโมงแรก และการดูแลต่อเนื่อง โดยปฏิบัติการ พยาบาลตามแผนการรักษา ดังนี้

- เจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ 2 ตัวอย่าง

- ให้สารน้ำ NSS 2 เส้น ด้วยอัตราเร็วมาก (free flow) ใน 3 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะต้องได้รับสาร น้ำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ใน 3 ชั่วโมง ถัดมาผู้ป่วย จะต้องได้รับสารน้ำ 1.5 – 2 ลิตร

- เริ่มให้ยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการเจาะ เลือดเพาะเชื้อ

- เริ่มให้ยา vasopressor และ inotropes หลังให้สารน้ำครบ 1 ลิตร จึงค่อยเริ่ม titrate ที่ละ 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ทุก 15 นาที ร่วมกับการให้สาร น้ำจนครบ,คาสายสวนปัสสาวะ และบันทึกสารน้ำ เข้าออก (I/O)

5. การติดตามอาการและอาการแสดงของ การติดเชื้อที่รุนแรง สับสน ระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลงหายใจเร็วขึ้น RR > 20 ครั้ง/นาที ผิวหนังลายเป็นจ้ำเขียว ปลายมือปลายเท้าซีด

capillary refilling > 3 นาที urine output < 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ใน 6 ชั่วโมง Platelet count < 100,000/มิลลิเมตร SBP < 90 มิลลิเมตรปรอท หรือ MAP < 65 มิลลิเมตรปรอท

6. การบันทึกเวลาวินิจฉัยและบันทึกเวลาแพทย์ตรวจ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) หัวใจ และการไหลเวียนเลือด การหายใจ สมอง ไต ติดตามประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวทุก 15 นาที, ประเมิน (SpO₂) ทุก 15 นาที ถ้า $\geq 90\%$ หรือ (PaO₂) > 60 มิลลิเมตรปรอท ทุก 1 ชั่วโมง หรือ ScvO₂ > 70 % ประเมินทุก 1 ชั่วโมง

7. แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย โดย

- ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย การช่วยเหลือตนเอง และสภาพการรับรู้สติ ของผู้ป่วย
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว
- ประสานทีมเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุน ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ

8. การลงข้อมูลการวินิจฉัยโรคในโปรแกรม HosXP ภายหลังจากแพทย์ตรวจสอบ เวชระเบียน และลงการวินิจฉัยก่อน

9. การทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ Auditor โรงพยาบาล หลังแพทย์เจ้าของไข้ ลงผลการวินิจฉัยแล้ว

10. การประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการเข้าถึงการรักษา แก่ประชาชนผ่านช่องทางป้ายประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านสื่อวิทยุชุมชน เสียงตามสายของผู้นำชุมชน เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ แบบสอบถามเอง โดยดูด้านความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการ

ทดลองเสร็จสิ้น โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วย/บุคลากร) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลาง และค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ความถูกต้อง ความพึงพอใจ, ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมของบุคลากรทีมผู้ให้บริการโดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ความถูกต้องของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการ ใช้สถิติ Pair T-test

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม รหัสการวิจัย REC 093/67 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90.9 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 56 ปี อายุ เฉลี่ย 39 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.14 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 74.3 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 25.7 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาการทำงาน ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ต่ำสุด 3 ปี ระยะเวลาการทำงาน ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สูงสุด 20 ปี

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคและดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด (สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากร) ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 16.97$, $S.D. = 2.57$) หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก (X

$= 19.77$, $S.D. = 0.54$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย ($n=35$)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง ($n=35$)			หลังทดลอง ($n=35$)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้เกี่ยวกับโรคและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	16.97	2.57	ปานกลาง	19.77	0.54	มาก	-6.90	34	0.00

* $p < 0.05$

ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด (สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากร) จากผลการศึกษาพบว่า ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองมีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลอง มีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ติดเชื้อในกระแสเลือด อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง มีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=35$)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง ($n=35$)			หลังทดลอง ($n=35$)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	2.57	0.94	น้อย	3.89	0.32	มาก	-8.63	34	0.00

* $p < 0.05$

ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากร) ภาพรวมความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากผลการศึกษาพบว่า ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่ม

ตัวอย่าง ก่อนการทดลองมีความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

ในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีความถูกต้อง ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่า

ก่อน การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=35)		หลังทดลอง (n=35)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	10.06	2.22	13.77	0.49	-10.22	34	0.00

* $p < 0.05$

ความพึงพอใจการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม (สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากร) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด จากผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของ กลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมก่อนการทดลอง อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดัชนีชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการทดลอง ดัชนีชี้วัดด้าน การดูแลผู้ป่วยมีค่ามากขึ้นกว่าก่อนทดลองทุกตัวชี้วัด ซึ่งผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมระหว่างการทดลอง ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ดัชนีชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยของประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ดัชนีชี้วัด	ก่อนทดลอง ข้อมูลปี 2566 (ร้อยละ)	หลังทดลอง ระหว่างเดือนพ.ย. 67-ก.พ.68 (ร้อยละ)
1.ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	82.55	97.71
2.ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรวดเร็วหลังจากมีอาการตามเกณฑ์ ภายใน 48 ชั่วโมง	74.12	96.86
3.ผู้ป่วยมีภาวะช็อกก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา	2.52	0.57
4.ผู้ป่วยได้รับการประเมินถูกต้องและรวดเร็วภายใน 10 นาที	78.23	98.57
5.ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง	81.64	98.86
6.ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	3.52	1.43
7.ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	12	0.00

ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสุขภาพ โดยภาพรวม พบว่าหลังพัฒนาระบบมีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า มีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมทุกข้อ ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงระบบบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และสามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยผู้ป่วยได้รับการประเมิน และติดตามการดำเนินโรค รวมถึงการให้การรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิตได้ ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาพิมล โกมล (2560)¹⁰ ศึกษาคุณภาพการจัดการดูแล ผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการจัดการดูแลด้านโครงสร้างพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้ในการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดในระดับปานกลางถึงระดับดีคุณภาพ การจัดการด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบางประการไม่ค่อยสม่ำเสมอโดยเฉพาะการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้มีกลุ่มอาการ ติดเชื้อในกระแสเลือด การค้นพบภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดของพยาบาลมีระยะเวลาเฉลี่ย 17.3 นาที ระยะเวลาที่ผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อ ในกระแส

เลือดได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อเฉลี่ย 14.1 นาที โดยร้อยละ 92.2 ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อในระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 29.6 นาทีโดยร้อยละ 96.7 ได้รับยาปฏิชีวนะในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที คุณภาพการจัดการดูแลด้านผลลัพธ์พบว่า หลังให้การดูแลผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis, Severe Sepsis และ Septic Shock ผู้ป่วยมีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg ร้อยละ 70.8, 14.3 และ 0 ตามลำดับ และปริมาณค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนส่วนปลาย ≥ 92 % ร้อยละ 86.1, 0 และ 18.2 ตามลำดับ และไม่พบผู้มีการติดเชื้อ ในกระแสเลือดมีภาวะน้ำเกินจากการได้รับ สารละลายทางหลอดเลือดดำการเกิดภาวะ Shock ของผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดในภาวะ Sepsis และ Severe Sepsis พบร้อยละ 8.3 และ 71.4 ตามลำดับ และในงานวิจัยของ ทวีกานต์ รักสวนจิกร, นวรัตน์ บุญน่าน และอรรถัย โสระเสริฐ (2567)¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลแกด้า อำเภอกาบัง จังหวัดมหาสารคาม โดยการวิจัย และพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลแกด้า อำเภอกาบัง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) บุคลากร ได้แก่ เภสัชกร พยาบาล พยาบาลป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ และนักเทคนิค การแพทย์ จำนวน 12 คน และ 2) ผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 51 คน ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ เตรียมการ พัฒนานำรูปแบบไปใช้และประเมินผล เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบประเมินความรู้ 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ เิงพรรณนา และ สถิติทดสอบ paired t-test กำหนด

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษา ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วนประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ หลังนำไปใช้พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้น จาก 27.25 เป็น 44.75 ผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลในช่องทางด่วน เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 64.86 เป็น 100 เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml./kg./hr ร้อยละ 100 และไม่พบเสียชีวิต การปฏิบัติตาม รูปแบบ ร้อยละ 100 ความพึงพอใจบุคลากร อยู่ในระดับมากซึ่งค่าคะแนนความรู้ และความ พึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยระบบทางด่วน ที่พัฒนาขึ้นสามารถ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ขับเคลื่อน ลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและ ทำให้ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ทิฏฐิ ศรีวิสัยและวิมล อ่อนแสง. (๒๕๖๐). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. Boromarajonani college of Nursing, Uttaradit Journal. ๙(๒), ๑๕๒-๑๖๓.
2. Rhodes, A., Evans, L.E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Et al. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Medicine, 43(3), 304-377.
3. American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. (1992, June). Crit Care Med, 20(6): 864-874.
4. Glickman, S. W., Cairns, C. B., Otero, R. M., Woods, C. W., Tsalik, E. L., Langley, R. J. (2010). Disease progression in hemo dynamically stable patients presenting to the emergency department with sepsis. Acad Emerg Med, 17(4), 383-90.
5. Bentley, J. , Henderson, S., Thakore, S., Donald, M. and Wang, W. 2016. Seeking Sepsis in the Emergency Department- Identifying Barriers to Delivery of the Sepsis 6. BMJ Quality Improvement Reports 2016, Retrieved December 14, 2016.
6. สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤต.
7. โปรแกรม HDC สสจ.นครพนม, 2566.
8. ปฏิพร บุญยพัฒนกุล, (2560). ประสิทธิภาพ ของระบบการบริการสุขภาพฉุกเฉินต่ออาการ ทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. ปีที่ 21 ฉบับที่:2 เลขหน้า :135-147 ปี พ.ศ. 2560.
9. พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. (2562). คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่หน่วยงานอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 1(1): 33-49.
10. ภาพิมล โกมล, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. (2560). คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
11. ประไพพรรณ ฉายรัตน์, สุพัฒศิริ ทศพร พิทักษ์กุล. (2560). ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม – กันยายน 2560

การพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

Development of communication efficiency of village health volunteers in caring for diabetic
patients in San Phisuea Subdistrict, Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

อัจฉรา หงษ์ทอง¹
Atchara Hongthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องโรคเบาหวาน และเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 5 ปีขึ้นไป ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random) จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึกระดับน้ำตาล วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p\text{-value} = 0.00012574$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.57$, $p\text{-value} = 0.00006932$ และ $t = 5.24$, $p\text{-value} = 0.00012574$) ตามลำดับ และมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนการทดลอง

คำสำคัญ: การสื่อสาร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the knowledge level of village health volunteers on diabetes and to compare the effectiveness of communication patterns between the experimental and control groups of village health volunteers with diabetic patients. The sample consisted of village health volunteers who had worked as village health volunteers for 5 years or more. The researcher used a simple random sampling method, totaling 15 people. Data were collected from questionnaires and blood sugar level records. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and paired t-test statistics.

The results of the study found that after training to provide knowledge and understanding about diabetes to village health volunteers in San Phisuea Subdistrict, Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province, the experimental group had a mean score of knowledge and understanding about diabetes after the experiment higher than before the experiment ($p\text{-value} = 0.00012574$) and higher than the control group with statistical significance ($t = 5.57$, $p\text{-value} = 0.00006932$ and $t = 5.24$, $p\text{-value} = 0.00012574$), respectively. The average blood sugar after the experiment was significantly lower when compared to the average blood sugar before the experiment.

Keywords: Communication, Village health volunteers, Diabetic patient care

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในหลากหลายประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากที่สุด แนวโน้มของการเกิดโรคเบาหวานในปัจจุบันมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก สถานการณ์โรคเบาหวาน ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน¹ ส่วนคนไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดียและญี่ปุ่น ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 และมีแนวโน้มจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 3 แสนคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ขาดการให้สุขศึกษาและการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาจากการเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และเป็นปัญหาสุขภาพระดับประเทศ² การเจ็บป่วย ยังส่งผลกระทบต่อบทบาทในสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ได้เต็มที่ นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังมีผลต่อวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่เคยปฏิบัติอยู่ หรือเพิ่มการปฏิบัติกิจกรรมในสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ห่อเหี่ยวและสิ้นหวัง ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือใน

การรักษาทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

กระบวนการการป้องกันโรคเบาหวานมีด้วยกันมากมายหลากหลายรูปแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่นิยมใช้ในการป้องกันโรคเบาหวาน³ คือ กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้การสื่อสาร การรับข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม สุขภาวะที่ดีเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์เราในทุกวันนี้จำเป็นต้องใช้การสื่อสารเพื่อการดำรงชีพ เช่น การสื่อสารด้านคำพูด หรือการแสดงออก การสื่อสารเป็นศาสตร์ที่มีความหมายและมีความสำคัญกว้างขวางครอบคลุมอยู่ในชีวิตประจำวันของมนุษย์ถือเป็นกิจกรรมสำคัญของมนุษย์ จากแนวคิดของวู้ด⁴ กล่าวว่า มนุษย์ใช้เวลาในการสื่อสารมากกว่ากิจกรรมอื่น ๆ ในแต่ละวัน มนุษย์ใช้การสื่อสารในการถ่ายทอดความคิด ความต้องการ และความรู้สึกพร้อมทั้งเรื่องราวต่างๆของตนไปสู่บุคคลอื่น ที่ช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข งานด้านการสาธารณสุขก็เช่นกัน ในส่วนของกระทรวงหรือหน่วยงานส่วนกลางการสื่อสารจะถูกนำมาใช้ในรูปแบบของนำเสนอข้อมูล รายงานสถานการณ์ สถิติด้านสุขภาพต่างๆ ให้ประชาชนได้รับทราบ ได้ตระหนัก ให้ทันเหตุการณ์ เป็นต้น ส่วนการดำเนินงานส่วนภูมิภาคหรือระดับเขตสุขภาพต่างๆ เช่นสถานบริการสาธารณสุขชุมชนระดับอำเภอ หรือตำบล จำเป็นต้องใช้การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หรือแม้กระทั่งผู้ให้บริการด้วยกัน หรือผู้รับบริการด้วยตนเอง งานสาธารณสุขชุมชนที่เราพบเห็นเป็นประจำ ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลรวมถึงการฟื้นฟูบำบัดงานเหล่านี้นอกจากจะใช้การสื่อสารโดยการให้ความรู้ สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์จากผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการแล้ว ยังมีการสื่อสารในรูปแบบอื่นร่วมด้วย เช่นการพูดคุย การรับฟัง การให้กำลังใจ การแสดงความคิดเห็นต่างๆ การสื่อสารเหล่านี้คือ

พื้นฐานของการได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพโดยละเอียด เราสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาศึกษา วิเคราะห์รวมถึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้ ดังนั้นส่วนสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขในชุมชน จำเป็นต้องมีการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชน ให้ประชาชนสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตให้เหมาะสม และสอดคล้องเข้ากันได้กับสภาพของสังคม การแพทย์ยุคใหม่ที่กำลังพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง อาจกล่าวได้ว่าการสื่อสารที่ถูกต้องเป็นเครื่องมือหนึ่ง ที่พัฒนางานด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี การดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชนถือเป็นความท้าทายในงานสาธารณสุขไทย เพราะเป็นหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขมีบทบาทดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น หรือเรียกง่าย ๆ ว่า การให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การปลูกฝังความรู้ ความเชื่อ หรือทัศนคติ เกี่ยวกับสุขภาพ เริ่มจากที่นี่ ขณะเดียวกันบุคคลที่สามารถใช้การสื่อสารด้านสุขภาพได้ดีที่สุดในระดับหมู่บ้านหรือชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม.นั้น อสม.เป็นบุคคลที่สามารถใช้การสื่อสารในรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบด้วยภาษา รูปแบบวิธีการ กระบวนการ ที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน โดย อสม.ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขมานาน โดยได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา เริ่มแรกจากไม่มีค่าตอบแทนให้กับ อสม.จนถึงปัจจุบันที่ได้มีการจัดสรรค่าป่วยการให้ ซึ่งขณะนี้จำนวนอสม.มีเพิ่มมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 1.07 ล้านคน⁵ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจาย

ข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ ประชาชนดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

สำหรับการดำเนินงานของอสม.ในพื้นที่เกี่ยวกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน) ในทุกปี กลุ่ม อสม.มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยแบบฟอร์มมาตรฐานของทางกระทรวงสาธารณสุข การเยี่ยมบ้านรวมทั้งการติดตามคนไข้โรคเบาหวานที่ขาดนัดที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง การเยี่ยมบ้านเสริมพลังร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน) ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ เปิดให้บริการทุกวันอังคาร มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 105 คน จากการศึกษาข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง 2564 - 2566 พบว่าผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 43.68, 46.53, 42.95 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วย Stroke 1 ราย, NPDR (โรคเบาหวานขึ้นตา) 1 ราย, และผู้ป่วยตัดเท้า 1 ราย (สรุปงานประจำปี 2566 รพ.สต.บ้านป่าข่อยเหนือ) การพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ ให้เป็นคลินิก NCD คุณภาพเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องระยะยาว ทั้งนี้อุปสรรคสำคัญที่ทำให้การใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์ ณ คลินิกNCD ของ รพ.สต. ได้แก่ ความจำกัดด้านเวลา และด้านบุคลากร เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในคลินิกมีจำนวนมาก แพทย์ผู้ให้การรักษาต้องรีบเร่งในการตรวจเพื่อใช้เวลาสั้นที่สุดเท่าที่จะทำได้ในคลินิก ที่มีเวลาจำกัดแค่ครึ่งวัน การให้คำแนะนำผู้ป่วยรายบุคคลเป็นไปได้ยาก บางครั้งตัวผู้ป่วยเอง ไม่รอรับยาหลังการตรวจ จะกลับมารับอีกครึ่งช่วงเย็น บางครั้งให้ญาติหรือขออสม.ใกล้บ้านมารับแทน การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ คือ การส่งต่อความรู้ไปยังกลุ่มคนที่สามารถจะ

ถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวไปยังกลุ่มผู้ป่วยเหล่านั้นได้ดีที่สุด ได้แก่ กลุ่มอสม. เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ การพูดคุยสื่อสารเป็นไปด้วยความเป็นกันเอง เข้าใจง่าย เข้าถึงง่ายไม่มีช่องว่างและความกดดันในระหว่างการพูดคุย ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ มีการพัฒนาศักยภาพให้กับอสม.ในพื้นที่ทุกปี โดยเฉพาะเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการอบรมเฉพาะกิจรายเดือนให้ได้รับข้อมูลที่ทันสมัยและสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นปรับใช้ให้กับสถานการณ์ปัจจุบันได้ดีที่สุดนำไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มผู้ป่วย จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาดังกล่าวพบว่าถึงแม้จะมีการพัฒนาศักยภาพ ของ อสม.สำหรับลงพื้นที่ให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่เป็นประจำ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในพื้นที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยังไม่ถึงร้อยละ 50 ตามสถิติ 3 ปีย้อนหลัง⁶

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ ได้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นอีกทั้งมีการทบทวนรูปแบบการทำงานที่ผ่านมา พบว่าปัญหาส่วนใหญ่คือกระบวนการส่งต่อความรู้ที่ได้จากการอบรมไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มผู้ป่วย อสม.บางท่านผ่านการอบรมแล้วแต่ไม่มีการลงพื้นที่เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ๆให้กับกลุ่มผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของตนเอง อสม.ยังไม่มีความเชื่อมั่นในการสื่อสารที่จะส่งต่อไปยังผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กลุ่มอสม.เพื่อนำไปถ่ายทอดให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการสื่อสารที่ทางผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความรู้ให้กับกลุ่มผู้ป่วยสร้างแรงบันดาลใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยที่จะพยายามรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องโรคเบาหวาน

2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาระดับองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องโรคเบาหวาน และเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ หมู่ที่ 1-5 ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ ทั้งที่ได้รับเงินค่าป่วยการและไม่ได้รับเงินค่าป่วยการจากทางกรมบัญชีกลาง สามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวนทั้งสิ้น 145 คน

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 5 ปีขึ้นไป ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random) จำนวน 15 คน ที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 5 ปีขึ้นไป ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random) จำนวน 15 คน ที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และแบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุข และระยะเวลาในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ศึกษานำมาจากระบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ของ สุวิทย์ สุทธิอำนวยกุล เป็นแบบสอบถามความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเอง ข้อคำถามครอบคลุมในเรื่องความรู้ และทัศนคติ ช่วงคะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนของแบบสัมภาษณ์ 0-15 แบ่งระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์ Bloom,1968⁷

ระดับมาก คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือมีคะแนนช่วง 12-15

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79หรือมีคะแนนในช่วง 9-11

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60หรือมีคะแนนในช่วง 0-8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนารูปแบบการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ทั้งเรื่ององค์ความรู้และการถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้อื่น โดยใช้แผนการสอนเรื่องทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและใบงานกิจกรรมแผนการจัดกิจกรรมเรื่องทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและใบงานกิจกรรม ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงจากเครื่องมือ

การศึกษาของ นุชรี จันทรเอี่ยม ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลในทีมบุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำพูน โดยมีเครื่องมือกำกับการศึกษา⁸ คือ

1) ใบงานกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล จำนวน 6 กิจกรรม

2) แบบสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารระหว่างบุคคลตามใบงาน แบ่งเป็นรายละเอียด 6 กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แผนการจัดกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาลดน้ำตาลและการตรวจตามนัด การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและการดูแลเท้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน จากกรมควบคุมโรค แล้วทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยใช้แบบทดสอบทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ดัดแปลงจากแบบประเมินโครงการค่ายเบาหวานสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประจำปี 2560 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 แผนการจัดกิจกรรมเป็นกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลได้แก่ เกมส์ การสื่อสาร เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ผ่อนคลายจากภาคทฤษฎีแล้วใส่กิจกรรมที่มีความรู้สอดแทรกไปด้วย โดยการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม นั่งเรียงแถวตอนลึก คนแรกให้อ่านข้อความ 1 ย่อหน้าให้ท่องจำแล้วกระซิบต่อไปเรื่อยๆจนครบ คนสุดท้ายให้เขียนสรุปการได้ยินจากคนข้างหน้า โดยทุกกลุ่มจะได้รับประโยชน์ที่เหมือนกันเนื้อหาจะเกี่ยวกับโรคเบาหวาน กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 45 นาที

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล
ดูจากกระดาษคำตอบคนสุดท้ายถ้ามีคีย์เวิร์ดที่ตรงกับข้อความที่ให้อ่านในคนแรก คำละ 1 คะแนน โดย
จะแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

มากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีการจดจำ
ข้อความและสื่อสารได้ในระดับดีมาก

มากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไปแต่ไม่ถึงร้อยละ 80
มีการจดจำข้อความและการสื่อสารได้ในระดับดี

น้อยกว่าร้อยละ 30 ขึ้นไปแต่ไม่ถึงร้อยละ 50
มีการจดจำข้อความและการสื่อสารได้ในระดับพอใช้

น้อยกว่าร้อยละ 30 ลงมา มีการจดจำข้อความ
และสื่อสารในระดับต่ำ

สัปดาห์ที่ 3 แผนการจัดกิจกรรม กิจกรรมเพิ่ม
การสร้างเชื่อมั่นในตนเอง โดยเริ่มจากการเชื่อมั่น
ในการพูดของตนเอง เริ่มจากการเล่าประสบการณ์ที่
น่าภาคภูมิใจของตนเอง หรือเรื่องราวที่ฟังผ่านมา
เอามาเล่าให้กับเพื่อนร่วมห้องได้ฟัง โดยอ้างอิงจาก
การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ทักษะการสื่อสาร
ระหว่างบุคคล โดยกิจกรรมนี้จะใช้ระยะเวลา
ทั้งสิ้น 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 แผนการจัดกิจกรรม กิจกรรม
กลุ่มในรูปแบบของกลุ่มสัมพันธ์ ให้อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน
ความรู้ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 จนถึงปัจจุบันโดยกระตุ้น
ให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีความอยากรู้ อยากทำ
มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น โดยมีแบบรายงาน
ตนเองในการสื่อสารระหว่างบุคคลให้ทำ และมี
เจ้าหน้าที่เป็นผู้สังเกตพฤติกรรมการสื่อสารโดยใช้
แบบสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารระหว่างบุคคล
ปรับปรุงจากแบบสังเกตพฤติกรรมสื่อสารระหว่าง
บุคคล ของนุชรี จันทรเอี่ยม ประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลในทีม
บุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลลำพูน กิจกรรมนี้จะใช้ระยะเวลา
ทั้งสิ้น 60 นาที

สัปดาห์ที่ 5 แผนการจัดกิจกรรม เป็นกิจกรรม
ทำแบบทดสอบความรู้หลังสิ้นสุดการทำกิจกรรม โดย
นัดสม.ทั้ง 2 กลุ่มมาพร้อมกัน ให้ทำแบบประเมิน

หลังการทำกิจกรรมใช้แบบทดสอบฉบับเดียวกับก่อน
เรียนเพื่อประมวลผลการวัดความรู้ และนัดหมายการ
ลงพื้นที่จริง โดยแจกเอกสารที่ต้องนำไปให้ความรู้กับ
ผู้ป่วย คนละ 1 แผ่น โดยมีการทำความเข้าใจกับ
เอกสารให้แล้วเสร็จหากมีข้อไม่เข้าใจสามารถ
สอบถามได้ หลังจากนั้นทำการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วย
15 ราย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายนั้น จะได้รับการประสาน
จากผู้วิจัยไว้ก่อนหน้า และนัดวันเวลาเพื่อจัดทำ
ตารางไม่ให้ซ้ำซ้อนกัน กิจกรรมนี้ใช้เวลารวมทั้งสิ้น
60 นาที

สัปดาห์ที่ 6 แผนการจัดกิจกรรม ผู้วิจัย
เดินทางไปรอ อสม. ณ บ้านผู้ป่วยที่ได้นัดหมายตาม
ตารางที่ทำไว้ในสัปดาห์ที่ 5 ล่วงหน้า 30 นาที
อธิบายรายละเอียดแบบประเมินให้กับผู้ป่วยได้ทราบ
โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนตามความรู้สึกของตนเอง
เปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม และทางผู้วิจัยคอย
สังเกตการณ์พร้อมให้คะแนนในแบบประเมินทักษะ
การสื่อสาร โดยกิจกรรมนี้จะใช้เวลา ครั้งละ 30 นาที
(ให้อสม.ทุกคนทำแบบทดสอบความมั่นใจก่อนและ
หลังการลงพื้นที่)

**3. แบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วย** แบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
ประกอบด้วย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลัง
การทดลอง โดยก่อนการทดลองจะนำค่าระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจากคลินิกโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อย
เหนือครั้งล่าสุด (ไม่เกิน 1 เดือน) จากวันที่ทำการ
วิจัย และหลังการทดลองคือ การเจาะน้ำตาลในเลือด
หลังจากการสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบเก็บ
รวบรวมข้อมูล แบบสอบถามความรู้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน
อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1
ท่าน หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เท่ากับ 0.74 และ
วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธี
คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR

20) แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 0.71

ใบงานรูปแบบการสื่อสาร และแบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้มีการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเนื้อหาภาษาที่ใช้และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารและการทำกลุ่มสัมพันธ์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัย 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของใบงานรูปแบบการสื่อสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทศนคติดต่อโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test วิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารตามกิจกรรมต่างๆด้วยแบบประเมินกิจกรรมแบบสังเกต กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทำกิจกรรมด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยผ่านการอนุมัติแล้วตามเอกสารหมายเลข 34/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองที่

ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00 และ 93.33) ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.47 ± 4.29 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 54.00 ± 3.96 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สถานภาพคู่ (ร้อยละ 53.33 และ 73.33) ตามลำดับ ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 53.33 โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 21.73 ± 10.31 และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 7.07 ± 2.19 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 5.20 ± 6.12 และ 7.07 ± 2.19 ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในช่วง 11 ถึง 20 ปี ร้อยละ 73.33

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับดังนี้

ผลการศึกษาระดับองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภาพรวมหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (11.60 ± 1.84 และ 11.13 ± 1.41) ตามลำดับ ส่วนก่อนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (9.53 ± 1.46 และ 9.53 ± 1.36) ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า หลังการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ ความเข้าใจสูงกว่าก่อนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ค่าสถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจไม่แตกต่างกัน โดย กลุ่มทดลองมีค่าทางสถิติ $t = 5.57$, $p\text{-value} = 0.00006932$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าทางสถิติ $t = 5.24$, $p\text{-value} = 0.00012574$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ซึ่งกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ก่อนการทดลองเช่นกัน โดยสรุปทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ประสิทธิผลของรูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับผู้ป่วยเบาหวาน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิเคราะห์จากค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 119.27 ± 21.00 และ 121.73 ± 27.74 ตามลำดับ ส่วนก่อนการใช้รูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 159.73 ± 46.44 และ 169.20 ± 47.55 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด พบว่าหลังการใช้รูปแบบการสื่อสารระหว่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผ่านรูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ค่าสถิติ Paired t-test พบว่า หลังการใช้รูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับผู้ป่วยเบาหวานนั้น กลุ่มทดลองมีค่าทางสถิติ $t = -4.09$, $p\text{-value} = 0.001104843$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าทางสถิติ $t = -4.67$, $p\text{-value} = 0.000359845$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ซึ่งกลุ่มควบคุมมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนการทดลอง โดยสรุปทั้งกลุ่มสองกลุ่มมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม

ทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนตุลาคม 2567 มีระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ มีการวัดและประเมินผลระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ใบงานรูปแบบกิจกรรม และแบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลดังนี้

ชุดข้อมูลรูปแบบการสื่อสาร รูปแบบการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 6 กิจกรรมเริ่มจากกิจกรรมที่ 1 เป็นการแนะนำโครงการและให้ความรู้เบื้องต้นช่วยสร้างความเข้าใจและมั่นใจให้กับกลุ่ม อสม.อีกทั้งมีการวัดความรู้ก่อนทำกิจกรรมเพื่อช่วยประเมินระดับความรู้ของอสม.เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาในกิจกรรมต่อไป ตามด้วยกิจกรรมที่ 2 กิจกรรมทักษะการสื่อสารเบื้องต้น เป็นการจำลองการสื่อสารแบบต่อเนื่องช่วยให้ อสม.เห็นความสำคัญของการฟังอย่างเข้าใจและการถ่ายทอดข้อมูลอย่างแม่นยำ กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรางคณา ชมพูพาน และคณะ⁹ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อทักษะด้านการบริหารจัดการ ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะด้านการสื่อสารสุขภาพ ที่ว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่งผลให้สมรรถนะด้านการบริหารจัดการด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มสูงขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีทักษะด้านการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 33.00คะแนน (95%CI = 30.29ถึง 35.71) อีกทั้งยังพบว่าด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มมากขึ้น 14.64คะแนน (95%CI = 11.76ถึง 17.53) เช่นเดียวกันกับด้านการสื่อสารสุขภาพที่เพิ่มขึ้น 13.72คะแนน (95%CI = 12.08ถึง 15.35) แตกต่าง

จากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และกิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างความมั่นใจในการพูด การฝึกพูดในกลุ่มเล็กช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารมากขึ้น ช่วยการสะท้อนประสบการณ์ช่วยให้ อสม. เข้าใจจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนาในการสื่อสาร ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปัญญาคม¹⁰ เรื่องการศึกษาผลของการใช้การอภิปรายกลุ่มในการส่งเสริมความสามารถทางการพูดและการเขียนภาษาอังกฤษและลดความวิตกกังวลในการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ โดยใช้การอภิปรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมความสามารถทางการพูดและการเขียนและลดความวิตกกังวลในการเรียนวิชาภาษาอังกฤษมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถทางการพูดภาษาอังกฤษของผู้เรียนก่อนและหลังเรียนด้วยการอภิปรายกลุ่ม 2) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถทางการเขียนภาษาอังกฤษของผู้เรียนก่อนและหลังเรียน ด้วยการอภิปรายกลุ่ม 3) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเรียนวิชาภาษาอังกฤษก่อนและหลังเรียนด้วยการอภิปรายกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นแผนการสอนที่ใช้ในการอภิปรายกลุ่ม และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งพบว่า ความสามารถในการพูดผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.1 เป็น 16.9 คะแนน ($t=14.060$) และความวิตกกังวลลดลงจากค่าเฉลี่ย 27.3 เป็น 21.8 คะแนน ($t=3.151$) ซึ่งจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การอภิปรายกลุ่มช่วยส่งเสริมความสามารถในการพูดและลดความวิตกกังวลของผู้เรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมที่ 4 การจำลองสถานการณ์การสื่อสารในพื้นที่จริงช่วยเตรียมความพร้อมให้กับ อสม. ก่อนลงพื้นที่จริง การฝึกตั้งคำถามและตอบคำถามช่วยเพิ่มทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรีย์ ศิริมาก และคณะ¹¹ ศึกษาเรื่อง การพัฒนาชุดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ พบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้

จากประสบการณ์ช่วยเพิ่มทักษะการทำงานเป็นทีม และการสื่อสารของ อสม. โดยชุดฝึกอบรมที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 หน่วยฝึกอบรม คือ ภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการความขัดแย้ง แต่ละหน่วยฝึกอบรมใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ 4 ขั้นตอน คือ ลงมือทำ นำมาสะท้อนกลับ ปรับความคิดใหม่ และประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ ผลการตรวจสอบคุณภาพของชุดฝึกอบรม พบว่า ชุดฝึกอบรมมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในระดับมากที่สุด มีประสิทธิภาพ 92.25/91.00 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในระดับมากที่สุด หลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการทำงานเป็นทีม สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อด้วยกิจกรรมที่ 5 การประเมินผลหลังการให้ความรู้ โดยการประเมินความรู้หลังการให้ความรู้ช่วยวัดประสิทธิภาพของกิจกรรมและการพัฒนาของ อสม. การวางแผนการลงพื้นที่จริงช่วยให้ อสม. มีความมั่นใจและเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับงานวิจัยของชลลดา งามสำโรงและณัฐวุฒิ กกกระโทก¹² ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลงาช้างเหนือ อ.ปรางค์ชัย จ.นครราชสีมา โดยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ทั้ง 6 ด้านและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และปิดท้ายด้วยกิจกรรมที่ 6 การลงพื้นที่และประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด การลงพื้นที่จริงช่วยให้ อสม. ได้ประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะที่เรียนรู้มาในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอีกทั้งการประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดช่วยสะท้อนถึง ความ

เปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมการสื่อสารของ อสม. ทั้งนี้ การพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ผ่านทั้งกระบวนการทดลองด้านคุณภาพ และการเก็บปริมาณของรายละเอียดข้อมูลสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีการเรียนรู้ มีประสบการณ์ที่ดีขึ้น พร้อมเป็นผู้ส่งสารสำคัญไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลลิตา ต่อไพบูรณ์¹³ ศึกษาเรื่องการวิจัยและสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสารสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ว่า จากการบูรณาการผลการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสารใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจ ต้องการนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี อยู่ในวัยทำงาน และดูแลเรื่องอาหารสำหรับคนในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเหมือนกัน เห็นได้ว่า นอกจากผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ดูแลตนเองแล้ว ยังสามารถนำไปใช้ดูแลคนในครอบครัวได้อีกด้วย กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจโดยภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.48 และจากการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม พบว่า วิทยากรทั้ง 2 คน มีความสามารถในการหวั่นข้อที่บรรยาย มีความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเปิดรับข้อมูลสุขภาพแบบเป็นลำดับขั้นตอน สนุกไปกับทุกกิจกรรม ผ่านสื่อที่มีความหลากหลาย แปลกใหม่ โดยมีเนื้อหาเข้าใจง่าย สนุก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเชื่อมโยงทางความคิด มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อชะลอ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งยังสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ จากการอภิปรายผลและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า การใช้กิจกรรมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาทักษะการสื่อสารของ อสม. เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสารในงานวิจัยอื่น ๆ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและการสะท้อนตนเอง

ช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการสื่อสารของ
อสม. ซึ่งส่งผลต่อการให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

**ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** พบว่า
ภายหลังการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัด
เชียงใหม่ ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังการทดลองสูง
กว่าก่อนทดลอง ($p\text{-value} = 0.00012574$) และสูง
กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.57$,
 $p\text{-value} = 0.00006932$ และ $t = 5.24$, $p\text{-value}$
 $= 0.00012574$) ตามลำดับ ผลการศึกษาที่ได้
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบ
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อน
และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมและสมมุติฐานข้อที่ 1
ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อน
การทดลองให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้
ว่า การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่จัดขึ้น
เป็นการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน ซึ่งมีเนื้อหาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย
เหมาะแก่การสื่อสาร รวมทั้งมีการเทคนิคการให้
ความรู้ที่หลากหลายมาประยุกต์ในการอบรมให้
ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข จึงทำให้กลุ่ม
ทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
เพิ่มขึ้นภายในกลุ่ม เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์
คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี
การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ความ เข้าใจ เกี่ยวกับ
โรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.13 ± 1.41
สอดคล้องกับการศึกษาของ มะยุเรีย รุ่งเจริญอารี

จิตต์¹⁴ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความรู้ด้าน
สุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภอหาง จังหัดลำปาง
เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม
ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่
2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภอหาง จังหวัด
ลำปาง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คัดเลือกแบบเจาะจงตาม
เกณฑ์การคัดเข้าจากนั้นจับคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน โดยใช้โปรแกรม
ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินความรู้
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจวัด
ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษา พบว่า ภายหลัง
การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการ
ทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมี
ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ประสิทธิผลของรูปแบบการสื่อสารระหว่าง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน** พบว่า
ภายหลังการเข้าร่วมการพัฒนาแบบการสื่อสาร
ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลัง
การทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อย
กว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$
 $= 0.001104843$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่า ภายหลังการทดลอง
กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อย
กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -$
 4.09 , $p\text{-value} = 0.001104843$ และ $t = -4.67$, $p\text{-value}$
 $= 0.000359845$) ผลการศึกษาที่ได้มีความ
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบ
ประสิทธิผลของรูปแบบการสื่อสารระหว่าง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและน้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าประสิทธิผลของรูปแบบการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมั่นใจ และเข้าใจง่าย จึงทำให้ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการพัฒนารูปแบบในการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงข้อมูลง่ายขึ้น เกิดความมั่นใจ และให้ความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยมีการประเมินทักษะการสื่อสารของระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยเบาหวานของแต่ละกลุ่มอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ประเมินความพึงพอใจในการสื่อสารให้ข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยเบาหวานเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป สอดคล้องกับราตรี ทองคำ¹⁵ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ($p=0.000$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p=0.000$) และผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ($p=0.016$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ สอดคล้องกับ นลิน จรุงธนะกิจ (2564) พบว่า หลังการรับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วย สถานการณ์พิเศษ (โควิด-19) กลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย FBS ก่อนและหลังให้บริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วย สถานการณ์พิเศษฯ เท่ากับ 149.55

± 45.41 mg/dL และ 156.69 ± 46.27 mg/dL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) ค่าเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังให้บริการตามแนวทางเท่ากับ $7.67 \pm 2.3\%$ และ $7.94 \pm 2.17\%$ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.039$) สอดคล้องกับนันทกานต์ แสนรักษ์ (2563) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F\text{-test} = 4.114$, $p\text{-value} = 0.047$, $F\text{-test} = 71.491$, $p\text{-value} < 0.001$) และยังพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.013$, $p\text{-value} = 0.048$) สอดคล้องกับสายฝน สารินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี¹⁶ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับ เกษร มั่นคง นิภา กิมสูงเนิน และอำภพร นามวงศ์พรหม⁷ ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้ พบว่าพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปรับปรุง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีระยะติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการวางแผนและกำหนดแนวทางในการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการระดมความคิดทุกฝ่าย เพื่อให้ได้กระบวนการในการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. ควรมีการส่งเสริม และทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้พัฒนาความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการติดตาม และประเมินผลการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรู้ ความเข้าใจในกลุ่มผู้ป่วย และติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นมาตรฐานในการจัดทำแนวทางการให้ความรู้ ความเข้าใจที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่ม

2. ผลการศึกษาที่ได้ควรนำไปพัฒนากระบวนการในการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงโรคอื่นๆ เพื่อสร้างนวัตกรรมที่ยั่งยืน

3. ควรศึกษาการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพัฒนา ปรับปรุงรูปแบบของสื่อประชาสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในการจัดทำสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยได้รับความอนุเคราะห์จากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย อาทิเช่น สาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงใหม่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สต. บ้านป่าข่อยเหนือ แพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรมชุมชนโรงพยาบาลนครพิงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.ฝาง และอบจ.เชียงใหม่ นักประชาสัมพันธ์สำนักงานเขตประถมศึกษาที่ 1 ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ให้คำปรึกษาการสนับสนุนในทุกเรื่องที่ร้องขอตลอดการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน ร่วมวิชาชีพสาธารณสุขทุกท่านที่คอยสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจเสมอมา รวมถึงขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่พิจารณาและให้การรับรองงานวิจัยนี้ และสำคัญที่สุด ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตรพ.สต.บ้านป่าข่อยเหนือ อำเภอเมืองเชียงใหม่ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทำการทดลองเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2566). โรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). สารความรู้ สถิติ <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>
3. กรมควบคุมโรค. (2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2-6.
4. Wood, J. T. (2000). Communication in our lives. (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth

5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2566).ข่าวประชาสัมพันธ์ https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=6395 ข่าวประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าข่อยเหนือ. (2567) ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานรพ.สต.บ้านป่าข่อยเหนือ 2563-2566
7. เกษร มั่นคง นิภา กิมสูงเนิน และอำภพร นามวงศ์พรหม (2559) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต.
8. นุชรี จันทรเอี่ยม. (2555). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลในทีมบุคลากรทางการแพทย์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน. พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
9. วรางคณา ชมพูปาน,วรุฒิ ชมภูพาน,เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ,บัณฑิต นิตยคำหาญ,จริยา ยมศรีเคน,คนธ์พงษ์ คน รุชินพงศ์,พิทยา ศรีเมือง,ศันสนีย์ จันทสุข, ผลของโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อทักษะด้านการบริหารจัดการทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะด้านการสื่อสารสุขภาพ, วารสารทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, 16(3), 39-49.
10. ศิริรัตน์ ปัญญาคม. (2561). การใช้การอภิปรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมความสามารถทางการพูดและการเขียนภาษาอังกฤษและลดความวิตกกังวลในการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ. วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร, 22(2), 49-59.
11. พัทธี ศรีมาก. (2559). การพัฒนาชุดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์. วารสารสุทธิปริทัศน์, 30(96), 14-26.
12. ชลลดา งอนสำโรงและณัฐฤดี กกกระโทก. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อ.ปักธงชัย จ.นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 9(1), 114-129.
13. ลลิตา ต่อไพบูรณ์. (2562). การวิจัยและสร้างสรรค์กระบวนการสื่อสารสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารนิเทศศาสตร์ปริทัศน์, 23(1), 299-311.
14. มะยุเรียว รุ่งเจริญอารีจิตต์. (2567). ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแห่งใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(2), 46-53.
15. ราตรี ทองคำ. (2565). ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 30(3), 86-99.
16. สายฝน สารินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, วรพรรณ ชัยลิมปมนตรี.(2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(2), 86-101.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายวังยาง
อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม

Development of Diabetes Care System Using the Wang Yang Family Clinic Model, Wang
Yang District, Nakhon Phanom Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ปานิสรา ไชยจำ¹ รุ่งทิวา เชื้อวงศ์พรหม²

Panisara chajum¹ Rungtiwa chauwongphom²

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยทำการวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและบุคลากรทีมเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัววังยาง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน บุคลากรทีมเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 17 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่ตามเกณฑ์การวิจัย และดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 ถึง วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2567 รวม 3 เดือน หรือ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการ ระดับความคาดหวังการบริการ กลุ่มผู้รับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.49$, $SD = 0.40$) เช่นเดียวกับระดับบริการที่ได้รับ ($X = 4.70$, $SD = 0.40$) ส่วนในกลุ่มผู้ให้บริการ ระดับความคาดหวังการบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.21$, $SD = 0.40$) เช่นเดียวกับระดับบริการที่ได้รับ ($X = 4.39$, $SD = 0.30$) และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ระดับความคาดหวังการบริการและระดับบริการที่ได้รับ ดีวก่อนพัฒนาระบบ ทั้งกลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อระบบบริการของ กลุ่มผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.39$, $SD = 0.45$) ในกลุ่มผู้ให้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.21$, $SD = 0.57$) และ หลังการพัฒนาระบบ ความพึงพอใจต่อระบบบริการดีวก่อนพัฒนาระบบทั้งกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด $X = 7.50$, $SD = 1.39$ และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ลดลงวก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน,คลินิกหมอครอบครัว, การพัฒนาระบบ,ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstract

The development of diabetes care system using the Wang Yang family clinic model, Wang Yang District, Nakhon Phanom Province, this time aimed to develop and study the results of the development of diabetes care system using the Wang Yang family clinic model, Wang Yang District, Nakhon Phanom Province. The action research model was conducted on diabetic patients and personnel of the Wang Yang family clinic network team. The population and sample were 100 diabetic patients and 17 personnel of the family clinic network team involved in the operation. The sample group was selected by purposive sampling, which was a sample group with qualifications according to the research criteria. The research was conducted between April 1, 2024 and July 1, 2024, a total of 3 months or 12 weeks. The data were analyzed using frequency, percentage, and paired t-test statistics.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

The results of the study found that after the development, the level of service expectation of the service recipient group was at the highest level ($X = 4.49$, $SD = 0.40$), the same as the level of service received ($X = 4.70$, $SD = 0.40$). In the group of service providers, the level of service expectation was at the highest level ($X = 4.21$, $SD = 0.40$), the same as the level of service received ($X = 4.39$, $SD = 0.30$). When comparing before and after, the level of service expectation and the level of service received were significantly better than before the system development, both in the group of service recipients and the group of service providers. The satisfaction with the service system of the service recipient group was at the highest level ($X = 4.39$, $SD = 0.45$), in the group of service providers, it was at the highest level ($X = 4.21$, $SD = 0.57$), and after the development of the system, the satisfaction with the service system was significantly better than before the development of the system, both in the group of service recipients and the group of service providers. In terms of health outcome data for diabetic patients, the average blood sugar level was $X = 7.50$, $SD = 1.39$. When comparing before and after, diabetic patients had an average blood sugar level significantly decreased from before system development

Keywords: Diabetes, Family doctor clinic, System development, Diabetes care system

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อันเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เพื่อใช้เป็นพลังงานเกิดความผิดปกติ ส่งผลให้น้ำตาลสะสมอยู่ในกระแสเลือด หากปล่อยไว้นานโดยไม่ควบคุม อาจนำไปสู่อาการแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาพร่ามัว เส้นประสาทถูกทำลาย และปัญหาที่ปลายเท้า ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สังคม และระบบเศรษฐกิจ โดยเฉพาะจากอัตราการเสียชีวิต การทุพพลภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น¹

การควบคุมโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องดำเนินการอย่างครอบคลุม ทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือด ผ่านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการใช้ยา รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ระบบบริการสุขภาพจึงควรเน้นความเข้มแข็งของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เท่าเทียม และทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ส่งเสริมนโยบาย "คลินิกหมอครอบครัว" หรือ Primary Care Cluster (PCC) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ใกล้บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพโดยเน้นการบริการเชิงรุกทั้งในเมืองและชนบท²

จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขต คปสอ.วังยาง พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ยังคงเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวังยาง โดยไม่มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้เกิดความแออัดในวันที่มีคลินิก ใช้เวลารอคอยนานเฉลี่ย 4-6 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยมีผู้ป่วยเฉลี่ย 50-70 คน/วัน/สัปดาห์ การจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มมีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางคลินิกหมอครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีผ่านระบบเครือข่ายปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยลดความแออัด ลดการรอคอย ลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัว เป็นการให้บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิ

ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษาโรคไม่ซับซ้อน และระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการบริการอย่างต่อเนื่องตลอดวงจรชีวิต พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบบริการ รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายวังยางอำเภอลำปลายงัง จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายวังยาง อำเภอลำปลายงัง จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิวังยาง อำเภอลำปลายงัง จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. **กลุ่มผู้ให้บริการ** ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลวังยาง และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 คน
2. **กลุ่มผู้รับบริการ** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว (คลินิก รพ.สต.ยอดชาด) อำเภอลำปลายงัง จังหวัดนครพนม จำนวน 100 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมการวิจัย

เป็นการศึกษาบริบทของพื้นที่ดำเนินการ รวมถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานเดิม การทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และจัดเตรียมสื่อหรือแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติการ นำผลการศึกษาเบื้องต้นมาใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2: การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวางแผน (Planning) วางแผน

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ต้นแบบ (คลินิก รพ.สต.ยอดชาด) ผ่านการประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดแนวทางดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

2. การปฏิบัติ (Acting) ดำเนินกิจกรรม

ตามแผนที่ได้วางไว้ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

3. การสังเกต (Observing) เก็บข้อมูลเชิง

กระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ทั้งจากการสังเกตโดยตรงและจากข้อมูลบันทึก วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย

4. การสะท้อนผล (Reflecting) สรุปผล

จากการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ประเมินผลกระทบของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น โดยพิจารณาจากมุมมองของทั้งทีมผู้ให้บริการ (17 คน) และกลุ่มผู้ป่วย (100 คน) เพื่อสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ประเภท ซึ่งใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการ

(ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลวังยาง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายวังยาง) ดังนี้

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ: ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอายุ เพศ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน

1.2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้รับบริการ: ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และความถี่ในการมารับบริการ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อประเมินความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายวังยาง

3. แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้ประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่ม เป้าหมายทั้งสองกลุ่มต่อการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
เครื่องมือที่ใช้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย:

1. สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน และแนวทางปฏิบัติหรือกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว

2. สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ชุดการสอน ฝึกทักษะ และสื่อการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจัดให้ระหว่างการเข้ารับบริการที่คลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลเชิง

คุณภาพที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ จะถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน)

จากกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 100 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.00 และเพศชายร้อยละ 36.00 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.00) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 51–60 ปี (ร้อยละ 30.00) ในด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 68.00) รองลงมาคือ สมรสแต่แยกกันอยู่ หม้าย หรือหย่าร้าง (ร้อยละ 30.00) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 12.00) อาชีพหลักคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 55.00) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 29.00) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท (ร้อยละ 52.00) รองลงมาคือ 1,001–5,000 บาท (ร้อยละ 20.00) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.00) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 21.00) ด้านการประเมินสุขภาพตนเองพบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่าสุขภาพ “แข็งแรงปานกลาง” (ร้อยละ 79.00) รองลงมาคือ “ไม่แข็งแรง” (ร้อยละ 11.00) และ “แข็งแรงมาก” (ร้อยละ 10.00) แหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองส่วนใหญ่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 87.00) รองลงมาคือ ครอบครัว/ญาติ (ร้อยละ 29.00) และเพื่อน (ร้อยละ 24.00) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระบบบัตรทอง (ร้อยละ 88.00) ด้านการเดินทางมายังคลินิกหมอครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เวลาเดินทาง 5–10 นาที (ร้อยละ 36.00) รองลงมาคือใช้น้อยกว่า 5 นาที (ร้อยละ 33.00) และ 10–15 นาที (ร้อยละ

20.00) พาหนะที่ใช้มากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 38.00) รองลงมาคือ รถยนต์ (ร้อยละ 26.00) และจักรยาน (ร้อยละ 22.00) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 50 บาท (ร้อยละ 68.00)

แหล่งที่มาของการรู้จักคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 64.00) รองลงมาคือญาติ เพื่อน และอสม. (ร้อยละ 21.00) และมีการมารับบริการเฉลี่ย 1–3 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 85.00)

1.2 กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 17 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 70.59 และเพศชายร้อยละ 29.41 มีอายุเฉลี่ย 40 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี (ร้อยละ 52.94) รองลงมาคือ 41–50 ปี (ร้อยละ 35.29) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 94.12) และโสด (ร้อยละ 5.88) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 64.71) รองลงมาคืออนุปริญญา และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 17.65) รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 47.06) รองลงมาคือ 25,001–30,000 บาท (ร้อยละ 29.41) และ 20,001–25,000 บาท (ร้อยละ 17.65) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00)

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายวังยาง ได้รับการประเมินในหลายมิติจากกลุ่มผู้รับบริการ โดยมีผลการวิจัยและอภิปรายผลดังนี้

1) ความสะดวก ความแออัด และระยะเวลาการรอคอย ระดับความคาดหวังและระดับบริการที่ได้รับอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาาระบบที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอย

ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2559 ที่มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยทีมหมอครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลกลุ่มประชากรในพื้นที่ห่างไกล

2) รูปแบบบริการและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบบริการมีความเหมาะสม โดยมีการบริหารจัดการแบบบูรณาการผ่านเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ สอดคล้องกับงานวิจัยของสันติ ทวยมีฤทธิ์ (2563) ที่เน้นยุทธศาสตร์การพัฒนาทีมหมอครอบครัวแบบมีส่วนร่วมและพึ่งพาระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยี

3) อธิปไตยในการให้บริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยมีการยึดหลัก “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดบริการแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่พิจารณามิติต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ กาย จิต สังคม วัฒนธรรม และวิญญาณ (Bio-Psycho-Social-Spiritual Model)

4) ข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ทีมหมอครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

5) คุณภาพบริการ ระดับคุณภาพบริการได้รับการประเมินว่าสูงขึ้นหลังการพัฒนา โดยเฉพาะในเรื่องการตรวจรักษาตรงเวลา การให้คำแนะนำ และระบบการนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ

6) ความเหมาะสมของค่าบริการ บริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งด้านการเดินทางและค่ารักษา ส่งผลให้ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจในความเหมาะสมของระบบบริการมากยิ่งขึ้น

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการในกลุ่มผู้ให้บริการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัด

นครพนม พบว่า ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการในประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

3.1 ความสะดวกในการให้บริการ พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ให้บริการประเมินระดับความคาดหวังและระดับบริการที่ได้รับในระดับมากถึงมากที่สุด สะท้อนถึงความสามารถของคลินิกหมอครอบครัวในการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 ซึ่งเน้นการจัดบริการแบบใกล้ชิด เสมือนญาติมิตร ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย ดูแลตนเองได้ตั้งแต่อ่อนเจ็บป่วย รวมถึงสามารถรับการดูแลเบื้องต้นในชุมชน และส่งต่ออย่างราบรื่นหากจำเป็นต้องรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อันเป็นการขับเคลื่อนระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless System)

3.2 รูปแบบการให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการมองว่ารูปแบบการดูแลภายใต้คลินิกหมอครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากบริการปฐมภูมิแบบเดิม โดยเน้นการดูแลเชิงรุกและองค์รวม เช่น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การจัดกลุ่มบำบัด และการสร้างชมรมผู้ป่วย นอกจากนี้ยังนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ เช่น การวิเคราะห์ปัญหาแบบองค์รวม การเยี่ยมบ้าน และการวางแผนดูแลเฉพาะราย ส่งผลให้ผู้ให้บริการต้องมีความรู้และทักษะจากหลากหลายสาขาวิชา ทั้งด้านการแพทย์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ และการจัดการ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างรอบด้าน

3.3 แนวทางปฏิบัติและขั้นตอนการให้บริการ พบว่า แนวทางการดำเนินงานหลังการพัฒนาได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยคลินิกหมอครอบครัวมีการจัดระบบบริการแบบผสมผสาน ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยมีรูปแบบบริการสำคัญ ได้แก่ 1) บริการผสมผสานในสถานบริการ 2) บริการต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วย การส่งต่อ และการดูแลระยะยาว 3) บริการเชิงรุกใน

ชุมชน 4) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ 5) การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ประชาชนโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เข้าถึงง่าย ครอบคลุมทุกช่วงเวลาและทุกสถานการณ์ พร้อมทั้งเชื่อมโยงการดูแลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างต่อเนื่อง

3.4 คุณภาพของบริการ คุณภาพบริการถูกประเมินว่าอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวทางการทำงานแบบสหวิชาชีพอย่างบูรณาการ แต่ละสาขาวิชาชีพสามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมภายใต้ระบบการจัดการที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน และมีการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกระบบบริการ อันนำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม การส่งต่อบริการอย่างราบรื่น และการบรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายวังยาง อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดนครพนม พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกด้าน ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ คุณภาพของบริการ และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความใกล้ชิดบ้านของสถานบริการช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและสะดวกมากขึ้น ทั้งนี้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายทีมหมอครอบครัว ซึ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม การเป็นที่พึ่งทางใจ และการให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในฐานะ “ญาติมิตร” ส่งเสริมความอุ่นใจและเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ การดูแลแบบผสมผสาน และการมีระบบให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับ

งานวิจัยของ ปิยะ เทพปियวงศ์³ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ นฤมล บุญโสภณ และคณะ⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจในระดับมาก และงานของ วาสนา ศรีวิชัย⁵ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลทั้งด้านสุขภาพ ชุมชน และสังคมในระดับสูงเช่นกัน

5. ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ให้บริการ การประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการพบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่ง “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันโรธาน การ์แซ⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดระนอง โดยพบว่าผู้รับบริการให้คะแนนสูงต่อการมีส่วนร่วมของคลินิกหมอครอบครัวในการแก้ปัญหาสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย ($\bar{X} = 4.21$) การปฏิบัติงานของแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ($\bar{X} = 4.11$) และการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 4.10$) ส่วนปัจจัยที่ได้รับคะแนนต่ำสุด คือ ความไม่เพียงพอของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ($\bar{X} = 1.83$) นอกจากนี้ งานวิจัยของ สุขสันติ กันหารักษ์ และคณะ⁷ (2563) ซึ่งศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 4.16$, $SD = 0.47$) โดยมีปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจ ได้แก่ ความเป็นส่วนตัวระหว่างการรักษา และการมีคลินิกนอกเวลา โดยผู้ที่รู้สึกมีความเป็นส่วนตัวระหว่างรับการรักษามีโอกาสพึงพอใจเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า (adjusted OR 2.99, 95% CI 1.50-6.00, $P = 0.002$) ในขณะที่การมีคลินิกนอก

เวลากลับมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจที่ลดลง (adjusted OR 0.58, 95% CI 0.37-0.92, $P = 0.021$)

โดยสรุป การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ศึกษา ไม่เพียงแต่สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

6. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ส่งผลให้สามารถจัดทำระบบการดูแลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในพื้นที่เครือข่ายวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม โดยระบบที่พัฒนาขึ้นได้ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการทั้งในเชิงรับ (การตรวจรักษา) และเชิงรุก (การติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำและปรับพฤติกรรมสุขภาพ) ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น อันสะท้อนถึงศักยภาพของรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน

7. เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา จาก การเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 8.12 ($SD = 1.75$) ขณะที่หลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 7.50 ($SD = 1.39$) การลดลงของระดับ HbA1c นี้ เกิดจากกระบวนการพัฒนาระบบที่ส่งเสริมให้

ผู้ป่วยได้พบแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีการปรับแผนการรักษาและให้คำแนะนำด้านการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยแนวทางของคลินิกหมอครอบครัวที่เน้นการดูแลเชิงรุกและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
2. ควรมีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านอัตรากำลังงบประมาณ วัสดุและเวชภัณฑ์ ให้มีความเพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3. ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนกระบวนการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลอย่างแม่นยำ
4. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ
5. ควรมีระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบและปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้การดูแลสุขภาพมีความครอบคลุมและยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาระบบบริการในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ โดยใช้แนวทางของคลินิกหมอครอบครัวควบคู่กับเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น ระบบ Telemedicine, Tele pharmacy และ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการดูแล
2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระบบคลินิกหมอครอบครัว เช่น การลดภาวะแทรกซ้อน การลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างระบบคลินิกหมอครอบครัวกับระบบบริการสุขภาพรูปแบบอื่น เช่น NCD Clinic หรือหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไป เพื่อประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของแต่ละรูปแบบ
4. ควรศึกษาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบการบริการที่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง
5. ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาแกนนำสุขภาพหรือเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการติดตาม ดูแล และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย(2560).แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด.
2. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561).แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster).พิมพ์ครั้งที่ 1 : พิมพ์ที่บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
3. ปิยะ เทพปियวงศ์.(2558).แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.

4. นฤมล บุญโสภณ, และคณะ. (ไม่ทราบปีที่พิมพ์). การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดบ้านต่อรูปแบบทีมหมอครอบครัว. เอกสารภายในหน่วยงาน.
5. วาสนา ศรีวิชัย.(ไม่ทราบปีที่พิมพ์).การประเมิน ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และผู้ดูแลต่อการบริการของทีมหมอครอบครัว. เอกสารภายในหน่วยงาน.
6. วันไรฮาน การ์แซ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดระนอง (วิทยา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
7. สุขสันติ กันหารักษ์, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 14(1), 45-56.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

The factors associated with mortality in patients with cerebrovascular stenosis or
occlusion at the Department of Internal Medicine King Narai Hospital.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ภัทรภรณ์ เวียงทก¹
Pattaraporn wianghok¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการเสียชีวิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน 1:1 ในกลุ่มรอดชีวิต 156 คน กลุ่มเสียชีวิต 156 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม หาปัจจัยใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราเสี่ยง relative risk (RR)

ผลการวิจัย: ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ในกลุ่มผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 87 คน (55.77%) อายุเฉลี่ย 74.78 ปี มีภาวะแทรกซ้อนจาก Post rtPA Bleeding จำนวน 14 คน (8.97%) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อตำแหน่งพบว่าปอดติดเชื้อพบได้บ่อยที่สุดจำนวน 42 คน (26.92%) รองลงมา ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 30 คน (19.23%) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 17.34 วัน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต จากข้อมูลด้านระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่า ทั้งกลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.79 เท่า การติดเชื้อที่ปอดมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.23 เท่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.98 เท่า

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน, การเสียชีวิต

Abstract

This study was retrospective study aimed to investigate the causes of death and factors associated with mortality in patients with ischemic stroke admitted to the Department of Internal Medicine, Phra Narai Maharaj Hospital. The sample group included inpatients diagnosed with ischemic stroke who were admitted to the Internal Medicine Department of Phra Narai Maharaj Hospital between October 1, 2020, and September 30, 2022. A 1:1 ratio sampling method was used, including 156 surviving patients and 156 deceased patients. Data were analyzed using descriptive statistics. The Chi-square test was used to compare data between the groups. Factors associated with mortality were analyzed using binary logistic regression, with a 95% confidence interval (CI), and the relative risk (RR) was presented.

Results: Among the deceased ischemic stroke patients, the majority were male (87 patients, 55.77%) with a mean age of 74.78 years. Post-rtPA bleeding complications were found in 14 patients (8.97%). Infection-related complications showed that pneumonia was the most common (42 patients, 26.92%), followed by urinary tract infections (30 patients, 19.23%). The average length of hospital stay was 17.34 days, which was longer than that of the surviving group. Regarding access time to medical services, no significant differences were observed between the deceased and surviving groups. Multiple logistic regression

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

analysis identified that, compared to other groups, stroke severity assessed using the NIHSS had a 3.79 times higher risk of death. Pneumonia infection increased the risk of death by 5.23 times, and patients with diabetes had a 2.98 times higher risk of mortality.

Keywords: Ischemic stroke, Mortality

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือดสมองแตก¹ องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO)² ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและพันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย³ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มาได้รับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง โดยปกติสมองจะมีเลือดมาเลี้ยง 50-55 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาที ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 12 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาทีเป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้เนื้อเยื่อสมองขาดเลือด เสี่ยงต่อการตายของเนื้อสมอง แต่มีศักยภาพที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ (ischemic penumbra) ถ้าได้รับการฟื้นฟูระบบไหลเวียนภายในสมอง⁴ แต่ถ้าปล่อยให้อาการสมองขาดเลือดรุนแรงมากขึ้น พยาธิสภาพจะขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดเนื้อสมองตายในที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติในหลอดเลือดแดงแคโรทิด (carotid arteries) และหลอดเลือด

ที่เลี้ยงสมองส่วนหน้า (anterior circulation) มักมีอาการมองภาพไม่ชัด ของตาด้านเดียวกับรอยโรค แขนขาส่วนตรงข้ามกับรอยโรคมีอาการอ่อนแรง ชา หรือความรู้สึกล้มสับสนเปลี่ยนแปลงไป และการสื่อสารโดยการพูดผิดปกติไป ส่วนที่หล่อพบในหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองส่วนหลัง (posterior circulation) ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด ชา หรือความรู้สึกล้มสับสนเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะ เช่น ใบหน้า แขน ขา ทั้งสองด้านของร่างกาย ร่วมกับมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก พูดไม่ชัด จับใจความไม่ได้หรือเดินเซ เป็นต้น⁵

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2564 ทั้งหมด 6.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจาก ข้อมูลในปีพ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 23,220 ราย ในปี พ.ศ. 2564 โดยคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 35.9/100,000 ประชากร⁶ และจากการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และยังส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต⁷

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 536 เตียง รับผู้ป่วยทั้งภายในจังหวัดที่รับผิดชอบ และที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย จากสถิติปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดด้วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองตีบ ตัน ที่แผนกอายุรกรรม จำนวน 538 คน, 559 คน และ 599 คน พบการเสียชีวิต จำนวน 46 คน, 50 คน และ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 8.55, 8.94 และ 11.52 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากปัญหาการเสียชีวิตดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชากรในจังหวัดลพบุรี แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล ดังนั้นการทราบและเข้าใจถึงสาเหตุ รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต จะช่วยให้สามารถป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเกิดโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 1,696 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน

3. มีการบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน

กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรคำนวณ (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551)

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

$X^2 = 3.84$ คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square

Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 1,696 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 312 คน สุ่ม

แบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน 1:1 ในกลุ่มรอดชีวิต 156 คน กลุ่มเสียชีวิต 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว Hct Hb Cholesterol Triglycerides LDL HDL FBS โรคประจำตัว การได้รับ thrombolytic

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านระยะเวลา ประกอบด้วย door-to-general assessment, door-to-CT brain, door-to-CT result, door-to-lab result, door-to-needle time, onset-to-needle time

ส่วนที่ 5 สาเหตุการเสียชีวิต ประกอบด้วย

1. ความรุนแรงของหลอดเลือดสมองจากผลเอกซเรย์ CT brain เช่น สมองบวม มีการกดเบียดเคลื่อนตัวของสมอง 2. โรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบาค

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจกแจง (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR) ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$ การหาปัจจัยใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราเสี่ยง relative risk (RR)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่ม

ตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ในกลุ่มผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 87 คน (55.77%) อายุเฉลี่ย 74.78 ปี ดัชนีมวลกาย 23.42 kg/m^2 สูบบุหรี่จำนวน 23 คน (14.74%) มีประวัติในครอบครัวเป็น stroke จำนวน 12 คน (7.69%) เป็นโรคเบาหวานจำนวน 34 คน (21.79%) ผลของระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า มีระดับ fasting blood glucose (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) สูงกว่ากลุ่มไม่เสียชีวิต เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 67 คน (42.95%) มีระดับ systolic blood pressure (SBP) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ไขมันในเลือดสูงจำนวน 72 คน (46.15%) มีหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วจำนวน 21 (13.46%) ได้รับยา rtPA จำนวน 120 คน (76.92%) มีคะแนนเฉลี่ย Initial NIHSS ในระดับปานกลาง 10.94 ได้เข้ารับการรักษาใน ICU จำนวน 68 คน (43.59%) stroke unit จำนวน 48 คน (30.76%) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ที่เสียชีวิต มีภาวะแทรกซ้อนจาก Post rtPA Bleeding จำนวน 14 คน (8.97%) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อมีจำนวน 42 คน (26.92%) รองลงมา ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 30 คน (19.23%) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 17.34 วัน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต (ตารางที่ 1)

จากข้อมูลด้านระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการประเมินเบื้องต้นโดยแพทย์ ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับผลอ่านเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากรังสีแพทย์ ระยะเวลาที่ใช้

ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จนกระทั่งได้รับผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการครบถ้วน ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนกระทั่งได้รับยา ละลายลิ่มเลือดทั้งกลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.79 เท่า การติดเชื้ที่ปอดมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.23 เท่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.98 เท่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน

ข้อมูล	การเสียชีวิต		p-value
	Yes (N=156)	No (N=156)	
เพศชาย	87 (55.77)	64 (41.03)	0.004*
อายุ (mean±SD, ปี)	74.78 ± 29.326	73.24 ± 18.619	0.327
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.42 ± 12.374	23.18 ± 13.096	0.854
สูบบุหรี่	23 (14.74)	18 (11.54)	0.082
ดื่มแอลกอฮอล์	34 (21.79)	38 (24.36)	0.436
มีประวัติในครอบครัวเป็น stroke	12 (7.69)	10 (6.41)	0.062
เบาหวาน	34 (21.79)	28 (17.95)	0.013*
FBS (mean±SD, mg/dl)	198.31 ± 9.241	163.29 ± 6.327	0.001*
HbA1C (mean±SD)	9.83 ± 6.039	7.728± 8.114	0.047*
ความดันโลหิตสูง	67 (42.95)	64 (41.03)	0.396
SBP (mean±SD, mmHg)	169.25 ± 11.361	149.94 ± 9.327	0.007*
DBP (mean±SD, mmHg)	98.67 ± 10.424	90.76 ± 18.325	0.052
ไขมันในเลือดสูง	72 (46.15)	78 (50.00)	0.058
TG (mean±SD, mg/dl)	120.34 ± 28.239	120.12 ± 24.317	0.563
LDL (mean±SD, mg/dl)	116.86 ± 34.218	98.34 ± 23.527	0.020*
หัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้ว	21 (13.46)	23 (14.74)	0.269
ได้รับยา rtPA	120 (76.92)	116 (74.36)	0.738
Admit ICU	68 (43.59)	62 (39.74)	0.182
Admit stroke unit	48 (30.76)	40 (25.64)	0.104
Initial NIHSS	10.94 ± 4.21	7.24 ± 3.76	0.001*
Post rtPA Bleeding	14 (8.97)	12 (7.69)	0.052
Pneumonia	42 (26.92)	24 (15.38)	0.000*
UTI	30 (19.23)	27 (17.31)	0.042*
Sepsis	28 (17.95)	20 (12.82)	0.006*
Bed sore	19 (12.18)	7 (4.48)	0.000*
Length of stay (mean±SD, days)	17.34 ± 29.326	10.28± 18.412	0.002*

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านระยะเวลา

ระยะเวลา	การเสียชีวิต	
	Yes mean±SD	No mean±SD
door-to-general assessment (min)	3.27±2.934	3.18±3.208
door-to-CT brain (min)	16.32±3.628	16.14±2.368
door-to-CT result (min)	36.84±2.081	37.41±2.439
door-to-lab result (min)	60.08±1.249	61.234±2.363
door-to-needle time (min)	50.37±1.107	51.01±2.392
onset-to-needle time (hour)	4.12±3.627	4.03±3.458

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน

Factors	RR ratio (95%CI)	P-value
Initial NIHSS	3.79 (1.394-19.271)	0.001*
pneumonia	5.23 (1.825-42.926)	0.000*
เบาหวาน	2.98 (1.924-17.392)	0.000*
LOS	1.97 (1.053-14.296)	0.000*

* p-value < 0.05 are defined as statistically significant (Nagelkerke R²=0.384, Over percentage correct 73.29%)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ในกลุ่มผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.77 อายุเฉลี่ย 74.78 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 14.7 มีประวัติในครอบครัวเป็น stroke โรคเบาหวานร้อยละ 21.7 เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.95 มีหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วร้อยละ 13.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า⁸ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.63 เบาหวาน ร้อยละ 39.06 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 49.16 และหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ร้อยละ 11.78 และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นหลอดเลือดสมองตีบ และขาดเลือดพบโรคร่วมหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วสูงขึ้นถึง 3 เท่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ที่เสียชีวิต มีภาวะแทรกซ้อนจาก Post rtPA Bleeding ร้อยละ 8.97ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อตำแหน่งพบว่าปอดติดเชื้อพบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 26.92 รองลงมา ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 19.23 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศ เช่น F. Berman

และคณะ⁹ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial arrhythmia) เป็นตัวพยากรณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยมีอัตราการเกิดเลือดออกในสมอง (ICH) ในกลุ่มที่ได้รับยาคือ 4.4%

จากข้อมูลด้านระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่า ทั้งกลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิต ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงโรงพยาบาลให้ได้เร็วที่สุดแก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนที่มีผู้ใกล้ชิดเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาในช่วงระยะหลอดเลือดสมอง และเพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดสมองด้วยยา rtPA หรือ thrombectomy รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการระบบช่องทางด่วนให้มีการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของพนัญญา ชันติจิตร, ภัทรระ แสนไชยสุริยา และพิมพ์ เทพวัลย์¹⁰ ที่ศึกษาระยะเวลาการมารับการ

รักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และญาติ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อของโรงพยาบาลที่ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา

เมื่อปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.79 เท่า การติดเชื้อมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.23 เท่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.98 เท่า แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS ซึ่งจะลดความรุนแรงของโรคได้จำเป็นต้องเพิ่มการป้องกันปฐมภูมิเพื่อไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคแล้วต้องเข้าถึงการรักษาให้ได้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดด้วยยา rtPA หรือการทำ mechanical thrombectomy ทั้งหมดเพื่อลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองลงและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ในต่างประเทศ ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุ ≥ 80 ปีมี

แนวโน้มเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และกลุ่ม German Stroke Registers Study Group ก็พบว่าอายุที่มากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตันเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อที่ปอด และมีโรคร่วมเบาหวาน เนื่องจากการเป็นเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดีจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิดและแบบจำเพาะเสียหน้าที่การทำงาน ทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานผิดปกติ เพิ่มอัตราการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้นตามไปด้วย และมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรมีแนวทางลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และการทบทวนการป้องกันการติดเชื้อในการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

ข้อเสนอแนะ

การลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ควรเริ่มตั้งแต่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ใน ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่ป้องกันได้ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. กนกศรี สมินทรปัญญา. สาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2564; 37(3): 6-14.
2. World Health Organization Health statistics and health information systems. Available at (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortdata/en/index.html>). Accessed September 26; 2020.
3. อาคม อารยวิฆานนท์. โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. โรงพิมพ์ศิริ ธรรมออฟเซต; 2556
4. มัญญาส มัญจาวัชร์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. J Thai Stroke Soc. 2019; 18 (1): 59-74.
5. Nilanont Y., Nidhinandana S., Suwanwela NC., Hanchaiphiboolkul S., et al. Quality of Acute Ischemic Stroke Care in Thailand: A Prospective Multicenter Countrywide Cohort Study. J. Stroke Cerebrovasc Dis 2014; 23: 213-219.
6. Joundi RA, Martino R, Saposnik G, Giannakeas V, Fang J, Kapral MK. Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening After Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2017; 48(4): 900-6
7. Lyden P. Using the national institutes of health stroke scale. Stroke 2017; 48: 513-9.
8. ทยานันท์ อรรถเวชกุล. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2567; 40(2): 24-36.

9. Brian T. et.al. Factors Associated With In-Hospital Mortality After Administration of Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke Patients. *Stroke* Volume; 37(2): 440-446.
10. พันธ์ญา ขันติจิตร, ภัทระ แสนไชยสุริยา และ พิมพา เทพวัลย์. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Influencing Liver Fluke Disease Preventive Behaviors among the Population of Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: April 26,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

วานิช สายยืน¹
WANIS SAIYUEN¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 372 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยรายตัวแปรโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 79.1 ($R^2=0.791$, $R^2_{adj}=0.791$, $SE_{est}=1.884$, $F= 468.300$, $p<0.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ปัจจัย พฤติกรรม โรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine the factors influencing liver fluke disease preventive behaviors among the population of Phibun Mangsahan District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 372 individuals. Data were collected using a researcher-developed questionnaire between July 1, 2024 and September 30, 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 25th percentile, and 75th percentile. Pearson's correlation coefficient was used to assess the relationships between individual variables, and stepwise multiple regression analysis was applied to determine the factors influencing preventive behaviors, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results revealed that knowledge about liver fluke disease, perceived severity of the disease, and attitudes toward liver fluke disease were statistically significant predictors of preventive behaviors. These three factors together explained 79.1% of the variance in preventive behaviors ($R^2 = 0.791$, Adjusted $R^2 = 0.791$, $SE_{est} = 1.884$, $F = 468.300$, $p < 0.001$).

Keywords: Factors, Behavior, Liver Fluke Disease

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้การติดเชื้อเรื้อรังหรือการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับ

เป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดี¹ จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559–2563

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

มีจำนวนผู้ติดเชื้อกว่า 6 ล้านราย² ทั้งนี้ ประชากรกว่า 20 ล้านคนในภูมิภาคดังกล่าวเคยติดเชื้อหรืออยู่ในภาวะเสี่ยง คิดเป็นประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งประเทศ³ ข้อมูลการเสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีในช่วง พ.ศ. 2559–2562 อยู่ที่อัตรา 26.3, 25.1, 24.3 และ 24.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งเกิดขึ้นส่วนใหญ่ในวัยทำงานอายุ 40–60 ปี และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 80,000 บาทต่อราย หรือคิดเป็นมูลค่ารวมประมาณ 1,960 ล้านบาทต่อปี⁴ นอกจากนี้โรคมะเร็งตับยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ⁵

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแนวทางยุทธศาสตร์กระทรวงในการจัดปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2568 โดยมีการจัดทำโครงการเฉพาะกิจเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เนื่องในวาระที่ทรงครองราชย์ครบ 70 ปี และเพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในโอกาสทรงเจริญพระชนมพรรษาครบ 84 ปี โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของโรคในพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรง ภายในปี พ.ศ. 2564 ได้มีการดำเนินการบูรณาการพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยร่วมมือกับเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อผลักดันมาตรการควบคุมและป้องกันโรค โดยเฉพาะการจัดการระบบสุขภาพและสิ่งปฏิภณในชุมชน ผ่านกลไกของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล พร้อมทั้งส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เรื่องสุขภาพในระดับโรงเรียน และการให้ความรู้แก่ประชาชนเยาวชน และอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างทั่วถึง ผ่านสื่อและกิจกรรมรณรงค์ เช่น การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยโดยเฉพาะปลาที่ปลอดจากพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การดำเนินงานยังครอบคลุมแนวทางปฏิบัติ 5 มาตรการหลักตามกรอบแผนยุทธศาสตร์กระทรวง โดยมีมุ่งเป้าหมายที่การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการสร้างพฤติกรรม

บริโภคที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นในประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม⁶

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้ดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าประชาชนจำนวนไม่น้อยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เคยติดเชื้อแล้วและยังมีการติดเชื้อซ้ำอีก จากข้อมูลการติดตามภาวะการติดเชื้อซ้ำในปี พ.ศ. 2559 ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เสี่ยงของ 15 ตำบล ครอบคลุม 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าจากผู้ที่เคยติดเชื้อและได้รับการตรวจซ้ำจำนวน 428 ราย มีผู้ติดเชื้อซ้ำจำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.07⁷ สาเหตุสำคัญของการแพร่กระจายเชื้อยังคงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบและอาหารหมักดองที่ไม่ได้ผ่านการปรุงให้สุก เช่น ปลาเจาดิบ ปลาสามดิบ⁸ โดยเฉพาะในชุมชนที่ตั้งอยู่ใกล้แหล่งน้ำ ซึ่งประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารดิบเป็นประจำ เช่น ลาบปลา ก้อยปลา ปลาจ่อม ปลาร้าดิบ อีกทั้งสภาพภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ยังเอื้อต่อการเจริญเติบโตของโฮสต์พาหะ เช่น หอยและปลารวมทั้งสัตว์เลื้อยอย่างสุนัขและแมว ซึ่งทำหน้าที่เป็นโฮสต์กักเก็บของพยาธิ ทำให้การแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับยังคงดำเนินต่อไปในพื้นที่เหล่านี้ นอกจากนี้ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบมีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 52.6 และผู้ที่รับประทานอาหารหมักดองที่เสี่ยง เช่น หม่าปลาดิบ หรือส้มແໝดดิบ สูงถึงร้อยละ 93.78 มีความเชื่อว่ายารักษาพยาธิเป็นทางออกที่ดีที่สุดโดยไม่จำเป็นต้องมีการตรวจอุจจาระก่อนกินยา ร้อยละ 51.10⁹ ทั้งนี้ ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมของประชาชนยังพบว่า แม้ระดับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการติดเชื้อ แต่พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือปรุงไม่สุก มีความเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรค โดยพบว่าประชาชนร้อยละ 98.20 ยังคงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ผ่านความร้อนอย่างเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดอุบลราชธานีรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพบว่ามียอัตรความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ (Prevalence rate) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 – 2566 ร้อยละ 4.64, 4.19, 3.14, 2.83, และ 3.06 ตามลำดับ ซึ่งจากอุบัติการณ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจึงได้มีการกำหนดเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลง ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2578 โดยอำเภอที่ตรวจพบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภวารินชำราบ /อำเภอเหล่าเสือโก้ก/ อำเภอสิรินธร /อำเภอโขงเจียม และอำเภอโพธิ์ไทร มีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 18.79, 11.33, 11.23, 9.75 และ 9.67 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2566) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหารได้ดำเนินการตรวจหาความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพิบูลมังสาหาร ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 5 แห่ง พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับในประชากรมากกว่าร้อยละ 10 จำนวน 2 แห่ง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่ใต้ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโพธิ์ อัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับในประชากรร้อยละ 5.01-10.00 จำนวน 1 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา อัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับในประชากร น้อยกว่าร้อยละ 5.00 จำนวน 2 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกาหลง และ PCU โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร¹⁰ จากปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับที่ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ผลกระทบที่เกิดความเป็นอันตรายต่อผู้ติดเชื้อ สถานการณ์การระบาดของโรคในพื้นที่ที่กำลังกลับมาระบาดซ้ำ และการยังไม่มีภาระบ่งชี้ที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมป้องกันโรคในพื้นที่ที่ชัดเจนผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำปัจจัยดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอ

พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานของการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 129,614 คน¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 372 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้

วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลีและแม็กเวล¹¹ นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{XX}^2} \right) \left(\frac{Z_{(1-\gamma; N-1)}^2}{N-p-1} \right) + p+1$$

โดยที่:

N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohen (1988)

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model เท่ากับ 5

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก เท่ากับ 0.15

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของนาถยา ขุนแก้ว และ อารี บุตรสอน⁶ เรื่องปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเท่ากับ 0.114

R_{x-xj}^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่น ๆ

$X_{(1-\gamma; N-1)}^2$ = ควอไทล์ที่ $1-\gamma$ ของการแจกแจงไคร้สแควร์มีองศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom; df) เท่ากับ $N-1$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 186 คน ผู้วิจัยคิดความแปรปรวนของการคัดเลือกตัวอย่างจากการสุ่ม (Design Effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 372 คน ดังนั้นผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจำนวน 372 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลแล้ว

จะทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากรายชื่อประชากรกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 1 หมู่บ้านจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละตำบล เพื่อหาตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลมาตอบแบบสอบถามงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จะได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 372 คน

เกณฑ์ในการคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย คือ ไม่สนใจตอบแบบสอบถาม ขอดอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล และมีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด 3) ทศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย 4) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย 5) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย 6) พฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิ

ใบไม้ดับ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ โดยได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และด้านความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.727 ทศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.752 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.768 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.777 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.789 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.735 และด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.844 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยพรรณนาโดยใช้ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์รายตัวแปร (Univariate Analysis) โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์สมการถ้อย

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 60.8 มีอายุเฉลี่ย 28.56 ปี (S.D.= 9.74 ปี) มีอาชีพเป็นรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 41.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวส. ร้อยละ 47.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.0 มีมัธยฐานของรายได้ 7,500 บาท ($P_{25}=6,000$ บาท : $P_{75}=9,000$ บาท) มีค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 0.45 คน (S.D.=0.77 คน) ไม่เคยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 63.2 และเคยดื่มสุรา ร้อยละ 70.7

2. การวิเคราะห์ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ปัจจัยทางความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.37 (S.D.=1.45) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 8.22-8.51 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 54.8-56.73 ปัจจัยทางทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.48 (S.D.=2.25) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 17.23-

17.7 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 57.43-59.00 ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.85 (S.D.= 2.93) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 10.55-11.13 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 70.33-74.20 ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.77 (S.D.= 2.36) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 10.54-11.01 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 70.26-73.40 ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.63 (S.D.= 2.96) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 10.35-10.95 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 69.00-73.00 ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคใน

การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.64 (S.D.=1.53) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 12.48-12.79 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 83.20-85.26 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.90 (S.D.= 4.34) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 17.44-18.35 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 58.13-61.16 และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.27 (S.D.= 4.11) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 22.87-23.67 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 76.23-78.90 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับปัจจัย

ปัจจัย	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	95%CI	การแปลผล (%)
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	0-15	8.37(1.45)	8.22-8.51	54.8-56.73
ทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ	10-30	17.48(2.25)	17.23-17.7	57.43-59.00
การรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ	5-15	10.85(2.93)	10.55-11.13	70.33-74.20
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ	5-15	10.77(2.36)	10.54-11.01	70.26-73.40
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	5-15	10.63(2.96)	10.35-10.95	69.00-73.00
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	5-15	12.64(1.53)	12.48-12.79	83.20-85.26
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	10-30	17.90(4.34)	17.44-18.35	58.13-61.16
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	10-30	23.27(4.11)	22.87-23.67	76.23-78.90

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี แยกรายตัวแปร การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี รายตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 ตัวแปร คือ เพศ ($r=$

0.115 , $p=0.027$) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r=0.847$, $p<0.001$) ทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r=-0.220$, $p<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r=0.629$, $p<0.001$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r=-0.135$, $p=0.009$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์

4. การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด

อุบลราชธานี ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็น ตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 71.7 ($R^2=0.717$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 78.6 ($R^2=0.786$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ทักษะคิดต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 79.1 ($R^2=0.791$) โดยสรุปผลว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และทักษะคิดต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 79.1 ($R^2=0.791$, $R^2_{adj}=0.0.791$, $SE_{est}=1.884$, $F=468.300$, $p<0.001$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n=372)

ตัวแปรพยากรณ์	สัมประสิทธิ์ถดถอย		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
	B	β				
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	1.972	0.697	0.717	0.716	2.194	0.717
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.515	0.295	0.786	0.786	1.907	0.070
ทักษะคิดต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ	-0.138	-0.076	0.791	0.791	1.884	0.006
Constant = 3.642, $R^2=0.791$, $R^2_{adj}=0.791$, $SE_{est}=1.884$, $F=468.300$, $p<0.001$						

จากการวิเคราะห์ความถดถอยพหุแบบหลายขั้นตอน เพื่อหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ

a = ค่าคงที่ (3.642)

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทางด้านความรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทางด้านทักษะคิดต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ

X_9 = ปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

X_{12} = ปัจจัยทางด้านความรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ

X_{10} = ปัจจัยทางด้านทักษะคิดต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ

(1) สมการคะแนนดิบ คือ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี = 3.642 + 1.972 (ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ) + 0.515 (การรับรู้ความรุนแรงของ

โรคพยาธิใบไม้ตับ) – 0.138 (ทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ)

$$Y' = 3.642 + 1.972 X_9 + 0.515 X_{12} - 0.293 X_{10}$$

(2) สมการคะแนนมาตรฐาน คือ

Z (พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี) = + 0.697 (Zความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ) + 0.295 (Zการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ) - 0.076 (Zทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ)

$$Z'_y = 0.697 Z_9 + 0.295 Z_{12} - 0.076 Z_{10}$$

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ประชาชนเข้าใจถึงสาเหตุ กลไกการติดต่อ อาการ และแนวทางการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง เมื่อมีความรู้ที่เพียงพอ จะสามารถเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น หลีกเลี่ยงการบริโภคปลาน้ำจืดดิบ การปรุงอาหารให้สุก และการเข้ารับการตรวจสุขภาพตามคำแนะนำของหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งล้วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนในครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง สะท้อนให้เห็นว่าความรู้เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ¹³ ที่พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตนที่ดีมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการใช้ E-Book มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อังษณา ยศปัญญา และคณะ (2556)⁸ ซึ่งรายงานว่าผู้

ที่มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำมีอัตราการติดเชื้อสูงขึ้น โดยกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีอัตราการติดเชื้อสูงสุด และ สรญา แก้วพิทุลย์ และคณะ¹⁴ พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุรินทร์จะมีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 84.72) แต่ระดับทัศนคติและการปฏิบัติตัวกลับอยู่ในระดับปานกลางและดีตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับการส่งเสริมควบคู่กับทัศนคติและพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงควรเน้นพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคอย่างยั่งยืน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการตระหนักถึงผลกระทบที่รุนแรงของโรค เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายและมีอัตราการเสียชีวิตสูง รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ล้วนกระตุ้นให้ประชาชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคปลาดิบ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัด การรับรู้ในด้านนี้จึงมีส่วนช่วยเสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างจริงจัง สอดคล้องกับผลการศึกษาของอังษณา ยศปัญญาและคณะ⁸ ที่พบว่า ร้อยละ 15.63 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเลยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชายและกลุ่มอายุ 50-59 ปี แม้ระดับการติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับต่ำ และมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาถ่ายพยาธิ เช่น เชื่อว่าสามารถรับประทานยาได้บ่อยโดยไม่มีผลข้างเคียง ร้อยละ 64.70 และ 56.10 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และอุปสรรคในการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคปลาดิบ (52.60%) และอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้าดิบ (93.78%) อีกทั้งยังพบว่า

ร้อยละ 12.40 และ 10.90 ไม่เคยคิดเลิกบริโภคปลาและก้อยปลาดิบ โดยมีความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการบริโภคปลาส้มดิบ (OR = 5.36, 95%CI: 2.54–11.29) และปลาร้าดิบ (OR = 2.96, 95%CI: 1.98–8.92) กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งตอกย้ำให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของประชาชน และควรได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจังในการดำเนินงานควบคุมโรคในระดับชุมชน

3. ทักษะติดต่อโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากทัศนคติสะท้อนถึงความเชื่อและความยอมรับของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพ หากประชาชนมีทัศนคติเชิงบวก เช่น เชื่อว่าการบริโภคอาหารสุก การตรวจคัดกรอง และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเป็นสิ่งจำเป็น ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ในทางกลับกัน ทัศนคติที่ไม่ให้ความสำคัญต่อโรค อาจทำให้ละเลยคำแนะนำด้านสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ การมีทัศนคติที่เหมาะสมจึงถือเป็นแรงผลักดันภายในที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ¹³ ซึ่งพบว่าทัศนคติที่ดีและพฤติกรรมการป้องกันในระดับดีสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการใช้ E-Book มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรค ($p < 0.0001$) เช่นเดียวกับอังษณา ยศปัญญา และคณะ⁸ ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเลยมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 15.63 โดยเฉพาะในเพศชายและกลุ่มอายุ 50–59 ปี ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำและมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา มีแนวโน้มบริโภคปลาดิบและอาหารหมักดองซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ส่วนการศึกษาของสรุณา แก้วพิบูลย์ และคณะ¹⁴ ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.72 มี

ความรู้ในระดับมาก แต่ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.18) และการปฏิบัติตัวในระดับดี (ร้อยละ 45.35) โดยการติดเชื้อพบมากในผู้สูงอายุ อาชีพเกษตรกร และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งตอกย้ำว่าทัศนคติที่ดีควรได้รับการส่งเสริมควบคู่กับความรู้และการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกันโรคในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรเน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมและสื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น การอบรมในชุมชน นิทรรศการเคลื่อนที่ และโซเชียลมีเดีย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคอย่างครบถ้วน ควบคู่กับการพัฒนาโครงการที่เน้นสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เช่น การจัดนิทรรศการภาพผู้ป่วยหรือกิจกรรมจำลองผลกระทบเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ และควรดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก เช่น การรณรงค์ “กินสุก ปลอดภัย ไร้พยาธิ” และการใช้ผู้นำชุมชนเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อเสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมหลายอำเภอหรือจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างให้ได้ ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และควรเลือกใช้เครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น พร้อมปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 61. Lyon: IARC; 1994.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563 กรมควบคุมโรค. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/dcd/files/AnnualReport2023_DCD_2nd.pdf
3. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=779>
4. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: IHPP; 2565. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th>
5. มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. สถิติผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย. ขอนแก่น: CCA; 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://cca.in.th/wpth/key-statistics>
6. นาถยา ขุนแก้ว, อารี บุตรสอน. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):39–49.
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานโครงการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ. ขอนแก่น: สคร. 7; 2560.
8. อังษณา ยศปัญญา. ความชุกพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดเลย ปี 2556. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6; 2556.
9. ถาวร ทุมสะกะ, สุชาดา ภัยหลีกลี่. ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน. วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558;3(4):481–94.
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร. รายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2566.
11. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: Obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychol Methods. 2003;8(3):305–21.
12. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
13. ศศิธร เจริญประเสริฐ ญัฐพันธ์ จันสมุทร และ พุทธิไกร ประมวล (2565) ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษและประสิทธิผลของการใช้ E Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม 2565.
14. สรญา แก้วพิบูลย์ และ คณะ (2556) ศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับอภิสทอร์คิส วิเวอร์รีนิ ด้วยวิธีคาโตดิสเคอเมียร์ และศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรในจังหวัดสุรินทร์. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561.

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่ม Opioids ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและ ภาคีเครือข่ายชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of palliative care model for cancer patients to receiving opioid therapy with
collaboration multidisciplinary team and community Network
in Nakhu District, Kalasin Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ดวงรัตน์ วรรณทอง¹
Duangrat Wantong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่ม Opioids โดยอาศัยทีมสหวิชาชีพและภาคี
เครือข่ายชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาได้แก่ แนวคำถามในการสนทนา
กลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบเก็บข้อมูลทางคลินิกแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) แบบประเมิน
ความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (MTB-Thai) และ สมุดคู่มือผู้ป่วยที่
ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids

ผลการศึกษาพบว่า ความปวดและอาการร่วมลดลง ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ความร่วมมือในการใช้ยา Opioids เพิ่มขึ้น
และ ความพึงพอใจดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t= 4.13, 2.80, 3.19, 5.42 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง, การรับยากลุ่ม Opioids, การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

Abstract

This study was participatory action research (PAR) aim to study problems, develop and implement a palliative
care model for cancer patients receiving Opioids using of multidisciplinary team and community network. Sample
group consisted of qualitative samples, which were 93 network partners and a multidisciplinary team that provided
palliative care to cancer patients, and quantitative samples, which were 30 terminal cancer patients. Research tools
were focus group discussion questions, general data collection forms, clinical data collection forms, patient self-
help assessment forms (PPS), pain severity and other symptoms assessment forms (ESAS), medication compliance
assessment forms (MTB-Thai), and a handbook for patients receiving Opioids.

Results of study found that resulted in reduced pain and associated symptoms, improved medication
compliance, increased Opioid compliance, and improved satisfaction, with statistical significance at 0.05 (t = 4.13,
2.80, 3.19, 5.42, respectively).

Keywords: Palliative care for cancer patients, Opioids, Network participation

บทนำ

ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเป็นประเด็นที่มี
ผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมใน
ระดับโลก และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นในอนาคต
จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์
ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 20
ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเป็นสาเหตุการ

เสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้
น้อยและปานกลาง ซึ่งคาดว่าจะร้อยละ 70 ของการ
เสียชีวิตจากมะเร็งทั่วโลกจะเกิดในประเทศเหล่านี้
และภายใน 10 ปีข้างหน้าอาจมีผู้เสียชีวิตจาก
โรคมะเร็งประมาณ 15 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย
จากข้อมูลของกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วย
โรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 คนต่อปี หรือ

¹ เกสักรชานาญการ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

ประมาณ 400 คนต่อวัน² และจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุดคือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 50.10³ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามและระยะท้ายมากกว่า 1 ใน 3 มีความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก และความปวดจากมะเร็งที่แย่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง⁴

การใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีการใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อการควบคุมความปวดที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยมะเร็ง องค์การอนามัยโลก แนะนำให้บริหารยาโดยการให้ยาตามเวลา และควรปรับชนิดของยาให้เข้ากับแต่ละบุคคลแบบบันไดสามขั้น โดยจะเริ่มใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์เมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง⁵ การใช้ยาในกลุ่มนี้ถึงแม้จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็มีความเสี่ยงและอาจเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม⁶ โดยเฉพาะในกรณีที่ยุติใช้ยาอย่างฉับพลันหรือปรับลดขนาดยาเร็วเกินไปด้วยตัวเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการขาดยา อาการปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ข้อมูลจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) ระบุว่า ผู้ป่วยที่ติดยาในกลุ่มนี้หากหยุดใช้ยาอย่างรวดเร็วอาจเกิดอันตรายร้ายแรง เช่น อาการขาดยารุนแรง ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และการฆ่าตัวตาย⁷ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้ยาระงับปวดไม่สอดคล้องกับระดับความปวด การเลือกชนิดของยาระงับปวดไม่เหมาะสม หรือซ้ำซ้อน ไม่ได้รับยาระบายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม opioids ลักษณะการบริหารยาระงับปวดไม่ต่อเนื่องตลอดเวลา ตามหลักการของ WHO Analgesic Ladder⁸

การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านควรพิจารณาตามความจำเป็น และให้ยาตามแนวปฏิบัติที่มีการควบคุมติดตามอย่างเหมาะสมและเป็นไปตามข้อกำหนดของ

กฎหมายในการใช้ยาเสพติดให้โทษ⁸ การมีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินอาการ การวางแผนเลือกใช้ยา การติดตามปรับยาให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย และการประเมินผลการใช้ยาอย่างเป็นระบบ และเป็นแนวทางเดียวกันจะทำให้ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จนสามารถควบคุมอาการปวดจากโรคมะเร็ง รวมถึงเป็นการป้องกันหรือแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เมื่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

อำเภอนาคูได้มีการติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลนาคูเริ่มมีการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 จากการลงพื้นที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเภสัชกร พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่อำเภอนาคูจำนวน 32 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ เนื่องจากมีการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ไม่สอดคล้องกับระดับความปวด ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เนื่องจากเข้าใจว่า การใช้ยาระงับปวดมอร์ฟีนจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ผู้ป่วยบางรายขาดยา กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เนื่องจากไม่มีผู้ไปปรับยาให้ และพบปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เช่น รูปแบบยาไม่เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย ผู้ป่วยกลืนไม่ได้แต่ได้รับยาเม็ด ผู้ป่วยบริหารยาไม่ถูกต้องได้รับยาซ้ำซ้อน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น มีอาการท้องผูก ผื่นคัน เป็นต้น

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสำคัญในเชิงบริบทพื้นที่น้อย และเป็นส่วนหนึ่งในสหวิชาชีพเภสัชกร และการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ การประสานและการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิมในการผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยา กลุ่ม Opioids อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 – เมษายน 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Reference population) ได้แก่ เชิงคุณภาพ ภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองในพื้นที่อำเภอนาคู 5 ตำบล 55 หมู่บ้าน ประกอบไปด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 55 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนาคู จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน

เจ้าหน้าที่ รพสต. จำนวน 7 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน ประธาน อสม. 55 คน รวม 93 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ แนวทางสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคำถามแลกเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ได้แก่ นโยบายและเป้าหมายการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน, บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมถึงข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปัญหา

2. เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ชุด ดังนี้

2.1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของมะเร็ง อาการปวด ยาแก้ปวดที่ได้รับ อาการรบกวน

2.2 แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลทางการแพทย์ ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และผู้ดูแล

2.3 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale; PPS) ใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วนในการเยี่ยมผู้ป่วยและประเมินสภาวะผู้ป่วย

2.4 แบบประเมินความรุนแรงของความปวด และอาการร่วมอื่นๆ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ใช้ในการประเมิน

อาการต่างๆจะประเมินวันที่ลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 สำหรับการประเมินระดับความปวด

2.5 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Taking Behavior measure for Thai patients (MTB-Thai) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม การแปลผล คือหากคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ หากคะแนนรวม 22-23 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง หากคะแนนรวม 24 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับมาก

2.6 สมุดคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติบันทึกการใช้ยาแก้ปวด Opioids ของผู้ป่วย ตามการใช้จริง มีวิธีการการรับประทานยาครั้งละกี่เม็ด วันละกี่ครั้ง เวลาที่รับประทานยา บันทึกการปรับยาโดยเจ้าหน้าที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน, แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale; PPS), แบบประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Taking Behavior measure for Thai patients (MTB-Thai) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานผ่านการทดสอบและกระทรวงสาธารณสุขให้การยอมรับในระดับประเทศและในระดับสากล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สันทนา กลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากหลากหลายความอึดตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ ตรวจสอบ

ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุม เพื่อให้สามารถสรุปประเด็นที่ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของมะเร็ง ยาแก้ปวดที่ได้รับ อาการปวด อาการรบกวน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale; PPS), ความรุนแรงของความปวดและอาการร่วมอื่นๆ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), ความร่วมมือในการใช้ยา MTB-Thai ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิม ในการผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์

ข้อที่ 1) จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 52.7 ปี (S.D. = 9.97) ในด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ในด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวมจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ แรงงานรับจ้างทั่วไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.76 เกี่ยวกับโรคร่วม พบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 โรคเมร็งที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วย คือ เมร็งปอด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.76 รองลงมาคือ เมร็งลำไส้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 เมื่อพิจารณาระดับสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้ Palliative Care Performance Scale (PPS) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนน 40 – 60 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.76 (S.D. = 22.92) ระดับความปวด (Pain Score) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดปานกลาง (คะแนน 4-6) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.76 คะแนน (S.D. = 2.57) สำหรับการใช้ยาบรรเทาปวด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์เร็ว (Morphine Syrup 10 mg/5 ml) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.76 รองลงมาคือ มอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์นาน (Prolong-Release Morphine Sulfate 10 mg/tablet) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.76 นอกจากนี้ ยังพบว่า ยาบรรเทาปวดเสริมที่ใช้ร่วมกันมากที่สุด ได้แก่ Tolperisone จำนวน 8 คน คิดเป็น

ร้อยละ 26.70 ตามลำดับ เชิงคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยยังคงเป็นรูปแบบงานประจำ ให้บริการตามสิทธิผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วย โดยมีโรงพยาบาลนาคูเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเมร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีการใช้กลไกทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาลอย่างไม่เต็มศักยภาพ ในการทำงานร่วมกับ รพ.สต. พบปัญหาด้านการประสาน มีการใช้งบการดูแลรักษาจากในโรงพยาบาล เป็นหลัก การอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยเมร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร การประเมินและรักษาผู้ป่วยเมร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านด้วยการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ยังขาดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง

2. การพัฒนาแนวทางการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยเมร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) จากการระดมสมองและทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการสนทนากลุ่ม ได้แนวทาง ประกอบด้วย 6 แนวทาง สำคัญดังนี้ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2) สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) บูรณาการงบประมาณร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 4) กำหนดบทบาทหน้าที่คำสั่งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ 5) อบรมผู้ดูแลผู้ป่วยเมร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และ 6) การประเมินและรักษาผู้ป่วยเมร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ด้วยการให้ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)

3. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในผู้ป่วยเมร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยของ PPS อยู่ที่ 2.10 (S.D.=0.71) ซึ่งอยู่ในระดับ 40 - 60% หลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยของ PPS เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 2.17 (S.D.=0.70) แต่ยังคงอยู่ในระดับ 40 - 60% เช่นเดิม การเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.48, t=0.701)

3.2 ความปวดและอาการร่วมอื่นๆ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยความปวดและอาการร่วมอื่นๆ ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ที่ 2.40 คะแนน (S.D.= 0.72) ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) หลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 2.07 คะแนน (S.D.= 0.74) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (4 - 6 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าค่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002, t=4.13)

3.3 ความร่วมมือในการใช้ยา (MTB-Thai) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการพัฒนารูปแบบ อยู่ที่ระดับ 2 (เคยลืมตั้งแต่ 3-4 ครั้ง) เฉลี่ย 2.33 คะแนน (S.D.=0.92)

หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ที่ระดับ 3 (เคยลืมตั้งแต่ 1 - 2 ครั้ง) เฉลี่ย 2.87 คะแนน (S.D.=0.82) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.009, t=2.80)

3.4 ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ความร่วมมือ อยู่ที่ระดับ ระดับ 1 (น้อยกว่าร้อยละ 60) เฉลี่ย 1.60 คะแนน (S.D.=0.77) หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ความร่วมมือ อยู่ที่ระดับ 2.17 (S.D.= 0.75) เฉลี่ย เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003, t=3.19)

3.5 ความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.97 (S.D.=0.62) หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.73 (S.D.=0.45) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001, t=5.42) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบความแตกต่างผลการพัฒนารูปแบบการดูแลและเร่งแบบประคับประคองที่ได้รับยา

Opioids ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
1.ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (PPS)	2.10	0.71	ระยะเปลี่ยนผ่าน	2.17	0.70	ระยะเปลี่ยนผ่าน	0.701	0.489
2. ความปวดและอาการร่วมอื่นๆ (ESAS)	2.40	0.72	รุนแรง	2.07	0.74	ปานกลาง	4.130	0.002*
3. ความร่วมมือในการใช้ยา (MTB-Thai)	2.33	0.92	ระดับ 2	2.87	0.82	ระดับ 3	2.804	0.009*
4. ความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids	1.60	0.77	ระดับ 1 (<60%)	2.17	0.75	ระดับ 2 (60-79%)	3.195	0.003*
5.ความพึงพอใจ	1.97	0.62	ปานกลาง	2.73	0.45	มาก	5.426	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่ม Opioids ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อ 1) ในเชิงคุณภาพ พบว่า อำเภอนาคูได้มีการติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง การลงพื้นที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเภสัชกร พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในเขตพื้นที่อำเภอนาคู ส่วนใหญ่มีปัญหาไม่สามารถคุมอาการปวดได้ เนื่องจากมีการใช้ยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ไม่สอดคล้องกับระดับความปวด ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เนื่องจากเข้าใจว่า การใช้ยาาระงับปวดมอร์ฟีนจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ผู้ป่วยบางรายขาดยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เนื่องจากไม่มีผู้ไปรับยาให้ และพบปัญหาจากการใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เช่น รูปแบบยาไม่เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย ผู้ป่วยกลืนไม่ได้แต่ได้รับยาเม็ด ผู้ป่วยบริหารยาไม่ถูกต้องได้รับยาซ้ำซ้อน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น มีอาการท้องผูก ผื่นคัน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชดา วิทยานุมิ⁹

การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยา กลุ่ม Opioids ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) ประกอบด้วย 6 แนวทาง สำคัญดังนี้ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2) สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) บูรณาการงบประมาณร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 4) กำหนดบทบาทหน้าที่คำสั่งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ 5) อบรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และ 6) การประเมินและรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ด้วยการให้ยา กลุ่มโอปิออยด์

(Opioids) ส่งผลให้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดระดับความปวด และอาการร่วมอื่น ๆ รวมถึงช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งในภาพรวมและยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แม้ว่าค่าคะแนน PPS จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาอาจยังไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีแนวทางในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ดูแลในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการรวมทั้งการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา ปารมม¹⁰

ผลลัพธ์การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยา กลุ่ม Opioids ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3) ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยา กลุ่ม Opioids เนื่องจากการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนแบบมีส่วนร่วม ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นไปในทิศทางที่ดี แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องมีการทบทวนและปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมหรือพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในส่วนของผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสามารถช่วยลดระดับความปวดและอาการร่วมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ ควรมีการนำแนวทาง การดูแลแบบประคับประคอง มาใช้ร่วมกับการพัฒนารูปแบบดังกล่าว อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ คมกฤษณ์ เทียมกลาง ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การนำกลยุทธ์เพิ่มเติม เช่น การให้ความรู้ การใช้เทคโนโลยีช่วยเตือน การ

สนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มาใช้ร่วมกัน อาจช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value} = 0.003$) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมอาการปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การนำแนวทางการดูแลดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในงานปฏิบัติจริง อาจช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์¹¹ การเสริมความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางไปสู่ระดับมาก ซึ่งยืนยันความสำเร็จของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นและเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวทุกมิติของการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ แนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากกลุ่ม Opioids เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่ช่วยค้นหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการเข้าถึงยาเพื่อการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คมกฤษณ์ เทียมกลาง¹², รัตนภรณ์ รักชาติ¹³ และศุภชัย แพงคำไหล¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพสามารถช่วยลดอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับการจัดการอาการอ่อนเพลีย ง่วงซึม และเบื่ออาหาร จะทำให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่ชุมชนที่มีขนาดใกล้เคียงกันเพื่อให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเพื่อให้ได้รูปแบบที่ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่ได้รับยากกลุ่ม Opioids ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนแบบมีส่วนร่วม อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากทุกฝ่าย ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคู ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ รวมถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอนาคู ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านพื้นที่ในการทำวิจัย และอำนวยความสะดวกในกระบวนการวิจัย ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลนาคู ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง รวมถึง ภาคีเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการจนบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมาในโอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักกระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2557. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2557.
- 2.วิภาพร สิทธิศาสตร์. วิถีชีวิต วิถีสุขภาพ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามบริบทของชาวสวนยางพารา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. 2560.
- 3.สำนักโรคไม่ติดต่อ ก. รวม 4 โรค /ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือด สมอง/หลอดเลือดอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง 2022 [cited 2566 2 มิถุนายน 2567].

- 4.สำราญ ป. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาล ชุมพวงโดยใช้หลักการพื้นฐานของสิ้นและ การเว้นระยะห่างทางกายภาพ. วารสาร วิจัย และ พัฒนา ด้าน สุขภาพ. 2022;8(1):18-37.
- 5.อาคม รัฐวงษา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;ปีที่ 5 ฉบับที่ 2.
- 6.Organization WHO. Innovative care for chronic condition.2022.
- 7.Health MoPH. Public Health Statistics A.D.2023. Mahasarakham Province. Health data center 2022 [cited 2022 2 February 2024]. Available from:<https://data.moph.go.th/>.
8. Yavalak W. The Effects of Management for Motivation to Prevent Disease in Patients with Non-Insulin DependentType of Diabetes, Tha Tum District, Nakhon Phanom Province. Master's Degree Thesis Mahasarakham University. 2017.
- 9.ณิชาดา วิทยาภูมิ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน, 2(4), 30-44.
- 10.จิรภา ปารมมภ์ และคณะ. (2561). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามที่ได้รับประทานยากลุ่มโอปิออยด์ (OPIOIDS). In Rangsit Graduate Research Conference: RGRC (Vol. 13, pp. 3192-3203).
- 11.วรารณณ์ ริมชัยสิทธิ์. (2567). ผลของการให้ยามอร์ฟินทางชั้นใต้ผิวหนังที่บ้านแก่ผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้Opioids box : กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล อุดรธานี, 32(1), 13-25.
- 12.คมกฤษณ์ เทียมกลาง และคณะ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. Princess of Naradhiwas University Journal, 15 (3).
- 13.รัตนารณณ์ รักชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิต วงศ์ใหญ่, ภัทรนัย ไชยพรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2565;4(2):1-19.
- 14.ศุภชัย แพงคำไหล และคณะ. (2564). การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. Journal of Health Science of Thailand, 30(Supplement 1), S76-S86.

การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลหม่มน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of long-term care service for elderly with dependency in
Moomon Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

นัยนา จำริญเจือ¹
Naiya Jamrauanjue¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนาและใช้ระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหม่มน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรประกอบด้วย เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 24 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 103 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Care Plan) แบบประเมินแผนการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล แบบสอบถามเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วย t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 6 ระบบสำคัญ ดังนี้ 1) มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่หรือมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวัน 2) การส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การบูรณาการแบบต่าง ๆ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ 5) การขึ้นทะเบียนผู้จัดการการดูแล (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในระดับพื้นที่ 6) การเก็บข้อมูลและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ของรูปแบบ พบว่าระดับสภาพปัญหาลดลง ระดับความต้องการช่วยเหลือของผู้สูงอายุลดลงและระดับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=8.10, 6.01, 7.38$ ตามลำดับ) สรุปและอภิปรายผลควรส่งเสริมการใช้งบประมาณจากท้องถิ่น การให้ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การส่งเสริมความรู้ผู้ดูแลและพัฒนาบุคลากรเฉพาะด้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ, การพัฒนาระบบ, การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

Abstract

This study is action research aimed to study problems, develop and use long-term care service system for dependent elderly in Moomon Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province. Samples groups consisted of qualitative was interdisciplinary teams and community networks 24 people and quantitative was dependent elderly 103 people. Data were collected using a combination of quantitative and qualitative methods. Research tools consisted of qualitative by focus group discussion questions, individual care plan form, care plan assessment form and adjustment form for individual care plan and quantitative by general information questionnaire, problems, needs of the elderly, and quality of life measurement form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test before and after development. Qualitative data were analyzed using content analysis. Research results found that development of the care system for the dependent elderly consisted of 6 important systems as follows: 1) There is an appropriate and continuous health service system for the elderly who cannot fully take care of themselves or have limitations in daily life. 2) Promoting the community to play a role as a host in caring for the dependent

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหม่มน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

elderly. 3) Integrating various budgets. Collaborate with local administrative organizations to care for the elderly with dependency 4) Define clear roles and responsibilities for systematic care for the elderly with dependency 5) Register care managers and care givers at the local level 6) Collect data and guidelines for caring for the elderly with dependency to improve their quality of life The results of the model found that the level of problems decreased, the level of need for help of the elderly decreased, and the level of quality of life of the elderly improved, with statistical significance at the .05 level ($t = 8.10, 6.01, 7.38$, respectively). Conclusion and discussion of results Should promote the use of budgets from the local area, hinting at network partners, promoting knowledge of caregivers, and developing specialized personnel to care for the elderly in the community, so that it can be successful.

Keywords: Elderly care, System development, Collaboration with network partners

บทนำ

สังคมโลกมีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการและค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาว (Long-Term Care : LTC) ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ในปี 2567 ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวเฉลี่ยร้อยละ 2.10 ของค่าใช้จ่ายในการพัฒนาประเทศ (GDP) โดยมีความแตกต่างระหว่างประเทศ (Gruber McGarry & Hanzel, 2024)¹ ประเทศเดนมาร์กเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.00 ประเทศญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 200 ในปี 2557-2567 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 76.00 ของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลก (Scanlon, 2023)² การทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป มีปัญหาถึงร้อยละ 42.00 แสดงถึงแนวโน้มความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นประมาณร้อยละ 20.00 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง โดยร้อยละ 22.00 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดต้องอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ³

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ยุคสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564⁴ ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 56.25 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 29.52 และผู้สูงอายุวัยปลาย

(อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.23 ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสัดส่วนร้อยละ 4.60 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ระดับประเทศการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2565 สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 4.60 ของผู้สูงอายุทั้งหมด การการสำรวจในปี 2564 พบว่าผู้สูงอายุไทยที่ต้องการดูแลในรูปแบบระยะยาวเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุ⁵ โดยผู้หญิงมีแนวโน้มต้องการมากกว่าผู้ชาย ผู้ดูแลหลักมากกว่าร้อยละ 90 เป็นคู่สมรสหรือบุตรสะท้อนการพึ่งพาครอบครัวเป็นหลักและคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประมาณปี 2588 ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีอายุยืนมากกว่า 80 ปี และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 6 เท่าหรือประมาณ 2.5 ล้านคน ค่าใช้จ่ายดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในไทยอาจสูงถึง 500,000 ล้านบาท ระบบดูแลระยะยาวในไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชนเป็นหลักและยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ⁶

จากการสำรวจประชากรในตำบลหม่มน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์⁷ พบว่ามีประชากรทั้งหมด 7,413 คน โดยมีผู้สูงอายุ 1,503 คน คิดเป็นร้อยละ 20.28 ของประชากรทั้งหมด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหม่มน, 2566) เมื่อทำการคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันเท่ากับหรือน้อยกว่า 11

คะแนน (กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง) มีจำนวน 105 คน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 74 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรุนแรงและมีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 5 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ จำนวน 26 คน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนเพิ่มขึ้น อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์นี้ส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย การจัดบริการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องคำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ด้วย

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งเน้นให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุขและสังคม อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถพึ่งพาตนเองและกลับมาดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ คือ ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 11 หมู่บ้าน, เชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุในตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,503 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 11 หมู่บ้าน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จ, ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหม่ม, ผู้นำชุมชนและประธานอสม. รวมจำนวน 24 คน, เชิงปริมาณ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 103 คน โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Care Plan)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแผนการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) แบบสอบถามเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามในรูปแบบคำถามเลือกตอบ ประกอบด้วย 8 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้และสภาพปัญหาและประเภทผู้สูงอายุตาม (Barthel Activities of Daily Living : ADL) 4 กลุ่ม คือ 0-4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์, 5-8 คะแนน ภาวะพึ่งพาบางส่วน, 9-11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปานกลางและ 12-20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา

ส่วนที่ 2 ประเด็นด้านสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีทั้งหมด 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านสังคมและด้านสภาพแวดล้อม รวมทั้งหมด 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 ประเด็นด้านความต้องการของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล การศึกษานี้มุ่งเน้นการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหมูนุ่น แบบสอบถามในส่วนนี้ใช้มาตราส่วนประเมินค่าแบบ 5 ระดับ รวมทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทาง

คอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ มีรายละเอียด ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงต่ำ, และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การเปรียบเทียบระดับสภาพปัญหา, ระดับความต้องการ, ระดับคะแนนกิจวัตรประจำวันและระดับคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมูนุ่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและรูปแบบเดิมก่อนการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมูนุ่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ พบว่าตำบลหมูนุ่นได้มีการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 103 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 57.28 โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 75.73 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 68 ปี (S.D. = 6.51) ในด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 54.39 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 33.98 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 56.31 รองลงมา คือ ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 27.18 ในด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวมจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 60.19 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 20.39 เกี่ยวกับรายได้ พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่พอเพียงแต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 39.81 รองลงมา คือ ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.07 ในส่วนประเภทผู้สูงอายุตาม ADL 4 กลุ่ม พบมากที่สุดในกลุ่มเคลื่อนไหวได้บ้าง สับสน อาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 34.95 รองลงมา คือ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย/แต่ไม่สับสน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 26.21 เมื่อพิจารณาสภาพปัญหาที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด พบว่าปัญหาการนอนไม่หลับและปัญหาหลงลืม/สมองเสื่อม จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 21.36 รองลงมา คือ ปัญหาการรับประทานยา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.48 ตามลำดับ

2) การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ การพัฒนาระบบประกอบด้วย 6 ระบบสำคัญ ดังนี้ 1) มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่หรือมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวัน 2) การส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การบูรณาการงบประมาณ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ 5) การขึ้นทะเบียนผู้จัดการการดูแล (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในระดับพื้นที่ 6) การเก็บข้อมูลและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

3) การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1) ผลลัพธ์การดำเนินการ ก่อน-หลัง การพัฒนาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแล

ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลลัพธ์การพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งได้รับการดูแลระยะยาว จำนวนทั้งสิ้น 103 คน พบว่าหลังการพัฒนา มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านสภาพปัญหา พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาในระดับมากลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 54.37 เหลือเพียง ร้อยละ 8.74 ขณะเดียวกัน พบว่าจำนวนผู้ที่มีปัญหาในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.38 ด้านความต้องการ พบว่าความต้องการในระดับมากลดลงอย่างเห็นชัด จากร้อยละ 62.14 เหลือเพียง ร้อยละ 5.82 ขณะที่ความต้องการในระดับน้อยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.75 ด้านคุณภาพชีวิตตามการประเมินตามแบบสอบถาม WHOQOL-BREF-THAI หลังการดำเนินการพัฒนา ไม่พบผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีอีกต่อไปจากเดิมที่มีอยู่ ร้อยละ 17.48 และมีจำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.00 เป็นร้อยละ 25.24

3.2) การเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้ 1) ด้านสภาพปัญหาที่พบของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบค่าเฉลี่ยของปัญหาอยู่ที่ 2.53 (S.D.=0.52) ซึ่งอยู่ในระดับมาก (10–14 คะแนน) หลังการพัฒนารูปแบบค่าเฉลี่ยของปัญหาลดลงเป็น 2.05 (S.D.=0.35) อยู่ในระดับปานกลาง (5–9 คะแนน) การเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.10$, $p\text{-value} < 0.001$) 2) ด้านความต้องการที่พบของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบค่าเฉลี่ยของความต้องการอยู่ที่ 2.62

(S.D.=0.49) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยของความถี่ความต้องการลดลงเป็น 1.64 (S.D.=0.59) อยู่ในระดับน้อยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.01$, $p\text{-value} < 0.001$) และ 3) ด้านคุณภาพชีวิตที่พบของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าก่อน

การพัฒนารูปแบบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 1.83 (S.D.= 0.38) ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี (26 - 60 คะแนน) หลังการพัฒนารูปแบบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นชัดเจนเป็น 2.25 (S.D.=0.44) อยู่ในระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) การเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.38$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบความแตกต่างผลการพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ($n = 103$)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
1. ด้านสภาพปัญหาที่พบของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.53	0.52	ระดับมาก (10-14 คะแนน)	2.05	0.35	ระดับปานกลาง (5-9 คะแนน)	8.10	<0.001*
2. ด้านความต้องการของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล	2.62	0.49	ระดับปานกลาง	1.64	0.59	ระดับน้อย	6.01	<0.001*
3. ด้านคุณภาพชีวิต	1.83	0.38	ระดับไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	2.25	0.44	ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน)	7.38	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ปัญหาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหมู่น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีปัญหาการดำเนินงานที่อาศัยกลไกชุมชนและการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในระดับมากลดลงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในมิติของการเข้าถึงบริการ การดูแล

แบบองค์รวมและการมีผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม สะท้อนให้เห็นว่าการมี Care Manager และ Care Giver ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมสุขภาพจิตและกรมอนามัย สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับ “การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ” (Active Ageing) และการจัดบริการ

แบบ “Long Term Care (LTC)” ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมสอดคล้องกับบุญเลิศ นิลละออง⁸

การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหม่มน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการดำเนินงานที่อาศัยกลไกชุมชนและการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในระดับมากลดลงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในมิติของการเข้าถึงบริการ การดูแลแบบองค์รวมและการมีผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม สะท้อนให้เห็นว่าการมี Care Manager และ Care Giver ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมสุขภาพจิตและกรมอนามัย สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับ “การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ” (Active Ageing) และการจัดบริการแบบ “Long Term Care (LTC)” ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบการดูแล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน : การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อสม. และผู้นำชุมชน ช่วยขับเคลื่อนงานได้อย่างเข้มแข็ง การสนับสนุนขององค์กรท้องถิ่น : การร่วมมือของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในการใช้งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมและการจ้าง Care Giver การประสานงานแบบบูรณาการ : การร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับตำบล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนอย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงเผชิญกับข้อจำกัดบางประการ เช่น จำนวนบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองยังมีไม่เพียงพอ ความต่อเนื่อง

ของงบประมาณสนับสนุนจากรัฐและความเข้าใจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นในอนาคตควรมีการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับตำบล การสร้างระบบติดตามและประเมินผลแบบต่อเนื่องและการพัฒนาองค์ความรู้ในพื้นที่ (Local Wisdom) ร่วมกับภาควิชาการ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่าการพัฒนาแบบการดูแลช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีผลลัพธ์พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น พร้อมทั้งมีการพัฒนาชุดบริการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุม ได้แก่ ชุดดูแลสุขภาพทั่วไป, ชุดฟื้นฟูสภาพ, ชุดดูแลระยะท้าย, ชุดดูแลแผลและป้องกันแผลกดทับ, ชุดอุปกรณ์การแพทย์และชุดดูแลสมองเสื่อม รวมถึงแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับเครือข่ายและแผนการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การพัฒนาแบบ LTC ที่ประกอบด้วยการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านและระบบการเตือนการดำเนินงานยังช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงสอดคล้องกับการศึกษาของปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล⁹

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหม่มน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ายังคงเผชิญกับข้อจำกัดบางประการ เช่น จำนวนบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองยังมีไม่เพียงพอ ความต่อเนื่องของงบประมาณสนับสนุนจากรัฐและความเข้าใจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นในอนาคตควรมีการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับตำบล การสร้างระบบติดตามและประเมินผลแบบต่อเนื่องและการพัฒนาองค์ความรู้ในพื้นที่ (Local Wisdom) ร่วมกับภาควิชาการ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแล

ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Holistic and Community-based Care) สอดคล้องกับงานของ Wagner เรื่อง Chronic Care Model (CCM) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ระบบสนับสนุนจากชุมชน การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับแนวทาง “Long-Term Care” ของประเทศไทย อ้างอิงจากงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข⁶ ที่เน้น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินคัดกรอง การวางแผนดูแลแบบรายบุคคล การพัฒนาผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านแบบมีระบบ การบันทึกและติดตามผลผ่าน IT และการบูรณาการหน่วยงานและงบประมาณในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งตรงกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก¹ ที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโรคร้ายแรงและภาวะเรื้อรังโดยเน้นความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและความเข้าใจเชิงลึกในบริบทวัฒนธรรมของผู้ป่วยและชุมชนและ สอดคล้องกับแนวคิด “คนกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” เป็นแนวทางเฉพาะพื้นที่ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ริเริ่มเอง โดยยึดหลักพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการพัฒนาระบบสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสอดคล้องกับ ธีรพัฒน์ สุทธิประภา, อรรถวิทย์ เนินซัดและเกรียงไกร ประจัญศรี¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1) ขยายผลและปรับใช้ตามบริบท โดยนำรูปแบบระบบดูแลระยะยาวที่ประสบความสำเร็จในตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น โดยพิจารณาความแตกต่างของบริบทชุมชนและศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2) ผลักดันเชิงนโยบายและบูรณาการหน่วยงาน ควรผลักดันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นวาระสำคัญระดับจังหวัดและอำเภอ พร้อมบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข, อปท. และภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนงบประมาณและนโยบายอย่างต่อเนื่อง

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน ควรส่งเสริมการอบรมและพัฒนาศักยภาพ Care Manager, Care Giver และอาสาสมัครในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีมาตรฐานและตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะบุคคล

4) บูรณาการระบบดูแลกับบริการสุขภาพที่บ้าน เชื่อมโยงระบบดูแลระยะยาวกับบริการสุขภาพที่บ้าน สร้างบริการครอบคลุมและต่อเนื่อง ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน จนถึงสถานพยาบาล

5) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต โดยศึกษาปัจจัยความสำเร็จของระบบดูแลระยะยาวในพื้นที่ต่าง ๆ เปรียบเทียบเขตเมืองและชนบท พร้อมวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพของบริการในชุมชนและสถานพยาบาล เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์และบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหม่ม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ โรงพยาบาลสมเด็จและภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- 1.Gruber, J., McGarry, K., & Hanzel, C. (2024). Long-term care around the world. NBER Working Paper 31882.
<https://www.nber.org/brd/20234/long-term-care-around-world>
- 2.Scanlon, W. J. (2023). A perspective on long-term care for the elderly. Health Care Financing Review.
<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/HealthCareFinancingReview/Downloads/CMS1192052dl.pdf>
- 3.Knodel, J., Teerawichitchainan, B., & Pothisiri, W. (2018). Caring for Thai older persons with long-term care needs. Journal of Aging and Health, 30(9), 1404-1427.
- 4.ศิริวรรณ ศรีนวล, & คณะ. (2567). ระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองผู้ให้บริการ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย, 30(Suppl 1), S87-S101.
- 5.รายงานสำรวจประชากรผู้สูงอายุ. (2564). สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วารสารเศรษฐศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (2567). Future health expenditures in Thailand under the increasing trend of dependent elderly and long-term care costs.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/NER/article/view/265268>
- 6.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2565: การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- 7.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมื่น. (2566). ข้อมูลประชากรและสถิติสุขภาพตำบลหมื่น ประจำปี 2566. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมื่น.
- 8.บุญเลิศ นิลละออง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.2566; 8(1): 261-292.
- 9.ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และ อรสา กงตาล. การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2563; 40(3): 48-65.
- 10.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา, อรรถวิทย์ เนินซัด และ เกรียงไกร ประจัญศรี. การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2567; 9(4): 665-671.

การพยาบาลผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องออกซิเจน : กรณีศึกษา Nursing care for premature labor and newborns with oxygen deficiency : case study.

(Received: April 18,2025 ; Revised: April 29,2025 ; Accepted: April 30,2025)

สาวิตรี คำคูเมือง¹

Sawitri Kumkhumuang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติในการดูแล ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพัฒนาการระบบการส่งต่อเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่อง ออกซิเจน การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดทารกมีภาวะทุพพลภาพ มีอัตราการเสียชีวิต ในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยคัดเลือกผู้คลอดที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ผู้คลอด รวบรวมเวชระเบียน วิเคราะห์จากการรวบรวมผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรีกษาสูติแพทย์ กุมารแพทย์ด้วยเรื่องแนวทางการรักษา วิเคราะห์ตามกรอบแผนสุขภาพครอบครัว และปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลห้องคลอด ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ผลการศึกษานี้พบว่าขณะนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการคลอด ผู้คลอดมีภาวะ Non Reassuring Fetal heartrate สูติแพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดทันที หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอนโรงพยาบาลสังเกตอาการ 3 วันจำหน่ายกลับบ้าน ในขณะที่คลอดทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน (Birth asphyxia) ต้องได้รับการช่วยเหลือทารกในภาวะวิกฤต และส่งต่อไปยังตึกทารกแรกเกิดป่วย ได้รับการรักษา โดยการเจาะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สารน้ำ ให้ยาฆ่าเชื้อ มีภาวะ Hypovolumic shock , Hypothermia, Anemia, pneumomediastinum Rt นอนโรงพยาบาล 7 วัน จำหน่ายมารดา รับทารกกลับบ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด , การพยาบาลทารกแรกเกิดพร่องออกซิเจน

Abstract

This case study aimed to study the guidelines for caring for premature births and the development of a transfer system for newborns with oxygen deficiency. Premature birth is a major factor causing infants with disabilities and an increased mortality rate in newborns. The study selected premature births and collected data by interviewing the mothers, collecting medical records, analyzing the case collection with a multidisciplinary team, consulting with obstetricians and pediatricians about treatment guidelines, analyzing according to the Gordon Health Plan framework, and performing nursing operations using nursing processes and delivery room nursing standards, along with Orem's self-care theory.

The results of this study found that while hospitalized to prevent labor, the mother had Non Reassuring Fetal heartrate. The obstetrician considered immediate Cesarean section. After delivery, there were no complications. The mother was hospitalized for observation for 3 days and discharged home. During delivery, the infant had oxygen deficiency (Birth asphyxia), required critical care, and was transferred to the neonatal ward. The mother received treatment by sending the infant for laboratory examination, giving fluids, and antibiotics. She had Hypovolumic shock, Hypothermia, Anemia, and Pneuriomediastinum. The mother was hospitalized for 7 days and discharged the infant home.

Keywords: Nursing care for premature labor, Nursing care for newborns with oxygen deficiency

¹ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor pain) คือ มีมดลูกหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนถึงอายุครรภ์ 36⁺6 สัปดาห์ จากการทบทวนเอกสารและ งานวิจัย ที่ผ่านมามีพบว่า ภาวะคลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบ ต่อทารกในครรภ์ค่อนข้างมาก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพระยะยาว โดยเกิดได้หลายปัจจัยด้านเช่นอายุ น้ำหนักตัว ประวัติสูติเวชกรรม สภาพเศรษฐกิจและความเครียด การใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สภาพการทำงานและการรับประทานยาบางชนิด ผู้คลอดมีโรคประจำตัว มีการติดเชื้อ มีเพศสัมพันธ์รวมถึงการไม่ไปฝากครรภ์ ปัจจุบัน ร้อยละ 50 ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด¹

สำหรับในประเทศไทยมีรายงานการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณพ.ศ.2564 เท่ากับร้อยละ 12.5 การคลอดก่อนกำหนด เพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ความเสี่ยงที่สูงขึ้นแปรผกผันกับ อายุครรภ์²

จากข้อมูลรายงานการคลอด โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาในปีงบประมาณ 2567 จากผู้คลอด ทั้งหมด 1,028 ราย มีมารดาคลอดก่อนกำหนด 82 ราย มีทารก เกิดภาวะพร่องออกซิเจน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.73 จากการคลอด ก่อนกำหนดที่มีแนวโน้มเพิ่ม มากขึ้น ส่งผลกระทบบางรายต่อตัวผู้คลอด ทารกแรกเกิดและโรงพยาบาล เนื่องจาก การรักษาระยะนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษา ที่สูงขึ้น สูญเสียเวลาในการประกอบอาชีพ และความเชื่อมั่นของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลดังนั้นทีมการพยาบาล ควรตระหนักถึงความสำคัญ มีแนวทางการป้องกันการคลอด ก่อนกำหนดและเพิ่มสมรรถนะในการเตรียม กู้ชีพทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องออกซิเจน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาโดยศึกษาในหญิงไทยอายุ 18 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนาตำบลบ้านเก่า อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา เข้ารับการรักษา วันที่ 11 เมษายน 2567 เวลา 16.00 น. ด้วยอาการรับส่งต่อจากรพ.ช ด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ครรภ์แรก อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 2 วัน น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 34 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 15.11 กิโลกรัม/ตารางเมตร

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

ได้ทำการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงสิทธิที่อาสาสมัครสามารถเข้าร่วมศึกษา หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่อาสาสมัคร การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct 30% DCIP negative MCV 85.1 fL MCH 27.9 pg PV cervix dilate 1 cm eff 80% MI station 0 TAS SVF positive fetal heart vertex placenta anterior no placenta previa DVP 3 cm ได้รับ dexamethasone 6 mg m, Ampicillin 2 gm v , Adalat(5) 4 tap po q 15 min x 4 dose EFM contraction q 4 min moderate early deceleration FHR 150-160/min Hct 31% ขอส่งต่อมารพ.เทพรัตน์นครราชสีมา เนื่องจากเกินศักยภาพในการรักษา แกร็บที่ห้องคลอดเวลา 16.00

น. วัดสัญญาณชีพแรกเริ่ม BT 36.6 c PR 86 /min RR 20 /min BP 100/60 mmHg SpO₂ 100 % FHS 136 /min EFW 2,500 gm. PV cervix dilate 1 cm eff 100% MI station 0 interval 2'10" duration 45" moderate intensity FHS 136/min PS 5 คะแนน EFM cate II non reassuring FHR สูติแพทย์ พิจารณาผ่าตัด คลอดทันที ให้ Retained foley's catheter ให้ RLS 1000 ml v 120 ml/hr on oxygen mask c bag 10 LPM ให้ losec 40 mg v ให้ plasil 10 mg v ก่อนไปห้องผ่าตัด แจ้งแผนการรักษา เหตุผลการผ่าตัดให้ผู้คลอด สามีและญาติ ทราบ เตรียมผ่าตัดตามแนวทาง จอเลือดชนิด PRC 1 ยูนิต เตรียมความพร้อมในการช่วยรับเด็กทารกแรกเกิด เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ประสานงาน ทีมวิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัด กุมารแพทย์ ขณะผ่าตัดคลอดพบ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placenta) Blood loss 700 ml คลอด

เวลา 16.54 น. ทารกเพศชาย น้ำหนักทารก 1,780 กรัม ทารกแรกเกิดร้องเสียงเบา ตัวเขียว ให้การดูแลตามขั้นตอนการดูแลทารกแรกเกิดเบื้องต้น (initial step) HR>100/min ให้ออกซิเจนแรงดันบวก (PPV 1 cycle) ทารกตัวแดง ร้องเสียงดัง กุมารแพทย์ ประเมินทารก Apgar score นาทีที่ 1 นาทีที่ 5 และ นาทีที่ 10 เท่ากับ 7, 9, 10 คะแนน ตามลำดับ พิจารณาย้ายแผนกทารกแรกเกิดป่วย ดูแลตามแนวทางทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน (birth asphyxia)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

จากการประเมินอาการและอาการแสดงการ ชักประวัติ การตรวจร่างกายในแต่ละระยะของผู้คลอด สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะรอคลอด 1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เป้าหมาย: ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นปอดเด็กทารกในครรภ์ครบ 4 เข็ม	1. ให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียง ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม งดกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บครรภ์ 2. แนะนำการปฏิบัติตัวการหายใจด้วยวิธีเป่าเทียน คือ การหายใจแบบตื้น เร็ว เบา 3. ประเมินการเปิดของปากมดลูกเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ มากขึ้นหรือปวดเบ่ง 4. จัดให้นอนในท่าสบาย 5. ให้ Dexamethasone 6 mg เพื่อสร้างสาร surfactant กระตุ้นการทำงานของสภาพปอดทารก 6. ให้ยาฆ่าเชื้อชนิด ampicillin 2 gm. IV ประเมินผล: หลังให้การพยาบาลผู้คลอดยังมีอาการเจ็บครรภ์ยังมี ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป้าหมาย: อาการเจ็บครรภ์คลอลดลง	1. สอบถามและประเมินอาการเจ็บครรภ์ 2. ประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง 3. ลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บครรภ์ 4. ให้ Adalat(10mg) 1 tab PO ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากยา ประเมินผล: หลังให้การพยาบาลผู้คลอดยังมีอาการเจ็บครรภ์ Interval 2'10" Duration 45" moderate intensity
3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด เป้าหมาย: ผู้คลอดสีหน้าคลายกังวล นอนหลับพักผ่อนได้	1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด 2. แจ้งเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลและหัตถการที่จะได้รับ 3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติมีส่วนร่วมในวางแผนการรักษา 4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5.ให้กำลังใจในการรอโรงพยาบาล เพื่อรักษาอาการ ประเมินผล: หลังให้การพยาบาลผู้คลอดสีหน้าคลายกังวล ลดเล็กน้อย ให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรม ไม่มีข้อสงสัย ชักถามเพิ่มเติม
4. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือด จากภาวะซีด เป้าหมาย: ไม่มีภาวะตกเลือด	1.สอบถามประวัติโรคเลือดจางก่อนตั้งครรภ์ 2.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(CBC) 3.T/M PRC 1 unit 4.วางแผนการคลอดและเฝ้าระวังตกเลือดหลังคลอด 5.ใส่ผ้าอนามัยประเมินbleeding per vaginal 6.เตรียมให้ยา oxytocin 10 unit add iv drip 120 ml/Hr 7.เตรียมให้ยา methergin 0.2 mg v 8.วางแผนการให้ยาทางเลือก (Duratocin) เพื่อป้องกัน การตกเลือด ประเมินผล: ขณะรอผ่าตัดไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือดก่อนคลอด
5. ทารกในครรภ์เสี่ยงภาวะfetal distress เป้าหมาย: ไม่เกิดภาวะfetal distress ทารกคลอดApgar 9,10,10	1.ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายไว้ป้องกันการกดทับเส้นเลือดดำที่ไปเลี้ยงทารก 2.ให้ออกซิเจนชนิดMask c bag 10 LPM 3.NST ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 4.Monitor fetal heart sound 5.แนะนำผู้คลอดสังเกตและนับลูกดิ้น 6.ให้สารน้ำชนิดLRS 1,000 ml v drip 120 ml/Hr ประเมินผล: ผลประเมินสุขภาพทารกในครรภ์พบ NST Non reassuring FHR
ระยะคลอด 6. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับ ยาระงับความรู้สึก เป้าหมาย: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยา ระงับความรู้สึก	1.เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมใช้บริเวณหัวเตียง ผู้คลอด 2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินความยากง่ายใน การใส่ท่อช่วยหายใจ 3.ติดเครื่อง monitor สัญญาณชีพและวัดระดับออกซิเจน ในเลือดตลอดการผ่าตัด 4.ดูแลระดับอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ 5.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 6.เมื่อตื่นตัว กระตุ้นให้เกิดการไออย่างมีประสิทธิภาพ ไอ ขับเสมหะหรือช่วยดูดเสมหะเพื่อ ลดการคั่งค้างของเสมหะ ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ 7.ดูแลระบบไหลเวียน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 8.ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน จากผลของยาระงับ ความรู้สึก ประเมินผล: ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึก สังเกตอาการหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง สามารถย้ายแผนก หลังคลอดได้
7. ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะ แทรกซ้อน จากมารดาได้รับยาระงับ ความรู้สึก เป้าหมาย: ทารกในครรภ์ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจาก มารดาได้รับยาระงับ ความรู้สึก	1.เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมใช้บริเวณ Radaint warmer 2.ประเมินระดับความรู้สึกตัว และประเมินความยากง่าย ในการใส่ท่อช่วยหายใจ 3.ติดเครื่อง monitor สัญญาณชีพและวัดระดับออกซิเจน ในเลือดตลอดการผ่าตัด 4.ดูแลระดับอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ 5.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 6.ดูแลระบบไหลเวียน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม แผนการรักษา 7.ประเมิน FHS ก่อนการผ่าตัด 8.ประสานกุมารแพทย์เพื่อช่วยรับทารกแรกเกิด 9.เตรียม Transport incubator ในการเคลื่อนย้ายทารก ประเมินผล: ทารกแรกเกิดมี Birth asphyxia Apgar score 7,9,10 ย้ายแผนกทารกแรกเกิดป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะหลังคลอด 8.ปวดแผลผ่าตัดระดับรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดได้รับบาดเจ็บ เป้าหมาย: อาการปวดทุเลาลง	1.ประเมินระดับความปวดของแผลผ่าตัดและดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 3.จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler position) เพื่อให้กล้ามเนื้อท้องหย่อนตัว 4.กระตุ้นการหายใจแบบผ่นคลาย (deep breathing exercise) 5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน ประเมินผล: อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง จาก PS 7 คะแนน เป็น 3 คะแนน
9. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เป้าหมาย: ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด	1.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) 2.T/M PRC 1 unit 3.วางแผนการคลอดและเฝ้าระวังตกเลือดหลังคลอด 4.ใส่ผ้าอนามัยประเมิน bleeding per vaginal 5.สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ซึมออกจากแผล 6.ประเมินการหดตัวของมดลูก 7.เตรียมให้ยา oxytocin 10 unit add iv drip 120 ml/Hr 8.เตรียมให้ยา methergine 0.2 mg v 9.วางแผนการให้ยาทางเลือก(Duracocin) เพื่อป้องกัน การตกเลือด 10.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ประเมินผล: หญิงหลังคลอด ไม่มีภาวะตกเลือด Total blood loss 700 ml
10. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด เป้าหมาย: ไม่มีภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	ระยะก่อนคลอด 1.หลีกเลี่ยงการกำจัดขนบริเวณผ่าตัด 2.ทำความสะอาดร่างกาย ฟอกผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วย 4% CHD 3.ให้อาบน้ำฟอกร่างกายให้สะอาด ฟอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 4.ตัดเล็บมือเท้าให้สั้น 5.ดูแลให้cefazolin ตามแผนการรักษา ขณะผ่าตัด 1.ทีมการพยาบาลห้องผ่าตัดฟอกมือโดยใช้น้ำและสบู่ผสมยาฆ่าเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือก่อนสวมถุงมือปราศจากเชื้อตามแนวปฏิบัติ 2.วัดค่าระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ต้องไม่ต่ำกว่า 85% 3.ให้ความอบอุ่นร่างกายขณะผ่าตัด ระยะหลังคลอด 1.สังเกตปริมาณเลือดที่ซึมติดแผลปิดแผล 2.สังเกตลักษณะผิดปกติของแผลเช่น บวม แดง ร้อน 3.ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 4.วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการไข้ ประเมินผล: ผู้คลอดไม่มีแผลผ่าตัดติดเชื้อ
11. ทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องออกซิเจน เป้าหมาย : ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะพร่องออกซิเจน	1.เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้บนเครื่องให้ความอบอุ่น 2.รายงานกุมารแพทย์รับทารกแรกเกิด 3.ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดเบื้องต้น (Initial step) เช็ดตัวให้แห้ง ดูดนมเหะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เปลี่ยนผ้าเปียกชื้น 4.ให้ออกซิเจนแรงดันบวก PPV 1 cycle 5.ประเมินฟัง HR มากกว่า 100 /min

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6.ประเมินapgar score นาที่ที่1 , 5 , 10 7.เตรียม Transport incubator เคลื่อนย้ายทารกแรกเกิด ไปแผนกทารกแรกเกิดป่วย ประเมินผล: ทารกมีภาวะ moderate birth asphyxia on nasal CPAP ย้าย SNB
12. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะ อุณหภูมิร่างกายต่ำ เป้าหมาย: BT> 36.5 c ไม่มีอาการแสดงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	1.ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่น (Redant warmer) 2.เช็ดตัวให้แห้งและเปลี่ยนผ้าเปียกขึ้น 3.สวมหมวกไว้เพื่อลดการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย 4.ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 5.ห่อตัวผ้าสะอาด ให้ความอบอุ่นร่างกายทารกไว้ 6.ประเมินระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ต้องมากกว่า 95% ประเมินผล: ทารกแรกเกิดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) BT 36.3 c
13. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป้าหมาย: ทารกไม่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด 2.เจาะประเมินระดับน้ำตาลในเลือดDTX 3.NPO ให้infant formula po via OG tube 4.ให้สารน้ำชนิด 10%DW 500 v drip ตามแผนการรักษา 5.เจาะส่งตรวจBS ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 6.ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4ชั่วโมง ประเมินผล: ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
14. มารดามีความกังวลในการดูแลทารก เมื่อกลับบ้าน เป้าหมาย: สามารถดูแลทารกได้	1.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลักD-M-E-T-H-O-D ดังนี้ D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M = Medicine แนะนำเรื่องการใช้ที่ได้อย่างละเอียด E = Enviroment แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน ให้สะอาดเรียบร้อย T = Treatment เปิดโอกาสให้ได้รับการปรึกษา แพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา H = Health แนะนำการเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดคลอด และทารกแรกเกิดน้ำหนักปริมาณการได้รับ นมแม่ต่อวัน และการดูนมแบบมีประสิทธิภาพ O = Out patient การมาตรวจตามนัด หรือมาก่อนนัด เมื่อมีอาการผิดปกติ D = Diet แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งเสริม การหายของแผลอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่น ไข่ ปลา เนื้อสัตว์ และอาหารที่กระตุ้นการสร้างน้ำนมเช่น แกงเลียง หัวปลี น้ำขิง เป็นต้น 2.เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติสอบถามข้อสงสัย 3.ให้เอกสารคำแนะนำและช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่ ในการสอบถามอาการ ประเมินผล: หญิงหลังคลอดรับทราบเข้าใจเรื่องคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การป้องกันแผลแยกติดเชื้อ อาหารส่งเสริม การหายของแผลและอาหารเสริมสร้างน้ำนม ไม่มีข้อสงสัย ชักถามเพิ่มเติม กลับบ้านพร้อมญาติและเดินทางมารับบุตร ใน 7 วันให้หลัง

สรุปและอภิปรายผล

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมการพยาบาลทุกระดับในจุดบริการ แร่รับจนถึงเจ้าหน้าที่ในชุมชน จากการทบทวนกรณีศึกษาพบว่าผู้คลอดราย

นี้ มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดจากหลายปัจจัยคือการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นหนักขึ้นน้อย ตลอดการตั้งครรภ์และมีภาวะซีด จากการรับประทานยาบำรุงครรภ์ไม่สม่ำเสมอ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อย BMI>18.22 จึงอาจเป็นผลให้เกิดการคลอดทารกแรก

เกิดครรภ์ก่อนกำหนด และในขณะคลอด มารดา ยังเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเป็นผลให้เกิด ทารกมีภาวะBirth asphyxia ตามมา ซึ่งปัจจัยที่กล่าว ข้างต้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการคลอดก่อนกำหนด เท่านั้น

ดังนั้นทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพต้อง ร่วมมือกันในการป้องกันพัฒนา แนวทางการรักษา ยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ให้การตั้งครรภ์ยังคงดำเนิน ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด นอกจากให้ความรู้ภายในแผนกฝากครรภ์ การป้องกันในโรงพยาบาลแล้วนั้น ควรมี การให้ ความรู้ไปถึงโรงเรียนและแหล่งชุมชน เพื่อให้ชุมชนมี ส่วนช่วยในการดูแล บุตรหลาน วัยรุ่นให้รู้จักการ คุมกำเนิด การป้องกันการติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมการตั้งครรภ์เมื่อพร้อม และให้ความรู้ในการ ดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ รับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ เกิดการคลอดก่อน กำหนดช่องทาง ขอคำปรึกษา แนะนำ จากหน่วยงานบุคลากรทางการแพทย์

2. หน่วยงานโรงพยาบาลนั้น ควรมีการจัด อบรมพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นประจำ สม่ำเสมอ นำแนวปฏิบัติ นวัตกรรม งานวิจัยมา พัฒนาเพื่อปรับใช้ในการดูแลทารกแรกเกิด STABLE Program เป็นอีกกระบวนการ การการดูแลทารกแรกเกิด ที่ช่วยในป้องกัน ค้นหาปัจจัยการเกิดภาวะวิกฤตหรือ ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก นำมาซึ่งความเจ็บป่วย และ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ค่าใช้จ่าย ในการ เดินทางติดตามอาการของญาติ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบและการรักษาเป็นระยะ เวลานาน อาจเกิดความเชื่อมั่น ต่อโรงพยาบาลลดลง รวมถึงเสียบุคลากรใน การทำงานหากต้องมีการส่ง ต่อผู้ป่วย

3. โรงพยาบาลควรมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ ทันสมัย เพียงพอและพร้อมใช้งานตลอดเวลา เจ้าหน้าที่และบุคลากรในหน่วยงานเครือข่าย เดียวกัน เช่น งานห้องคลอด งานสูติรีเวชกรรม หน่วยงานทารกแรกเกิดป่วย มีความรู้ ในการใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เท่าเทียมกัน เพื่อให้ เกิดการพยาบาล ได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สหมิตร พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2561.
2. ราชวิทยาลัยสูติรีเวชแห่งประเทศไทย. การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อน กำหนด. แนวทางเวชปฏิบัติ ของราชวิทยาลัยสูติรีเวชแห่งประเทศไทย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2568]: 1-28. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rtcog.or.th/files/>
3. บุศรินทร์เขียนมัน, เยาวเรศ ก้านมะลิ, วรณวิมล ทุมมี. การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึง เมื่อ 28 มกราคม 2568]; 15(3): 286-300. เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tcithaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/259382/178286>
4. ประชา นันทน์ถนิมตร. การให้ออกซิเจนในทารกแรกเกิดและเป้าหมายระดับความอิ่มตัวออกซิเจนจากซีฟจร. กรุงเทพฯ: อินเทอร์เน็ต รัชพัพลาย; 2565.
5. ประตินพ น้อยนาค. การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อย ร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก. โรงพยาบาล สิงห์บุรีเวช สาร. 2563; 29(1): 1-14.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบุงคำ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์
Developing a model for preventing the effects of SMART PHONE use in early childhood.
Ban Na Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Bung Kha Subdistrict,
Loengnoktha District, Yasothon Province.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ครรชิต จักรสาร¹
Kanchit Jaksarn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัยและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก จังหวัดสุรินทร์ 2) พัฒนาแบบแผนการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย และ 3) ประเมินผลการดำเนินงานตามแบบแผนการป้องกัน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีเด็กปฐมวัย(เด็กอายุ 2 – 5 ปี) คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 37 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1. เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับของพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ส่วนที่ 2. เป็นแนวคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่ม ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทดสอบโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาร์ช ได้ค่าความเชื่อมั่น (Confidence Level :cl) 0.83 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบโครงสร้าง (Structured Interview) และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group- discussion) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลด้านความรู้ พฤติกรรมและทัศนคติด้วยสถิติทดสอบ t-test

ผลการศึกษา พบว่าการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย ผู้ปกครองให้เด็กเล่นสมาร์ทโฟนร้อยละ 70.30 ในจำนวนนี้เล่น 2 ครั้ง/วัน ร้อยละ 61.50 ใช้เวลาเล่นน้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง ร้อยละ 50.00 เหตุผลสำคัญที่让孩子เล่นสมาร์ทโฟนเพื่อให้เด็กเก่ง ฉลาด, เด็กอยู่นิ่งและไม่ร้องไห้ งบคิดเป็นร้อยละ 50.00, 42.30 และ 7.70 ตามลำดับ และในบริบทของครอบครัวแนวทาง "กิน กอด เล่น" มีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก ในขณะที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเน้น "กิน อ่าน เล่น" เป็นหลัก แบบแผนการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้น พบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบการใช้สมาร์ทโฟนกับเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้นจากค่าเฉลี่ยก่อนการวิจัย 7.70 เป็น 14.92 ทัศนคติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.81 เป็นร้อยละ 97.30 และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.62 เป็นร้อยละ 98.97

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย, สมาร์ทโฟน

Abstract

This action research aimed to 1) study the situation of smartphone usage in early childhood and promote child development in the context of Ban Nakok Subdistrict Health Promotion Hospital, Yasothon Province, 2) develop a model to prevent the impact of smartphone usage in early childhood, and 3) evaluate the implementation of the prevention model. The sample group was selected from parents or guardians of early childhood children (children aged 2-5 years) by purposive selection, totaling 37 people. The research instruments consisted of 2 parts: Part 1 is an interview form for parents and guardians of early childhood children. Part 2 is an open-ended question for group discussion. The reliability of the test instrument was tested by Conbarsch's alpha coefficient, with a confidence level of 0.83. Data were collected by structured interviews and recorded from focus group discussions. Personal data were analyzed using frequency distribution statistics, percentages, means, standard deviations, and data on knowledge, behavior, and attitudes were compared using the t-test.

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบุงคำ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

The results of the study found that smartphone usage in early childhood children Parents let their children play with smartphones 70.30 percent of them, 61.50 percent played 2 times/day, and spent less than 30 minutes/time 50.00 percent. The main reasons for letting children play with smartphones were to make children smart, be still and not cry or fuss, accounting for 50.00, 42.30 and 7.70 percent, respectively. In the family context, the "Eat, Hug, Play" approach is important for children's development, while the child development center focuses on "Eat, Read, Play" as the main principle. The developed model for preventing the impact of smartphone use on young children found that Parents and guardians had more knowledge about the impact of smartphone use on young children than before the research, from an average of 7.70 to 14.92, attitudes increased from 69.81 percent to 97.30 percent, and child-rearing behaviors Increased from 82.62 percent to 98.97 percent.

Keywords: Early childhood children, Parents or guardians of early childhood children, Smartphones

บทนำ

เด็กปฐมวัย(อายุต่ำกว่า 6 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาของระบบประสาทและสมองมากที่สุด ส่งผลให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และสติปัญญาอย่างก้าวกระโดด เด็กวัยนี้มีการพัฒนาความสามารถ หรือลักษณะเฉพาะของตนเองอย่างเด่นชัดเกิดการเรียนรู้มากมายจากสิ่งแวดล้อม¹ เช่น การเลียนแบบบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ การใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การสำรวจ ค้นคว้า และจินตนาการ เด็กวัยนี้จึงมีความตื่นตัวต่อการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวตลอดเวลา และพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กแปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม ตลอดระยะเวลาที่มีการเจริญเติบโตตามช่วงวัยต่าง ๆ

ปัจจุบันเด็กเล็กเติบโตพร้อมกับสื่อหน้าจอที่หลากหลาย ทั้งโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ เครื่องเล่นวิดีโอเกม สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาเด็กใช้สื่อเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสื่ออิเล็กทรอนิกส์เหล่านี้เข้ามามีส่วนในการดำเนินชีวิตเด็กปฐมวัย โดยสัมพันธ์กับการใช้งานของผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัว ด้วยวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย เช่น การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็กในระหว่างที่ผู้ปกครองทำงานบ้านหรือทำธุระ ช่วยปลอบเด็กให้สงบเมื่อเด็กร้องกวน ช่วยกล่อมให้เด็กหลับ¹ ผู้ปกครองบางคนใช้เป็นของเล่นเบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก

ไม่ห้ามารบกวนผู้ปกครอง ทำให้เด็กมีชีวิตรอยู่กับหน้าจอสมาร์ทโฟนทั้งการดูการ์ตูน การเล่นเกม ดูคลิปวิดีโอหรือสิ่งเร้าอื่น ๆ เป็นเวลานาน เสี่ยงร้องไห้งอแงก็จะเจียบลงได้ทันที เพราะเด็กหันไปจดจ่อกับสิ่งที่อยู่บนหน้าจอแทนโดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่จะตามมา ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ และมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก²

จากสถิติองค์การอนามัยโลก ปี 2561 พบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคม และการปรับตัว³ และสถานการณ์เด็กปฐมวัยในประเทศไทยจากการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วัดแนวโน้มพัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทย พบว่า เด็กไทย 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 มีพัฒนาการไม่สมวัย โดยพัฒนาการเด็กไม่สมวัยที่พบมากที่สุดคือพัฒนาการด้านการใช้ภาษา Expressive Language (EL) อยู่ที่ระดับร้อยละ 75.2 พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา Receptive Language (RL) ร้อยละ 60.1 และ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา Fine Motor (FM) ร้อยละ 47 ซึ่งคาดการณ์ว่าตัวเลขพัฒนาการด้านการใช้มือหรือกล้ามเนื้อมัดเล็ก ซึ่งเชื่อมโยงกับการเรียนรู้จะยิ่งแย่งลงเรื่อย ๆ ในเด็กปฐมวัยของไทย เพราะจากการ

ทดสอบมีนิ้วที่แข็งแรงเหลืออยู่เพียงนิ้วเดียวคือนิ้วชี้ที่เด็กใช้ในการเลื่อนหน้าจอสมาร์ทโฟน⁴

จากการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2565 (ไตรมาส 4) พบว่า ครัวเรือนที่มีโทรศัพท์มือถือร้อยละ 97.00 โดยที่ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ประมาณ 65.6 ล้านคน ใช้โทรศัพท์มือถือ 62.5 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 95.30 ซึ่งจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 20.5, ประถมศึกษา ร้อยละ 21.00, มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.10, มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 18.80, อุดมศึกษา ร้อยละ 20.90 และอื่น ๆ ร้อยละ 0.7⁵ จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า เด็กปฐมวัยมีส่วนที่สูงมากในการใช้โทรศัพท์มือถือ และจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อหน้าจออิเล็กทรอนิกส์ในเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กใช้เวลาอยู่กับสื่อเฉลี่ย มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน โดยเด็กไทยเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ดูโทรทัศน์ ใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ต ตอนอายุประมาณ 6-7 เดือน⁶ ซึ่งผลกระทบต่อเด็กที่เล่นโทรศัพท์มือถือแท็บเล็ตและวิดีโอเกมเกินวันละ 7 ชั่วโมง จะมีภาวะเปลือกสมองบางลงก่อนวัยอันควร ทำให้เด็กเสี่ยงต่อการมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ⁷ เด็กเล็กเป็นโรคไฮเปอร์เทียมมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการเลี้ยงดูด้วยการปล่อยให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี เล่นแท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟน ความเร็วของภาพในเกมที่เปลี่ยนทุก 3 วินาที จะส่งผลโดยตรงต่อสมองคุณสมิธิไม่ได้ ทำให้ทักษะการอ่าน การเขียน การพูดของเด็กลดลง อารมณ์ร้อน รอคอยไม่เป็น มีปัญหาการอยู่ร่วมกับเด็กวัยเดียวกันหรือคนอื่น ๆ และเด็กปฐมวัยส่วนหนึ่งที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์และภาษาไม่เหมาะสม มีภาวะสมาธิสั้น หรือภาวะความบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นผลจากการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป⁸

จากข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดยโสธร ในปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 และ 2566 ด้านพัฒนาการเด็ก พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 26.25, 23.72, 20.77 และ 20.87

ตามลำดับ ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นและติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน และพบเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 90.61, 89.94, 93.95 และ 91.80 ตามลำดับ และจากการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่งผลการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.85 และ สงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.50 และหลังได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA4I พบพัฒนาการที่ไม่สมวัยแยกรายด้าน (1 ต.ค. 66 – 26 ส.ค. 67) (n=42) ได้แก่ ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) 76.19, ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) 71.43, การช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social : PS) 54.76, ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (Fine Motor : FM) 52.38 และด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor : GM) 21.43 ตามลำดับ⁹

จากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนในยุคดิจิทัล ครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มักจะปล่อยให้เด็กอยู่กับสมาร์ทโฟนเพื่อให้เด็กสงบนิ่ง หยุดร้องไห้ และเพื่อจะได้มีเวลาทำงานอย่างอื่น ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กอย่างเลี่ยงไม่ได้ เช่น เลียนแบบภาษาที่ไม่เหมาะสม ก้าวร้าว มีการต่อต้าน หงุดหงิดเมื่อไม่ได้ใช้สมาร์ทโฟน และส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กในด้านต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน จากประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบึงคำ อำเภอลำดวน จังหวัดยโสธร ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 พบว่า มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.31, 30.87 และ 26.48 ตามลำดับ ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นและติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน และพบเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 3.13, 3.48 และ 3.16 ตามลำดับ¹⁰ จากข้อมูลจะพบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเมื่อได้รับ

การกระตุ้นแล้วจะมีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ถึงแม้ว่าเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยจะประกอบด้วยปัจจัยหลายสาเหตุ แต่สมาร์ทโฟนเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก

ปรากฏการณ์ใหม่ของสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตถูกใช้เป็นเครื่องมือในการเลี้ยงเด็กเล็ก ส่งผลให้เกิดปัญหาที่ตามมาคือ เด็กมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และภาษาอย่างไม่เหมาะสม เด็กเล็กจำนวนมากเผชิญกับภาวะสมาธิสั้น (ซัวคราว) หรือภาวะความบกพร่องทางการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากเกินไปในวัยเด็ก ดังนั้น การป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการป้องกัน ร่วมกับประยุกต์แนวทางและวิธีการอื่น ๆ ควบคู่กับการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดที่นอกเหนือจากการให้ความรู้ การอธิบายเชิงเหตุและผลหรือการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และผลกระทบเชิงลบของการใช้สมาร์ทโฟน เพื่อใช้เป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบุงคำ อำเภอลำลูกกา จังหวัดยโสธร

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย

3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการ ศึกษาข้อมูลสภาพปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาเด็กติดสมาร์ทโฟนในบริบทของพื้นที่ และเพื่อเตรียมทีม เตรียมพื้นที่ในการดำเนินงาน

- 1) จัดประชุมคณะทำงานและภาคีเครือข่าย จำนวน 23 คน คัดเลือกโดยความสมัครใจ ประกอบด้วย อสม., ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก, ตัวแทนครูอนุบาลจากโรงเรียนในพื้นที่, ตัวแทนเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบุงคำ, บุคลากรผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เพื่อชี้แจงเป้าหมายในการดำเนินงาน และสะท้อนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบริบทของพื้นที่ในสถานการณ์ปัจจุบัน

- 2) จัดอบรม อสม. ในการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กและผู้เกี่ยวข้อง

- 3) สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถาม

- 4) ประชุมคณะทำงานและภาคีเครือข่าย เพื่อนำข้อมูลจากการสรุปและร่วมกันวิเคราะห์สะท้อนสภาพปัญหาและสาเหตุ ที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาเด็กติดสมาร์ทโฟนในบริบทของพื้นที่ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการออกแบบและพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 2 ดำเนินการออกแบบแนวทางการดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart⁽¹¹⁾ ดังนี้

1. การวางแผน(Planning;P) การประชุมคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ในการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย โดยได้ข้อสรุปร่วมกัน ดังนี้

- จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน และในการ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้กิจกรรมการอ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง

- พัฒนาศักยภาพ “อาสาสมัครนักอ่าน” ในด้านทักษะการใช้หนังสือนิทานเพื่อนำไปใช้ในกิจกรรม ทั้งในระดับครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน ซึ่งประกอบด้วย อสม. นักเรียน และครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 18 คน

- จัดหาหนังสือนิทานสำหรับเด็กเพื่อให้กับทุกครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัย และสำหรับใช้ในกิจกรรมโดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายฮักอ่าน จังหวัดยโสธร

2. การปฏิบัติ (Action;A) ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด

2.1 ระดับครอบครัว สร้างกฎกติกาการใช้สมาร์ทโฟนในบ้านโดยการยอมรับของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ลด หลีกเลียง การให้สมาร์ทโฟนกับเด็ก ถ้าหลีกเลียงไม่ได้ให้จำกัดเวลาในการใช้ และอ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละครอบครัว

2.2 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กด้วย “กิน กอด เล่น เล่า และนอน” ⁽¹²⁾ เพื่อให้เด็กห่างไกลจากการใช้สมาร์ทโฟน⁽⁷⁾ ดังนี้ (1) การรับประทานอาหารเช้า เด็กปฐมวัยต้องได้รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ วันละ 3 มื้อ และดื่มนมเป็นอาหารเสริม ให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพตามที่ร่างกายต้องการในแต่ละมื้อแต่ละวัน⁽¹³⁾ และมีการเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีขณะรับประทานอาหารเช้าให้เด็กมีส่วนร่วมในการประกอบอาหาร รู้จักการช่วยเหลือตนเอง และสร้างสุขนิสัยการรับประทานอาหารเช้าให้ถูกต้อง ทำให้เด็กมีความสุข อิ่มท้องและอบอุ่นใจ เสริมสร้างความรักความผูกพันภายในครอบครัว (2) การกอดและสัมผัส การกอดและการสัมผัสถือเป็นรากฐานสำคัญในการกอดและการสัมผัส ดำรงชีวิตตั้งแต่แรกเกิด ที่สามารถแสดงออกถึงความรัก การเรียนรู้ รวมถึงการสื่อสารต่าง ๆ โดยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สร้าง

สายใยของความผูกพันและความอบอุ่น ส่งผลดีต่อพัฒนาการทางสมองและการเรียนรู้พื้นฐานสำหรับเด็กปฐมวัย ความรัก การกอดและสัมผัสเด็ก ย่อมส่งผลดีต่อความร่วมมือของเด็ก ทำให้เด็กได้เรียนรู้และเข้าใจว่าเมื่อมีปัญหาเด็กจะมีคนเข้าใจและไม่ได้อยู่เพียงลำพัง จึงไม่ต้องอาศัยสมาร์โฟนเป็นเครื่องชดเชย (3) การเล่น เริ่มตั้งแต่วัยแรกเกิดจากการมอง การสัมผัส การใช้เสียง การใช้ท่าทางเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย และมีความรู้สึกมั่นใจที่จะสามารถก้าวไปสู่โลกกว้างได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องมีบทบาทในการเล่นร่วมกับเด็ก และคอยให้กำลังใจ จะช่วยให้เด็กรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย ซึ่งผู้ดูแลสามารถสอดแทรกการสั่งสอนเด็กผ่านการเล่นได้ ส่งผลให้เด็กรู้สึกเป็นที่รัก มีคุณค่า รู้สึกปลอดภัย และก้าวสู่โลกกว้างได้อย่างมั่นใจ (4) การเล่าเรื่อง พัฒนาการด้านภาษาของเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่ง การเล่านิทานหรือการอ่านหนังสือให้เด็กฟัง จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา เสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์และพัฒนาจิตใจของเด็กได้ เด็กปฐมวัยมีความสามารถจดจำเลียนแบบและ สามารถพูดถึงเรื่องราวต่าง ๆ นั้นได้ ดังนั้น การให้เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับสมาร์ทโฟนจะขัดขวางพัฒนาการด้านการพูดและการฟัง ส่งผลให้เด็กเป็นคนสมาธิสั้นได้ (5) การนอนหลับพักผ่อน การนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับเด็กปฐมวัย การนอนหลับที่เพียงพอและเหมาะสมมีผลต่อการหลั่ง Growth Hormone ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย และช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันคงอยู่ในสภาพที่ดี เด็กที่ได้รับการนอนกลางวันจะมีพัฒนาการเรียนรู้ จดจำได้มากกว่าเด็กที่ไม่ได้นอนกลางวันถึงร้อยละ 10 ⁽¹⁴⁾ สำหรับเด็กที่เล่นสมาร์โฟน แสงสว่างจากจอ จะขัดขวางการหลั่งฮอร์โมนเมลาโทนินที่ช่วยให้หลับ ทำให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพ และส่งผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมที่แสดงออกได้ ส่งเสริมกิจกรรม “อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง” เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

2.3 ระดับชุมชนจัดกิจกรรม “อ่านหนังสือให้เด็กฟัง” โดยอาสาสมัครนักอ่าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สถานที่ใช้ที่บ้านของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก โดยการให้ผู้ปกครองนำเด็ก ๆ มาร่วมกัน

3. การสังเกต (Observation;O) เป็นการกำกับติดตามการดำเนินงานด้วยการออกเยี่ยมติดตามในชุมชน การสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Post test) รวบรวมและวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflecting;R) เป็นการสรุปผล ค้นข้อมูล และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานตามแผนให้แก่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับฟังข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสังเคราะห์รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล

- 1) รูปแบบการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย ในบริบทของพื้นที่
- 2) ประเมินผลการดำเนินงาน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาโดยมุ่งเน้น ศึกษาการพัฒนากระบวนการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยศึกษาในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบุงคำ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ขอบเขตด้านประชากร คือ พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีเด็กปฐมวัย(เด็กอายุ 2-5 ปี)อยู่ในความดูแล และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก จำนวน 307 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีเด็กปฐมวัยที่มีอายุระหว่าง 2-5 ปี โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 37 คน เป็นไปตามหลักเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

และขอบเขตด้านระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน – กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีเด็กปฐมวัย(เด็กอายุ 2-5 ปี) อยู่ในความดูแลและอาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบุงคำ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 307 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (1) พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีเด็กปฐมวัยในความดูแลอายุระหว่าง 2-5 ปี โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งหมดเป็นไปตามหลักเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) สุดท้ายได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน (2) กลุ่มคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1. แบบสัมภาษณ์สำหรับของพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับผลของการใช้สมาร์ทโฟน ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก ถูก และผิด จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก ถูกและผิด จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทัศนคติการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มาตราวัดหรือสเกล การวัดระดับใช้แบบลิเคิร์ต (Likert scale) ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด มี

คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนตามลำดับ จำนวน 20 ข้อ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 2. เป็นแนวคำถามปลายเปิด สำหรับการสนทนากลุ่ม การป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัยในบริบทของพื้นที่

ชุดที่ 3. แบบประเมินความพึงพอใจหลังดำเนินการวิจัย สำหรับสัมภาษณ์พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย คณะทำงานและภาคีเครือข่าย การวัดระดับใช้แบบลิเคิร์ต (Likert scale) ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และพึงพอใจมากที่สุด มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) นำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ และมีประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC (Index of Congruence) อยู่ในช่วง 0.67–1.00 และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์และมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ มีการทดสอบเครื่องมือ(Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาจริง จำนวน 30 คน ในกลุ่มเสี่ยงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องเม็ก ตำบลบุงคำ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาร์ช ได้ค่าความเชื่อมั่น (Confidence Level:cl) 0.83 ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพหลักจำนวน 14 ข้อ เป็น

แบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมข้อมูลที่ตรงกับข้อเท็จจริงของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่(Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับผลของการใช้สมาร์ทโฟน ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom Bs⁽¹⁵⁾ ค่าคะแนน ต่ำกว่า 8 คะแนน มีความรู้ต่ำ(ต่ำกว่า 60%) ระหว่าง 9-11 คะแนน มีความรู้ปานกลาง(60-79%) ตั้งแต่ 12-15 คะแนน มีความรู้สูง($\geq 80\%$) ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom Bs⁽¹⁵⁾ ค่าคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน มีความรู้ต่ำ(ต่ำกว่า 60%) ระหว่าง 9-11 คะแนน มีความรู้ปานกลาง(60-79%) ตั้งแต่ 12-15 คะแนน มีความรู้สูง($\geq 80\%$) ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 4.1 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติการเล่นของเด็กปฐมวัย คำนวณคะแนนทัศนคติรายด้านและโดยรวมตามเกณฑ์ (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด)/อันตรภาคชั้น ค่าคะแนน ต่ำกว่า 60 % มีทัศนคติในระดับต่ำ ค่าคะแนน ระหว่าง 61-79 % มีทัศนคติในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 80% ขึ้นไป มีทัศนคติในระดับสูง 4.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัย การแปลผลพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom Bs⁽¹⁵⁾ โดยค่าคะแนน ต่ำกว่า 60 % มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับน้อย ค่าคะแนน ระหว่าง 61-79 % มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับปานกลาง ค่าคะแนน 80% ขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับมาก ชุดที่ 2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม การป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัยในบริบทของพื้นที่ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6777(29 มีนาคม 2567-29 มีนาคม 2568)

ผลการวิจัย

1. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบริบทของพื้นที่ จากการประชุมคณะทำงาน ภาคีเครือข่าย อสม. และผู้ปกครองเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสะท้อนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบริบทของพื้นที่ในสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าในระดับครอบครัว ใช้แนวทาง "กิน กอด เล่น" โดยในด้านโภชนาการ ส่งเสริมให้เจริญเติบโตตามช่วงวัย ป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ให้ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่น ความผูกพัน ผ่านการโอบกอด และให้เล่น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และในขณะที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เน้น "กิน อ่าน เล่น" เป็นหลัก ตามแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และตรวจประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ตามช่วงวัยของเด็ก

2. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีเด็กปฐมวัย(อายุ 2-5 ปี) ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก อาศัยอยู่จริงในปัจจุบันในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตำบลบึงคำ อำเภอลำทะเมนชัย

จังหวัดยโสธร จำนวน 37 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.30 อายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 70.30 รองลงมาคือ 41-60 ปี ร้อยละ 27.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.40 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.70 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.10 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 67.60 ความเพียงพอของรายได้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.40

3. ข้อมูลการใช้สมาร์ตโฟนของเด็กปฐมวัย(อายุ 2-5 ปี)

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนวิจัยผู้ปกครองให้เด็กเล่นสมาร์ตโฟนคิดเป็นร้อยละ 70.30 หลังวิจัยผู้ปกครองให้เด็กเล่นสมาร์ตโฟนลดลงเหลือร้อยละ 54.10 ความถี่ของการให้เด็กเล่นสมาร์ตโฟนต่อวัน ก่อนวิจัยผู้ปกครองให้เด็กเล่นสมาร์ตโฟน 1 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 38.50 และ 2 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 61.50 และไม่มีการให้เล่นมากกว่า 2 ครั้ง หลังวิจัยจำนวนผู้ปกครองที่ให้เด็กเล่นสมาร์ตโฟน 1 ครั้งต่อวัน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.00 และให้เล่น 2 ครั้ง ต่อวันลดลงเหลือร้อยละ 50.00 โดยไม่มีการให้เล่นเกิน 2 ครั้งต่อวัน เวลาในการเล่นสมาร์ตโฟนของเด็กปฐมวัย ต่ำกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 50.00 หลังวิจัย เด็กที่เล่นต่ำกว่า 30 นาที เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.00 และลดลงเหลือร้อยละ 20.00 สำหรับผู้ที่เล่นระหว่าง 30 นาที - 1 ชั่วโมง และร้อยละ 5.00 สำหรับเด็กที่เล่นนานกว่า 1 ชั่วโมง เหตุผลหลักที่ผู้ปกครองให้เด็กเล่นสมาร์ตโฟน คือ ทำให้เด็กเก่ง ฉลาด ร้อยละ 50.00 และทำให้เด็กอยู่นิ่ง เงียบ ร้อยละ 42.30 ในขณะที่มีเพียงส่วนน้อยที่ให้เล่นเพื่อทำให้เด็กไม่ร้องไห้ ร้อยละ 7.70 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละของการเล่นสมาร์ทโฟนของเด็กปฐมวัย (n=37)

คำถาม	ก่อนวิจัย		หลังวิจัย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท่านให้เด็กเล่นสมาร์ทโฟนหรือไม่				
ไม่เล่น	11	29.70	17	45.90
เล่น	26	70.30	20	54.10
จำนวนครั้งที่เล่นต่อวัน				
1 ครั้ง/วัน	10	38.50	10	50.00
2 ครั้ง/วัน	16	61.50	10	50.00
ระยะเวลาที่เล่นสมาร์ทโฟนต่อครั้ง				
ต่ำกว่า 30 นาที/ครั้ง	13	50.00	15	75.00
30 นาที - 1 ชั่วโมง/ครั้ง	11	42.30	4	20.00
1-2 ชั่วโมง/ครั้ง	2	7.70	1	5.00
เหตุผลสำคัญที่ทำให้เด็กเล่นสมาร์ทโฟน				
ทำให้เด็กเก่ง ฉลาด	13	50.00	-	-
ทำให้เด็กอยู่นิ่ง เฝ้าย	11	42.30	15	75.00
ทำให้เด็กไม่ร้องไห้ งอแง	2	7.70	5	25.00

ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้
สมาร์ทโฟนของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย
(อายุ 2 -5 ปี) มีความรู้ก่อนการวิจัย ค่าเฉลี่ย
7.70(S.D.= 1.19) หลังการวิจัย ค่าเฉลี่ย 14.92

(S.D.=0.27) พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์
ทโฟนเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-
value<0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทโฟนของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย(อายุ 2-5 ปี) (n=37)

ตัวแปร	ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย (อายุ 2-5ปี)		Mean difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	7.70	1.19	7.22	0.84, 0.97	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	14.90	0.27			

*P-value <0.05

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ
ของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ก่อนเข้าร่วม
กิจกรรมค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.03 (S.D.=1.61)
และหลังเข้าร่วมกิจกรรมค่าคะแนนเฉลี่ย 14.70

(S.D.=0.57) สรุปได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้
พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย(2-5 ปี) มีความรู้
เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการมากขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย(อายุ 2-5 ปี) (n=37)

ตัวแปร	ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (อายุ 2-5ปี)		Mean difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	11.03	1.61	3.67	0.91, 1.07	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	14.70	0.57			

ผลการแสดงทัศนคติและพฤติกรรมของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการวิจัย พบว่า ก่อนการวิจัย ค่าเฉลี่ยของทัศนคติการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่

ตารางที่ 4 ทัศนคติและพฤติกรรมของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

(อายุ 2-5 ปี) (n=37)

ตัวแปร	ก่อนวิจัย		หลังวิจัย	
	$\bar{X}$	ร้อยละ	$\bar{X}$	ร้อยละ
ด้านทัศนคติการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	69.81	69.81	97.30	97.30
ด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	82.62	82.62	98.97	98.97

4.รูปแบบการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย

จากดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR ตามแนวทางที่คณะทำงานและภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันออกแบบ ผ่านกิจกรรมการวางแผน (planning), การปฏิบัติ (action) ,การสังเกต (observation) และสะท้อนกลับ (reflection) ทั้งจากการติดตามและถอดบทเรียนร่วมกัน ปรับรูปแบบให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สรุปได้ดังนี้



ซึ่งรูปแบบการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพ่อแม่ ผู้ปกครอง อาสาสมัครนิเทศ และกิจกรรม “อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง” ดังนี้

1. พ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องมีองค์ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับเด็ก สร้างกฎกติกาการใช้สมาร์ทโฟนในบ้าน ลด หลีกเลี่ยง การให้สมาร์ทโฟนกับเด็ก หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้จำกัด

ที่ 69.81 คิดเป็นร้อยละ 69.81 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังการวิจัย ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.30 อยู่ในเกณฑ์ค่าคะแนนในระดับสูง ดังตารางที่ 4

ระยะเวลาในการใช้ อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเบี่ยงเบนความสนใจจากสมาร์ทโฟน

2. อาสาสมัครนิเทศอ่าน ประกอบด้วย อสม. นักเรียน และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพการใช้หนังสือนิทาน เพื่ออ่านให้เด็กฟังในครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน

3. กิจกรรม “อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง” เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กและลดการใช้สมาร์ทโฟน ทั้งในระดับครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน โดยในระดับครอบครัว พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือคนในครอบครัว อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใช้กิจกรรม “อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง” เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและกิจกรรมในชุมชน อย่างน้อย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยอาสาสมัครนิเทศอ่าน

ทั้งนี้ ต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง จาก 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างผู้ปกครอง อสม. โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมทั้งการสื่อสารให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจร่วมกัน 2) โรงเรียน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีเด็กนักเรียนประถมศึกษา

ทำหน้าที่อ่านหนังสือนิทานให้น้อง ๆ เด็กปฐมวัยฟัง ทั้งในโรงเรียนและในชุมชน 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เชื่อมประสานการทำงานร่วมกัน โดยรับช่วงเด็ก ปฐมวัยต่อจากครอบครัว และ 4) อสม. ผู้ที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่คนที่ 2 ของเด็ก เป็นผู้ที่เชื่อมประสานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่ครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนและชุมชน

5. ผลจากการประเมินความพึงพอใจ

หลังดำเนินการโดยการสัมภาษณ์พ่อแม่ผู้ปกครอง เด็กปฐมวัย จำนวน 37 คน พบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์ตโฟนในเด็กปฐมวัย ระดับมากที่สุดร้อยละ 94.59 กรรมการและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.65

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้มีผลอย่างมีนัยสำคัญในการลดการใช้สมาร์ตโฟนของเด็กในหลายด้าน ทั้งด้านความถี่ ระยะเวลาการใช้งาน รวมถึงเหตุผลในการอนุญาตให้ใช้ โดยสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การลดลงของการให้เด็กเล่นสมาร์ตโฟน หลังจากผู้ปกครองนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า มีสัดส่วนของผู้ปกครองที่อนุญาตให้เด็กใช้สมาร์ตโฟนลดลงจากร้อยละ 70.30 เหลือเพียงร้อยละ 54.10 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สมาร์ตโฟนต่อเด็กมากขึ้น และเลือกที่จะควบคุมการใช้งาน

2. ความถี่ในการใช้สมาร์ตโฟนต่อวัน ก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้ปกครองส่วนใหญ่(ร้อยละ 61.50) อนุญาตให้เด็กใช้สมาร์ตโฟน 2 ครั้งต่อวัน แต่หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวนผู้ปกครองที่อนุญาตให้เล่นลดลง โดยมีผู้ปกครองร้อยละ 50.00 ที่อนุญาตให้เล่นเพียง 1 ครั้งต่อวัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นดูของผู้ปกครองที่มีแนวโน้มไปในทางที่เหมาะสมต่อการพัฒนาการของเด็กมากขึ้น

3. ระยะเวลาในการเล่นสมาร์ตโฟนต่อครั้ง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวนเด็กที่ใช้สมาร์ตโฟนต่ำกว่า 30 นาทีต่อครั้ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 75.00 ในขณะที่จำนวนเด็กที่ใช้สมาร์ตโฟนเป็นเวลานาน(มากกว่า 30 นาที)

4. เหตุผลในการให้เด็กใช้สมาร์ตโฟน สาเหตุหลักที่ผู้ปกครองให้เด็กใช้สมาร์ตโฟน ได้แก่ “ทำให้เด็กฉลาด” (ร้อยละ 50.00) และ “ทำให้เด็กอยู่นิ่ง เงียบ” (ร้อยละ 42.30) ซึ่งเป็นเหตุผลที่สะท้อนถึงการมองสมาร์ตโฟนในแง่บวก อย่างไรก็ตาม การอบรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สมาร์ตโฟนต่อพัฒนาการเด็ก อาจช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความจำเป็นในการจำกัดการใช้งานเพื่อประโยชน์ของเด็ก

5. ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมาร์ตโฟนกับเด็กในระดับปานกลาง(ค่าเฉลี่ย 7.70) แต่หลังเข้าร่วม ความรู้เพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 14.92 แสดงถึงความสำเร็จในการเพิ่มความรู้ของผู้ปกครอง นอกจากนี้ ทัศนคติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยก็เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 69.81 เป็นร้อยละ 97.30 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองมีมุมมองและความเข้าใจที่เหมาะสมต่อการเลี้ยงดูเด็กมากขึ้น

6. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นดู ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นดูที่สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในเชิงบวก โดยค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการเล่นดูเด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.62 เป็นร้อยละ 98.97 สะท้อนถึงการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร ชุมประเสริฐ⁽⁶⁾ พบว่า อิเล็กทรอนิกส์มีผลต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กวัย 2-5 ปี พ่อแม่หรือผู้ปกครอง บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ควรตระหนักถึงผลกระทบของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในเด็กปฐมวัย(2-5 ปี) โดยเฉพาะผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา

นอกจากนี้ทุกฝ่ายควรร่วมกันหาแนวทางในการส่งเสริมให้เด็กวัย 2-5 ปี มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของจิระวรรณ ศรีจันทร์ชัยและคณะ⁽⁷⁾ พบว่า เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมองเจริญสูงสุด การใช้สมาร์โฟนในเด็ก จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการสื่อสาร ทำให้เกิดภาวะสมาธิสั้น(ซัควราว) และความสามารถในการเรียนรู้ลดลงได้พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเสริมสร้างสมรรถนะในเด็กปฐมวัย และสนับสนุนครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กให้มีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ และมีเป้าหมายในชีวิต ดังนั้น จึงต้องให้การช่วยเหลือดูแลและแก้ไขปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อเด็กจากการใช้สมาร์โฟน คือ

- 1) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับพัฒนาการและความต้องการพื้นฐานของเด็กด้วยความรักเอาใจใส่ ใกล้ชิด อบรมเลี้ยงดูด้วยความเข้าใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็ก
- 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สมาร์โฟนของเด็กปฐมวัยและผู้ดูแล โดยต้องปฏิบัติตามแนวทางการลดความเสี่ยงอันตรายที่เกิดจากการใช้สมาร์โฟนอย่างเคร่งครัด
- 3) การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กด้วย “กิน กอด เล่น เล่านิทาน อ่านหนังสือให้เด็กฟัง” และ
- 4) การจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก ทั้งที่บ้าน โรงเรียน ชุมชน และสังคมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการเรียนรู้ และทักษะการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ

สรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสามารถลดการใช้สมาร์โฟนในเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มทัศนคติ พฤติกรรม รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงวัฒนธรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและครอบครัว ซึ่งการนำเสนอผลวิจัยจึงไม่ครอบคลุมประเด็น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปยังหัตถ์โยธธ ครอบสนับสนุนโครงการการป้องกันผลกระทบจากการใช้สมาร์โฟนในเด็กปฐมวัย ส่งเสริมการอ่านหนังสือให้เด็กฟัง เสริมสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสติปัญญา ป้องกันเด็กสมาธิสั้นและอารมณ์ก้าวร้าว เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการใช้สมาร์โฟนในเด็ก พัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เกี่ยวกับการใช้งานสมาร์โฟนอย่างปลอดภัยในเด็กปฐมวัย รวมถึงผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตและร่างกายศึกษาและพัฒนาแบบกิจกรรมทางเลือกที่สามารถดึงดูดเด็กได้ เช่น กิจกรรมกลางแจ้ง เกมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ไม่พึ่งพาเทคโนโลยี หรือ กิจกรรมศิลปะและดนตรี เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปกครองนำไปใช้ในการลดเวลาการใช้สมาร์โฟนของเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและให้คำแนะนำอาสาสมัครผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.อาทิตยา แก่นไกรและกุลธิดา เกตุแก้ว. 2564;44(1):39–48 บทบาทพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในเด็กปฐมวัย:ข้อเสนอแนะตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสุขศึกษา..
- 2.มาณริกา จันทาโก. 2566;13(19):1–14. ภัยมืดจากสมาร์ทโฟนต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์สู่พัฒนา.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย กระทรวงสาธารณสุข 2565 [Internet]. [cited 2024 Oct 9]. Available from: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpr66/>
- 4.ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ. 2566 ห้องเรียนฟื้นฟูหลังโควิด-19 [Internet]. [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://www.eef.or.th/news-tsqp-011122/>
- 5.กลุ่มสถิติเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กองสถิติเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการมี
การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2565(ไตรมาสที่ 4) [Internet]. 2566 [cited 2024 Oct 9]. Available from: <https://www.nso.go.th/>
- 6.ดวงพร ชุมประเสริฐ.2562. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับพัฒนาการเด็กอายุ 2 - 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- 7.จิระวรรณ ศรีจันทร์ไชยและสุจิตา ตีลการยทรัพย์.2564;8(10):113–24. ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในเด็กปฐมวัย: บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือดูแล. วารสารมหาจุฬานาครธรรม.
- 8.อภิรพี เศรษฐรักษ์ ดันเจริญวงศ์. 2561;6(2):60–9. พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม.
- 9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. Health Data Center [Internet]. 2567 [cited 2024 Jan 2]. Available from: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=dbec55e36330055a8cf0b6d05c2c354a
- 10.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาออก. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567.
- 11.Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University press; 1990.
- 12.สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด 5 ปีด้วย “กิน กอด เล่น เล่า.” พิมพ์ครั้งที่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
- 13.ประไพพิศ สิงห์เสมอและคณะ. 2560;4(3):226–35. การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.
- 14.ณัฐพร จันทรโชคพงษ์. 2564 การนอนกลางวันช่วยพัฒนาความจำในเด็ก [Internet]. [cited 2667 Oct 1]. Available from: <https://th.theasianparent.com/daytime- sleep-helps- improve-memory-of-child>
- 15.Bloom BS. Mastery learning. In: Block JH, 1971. p. 47-63. editor. *Mastery learning: Theory and practice*. New York: Holt, Rinehart, and Winston;