



# ECH

# Journal

of environmental and community health

VOL.7 NO.2 May - August 2022

## วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565



ISSN : 2672-9717

### สารบัญ

| รายงานการวิจัย                                                                                                                                                                                       | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่น .....<br>กนกวรรณ หอมจันทร์นากุล                                                                                    | 1    |
| ผลการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ของผู้รับบริการฉีดวัคซีน โรงพยาบาล<br>อุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ .....<br>สุภาพร จิรมหาศาล                   | 11   |
| การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา .....<br>จันจิรา กุญแก้ว                                                                                                            | 22   |
| การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย .....<br>นงเยาว์ จุลวงษ์                                                                                      | 30   |
| การพยาบาลระยะฉุกเฉินผู้ป่วยนิวโมไคอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา ....<br>พัชรีย์ คำแก้ว                                                                          | 37   |
| การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง .....<br>สมฤดี ยิ่งเจริญ                                                                                                       | 45   |
| กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในโรงพยาบาลชุมชน .....<br>มัญญกานต์ ตันติไพศาลกิจ                                                                                                    | 52   |
| การประเมินผลการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น .....<br>สุมาลี นิละพันธ์                                                                    | 59   |
| ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอนองแสง จังหวัดอุดรธานี .....<br>ไชยวัฒน์ เพงพรมมา                                                                                | 69   |
| รูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ<br>อำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ .....<br>เกษมสุข กันชัยภูมิ                               | 82   |
| การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง .....<br>อารยา ดำรงกิจ                                                                                  | 93   |
| วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<br>ตำบลบางกระดี่ ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี .....<br>อรพินท์ พักแพง | 100  |
| การพัฒนาแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี .....<br>ศิริรัตน์ สัตนา                                                                           | 109  |
| ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู .....<br>สง่า ไชยนา                                                                                                               | 117  |
| รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร .....<br>ชัย ทองผา                                                                                              | 127  |
| การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมโรคติดต่อของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม .....<br>ประภา ทรงเดชไกรวุฒิ                                                                         | 133  |
| ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยืน<br>จังหวัดอุบลราชธานี .....<br>ชัยวัฒน์ ฟาสว่าง                                                   | 143  |
| การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้<br>ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC .....<br>ทองบน เนาว์แก้ว                                           | 150  |
| รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ .....<br>ศักดิ์สิน กุลบุตรดี                                                                                 | 160  |

สารบัญ

| รายงานการวิจัย                                                                                    | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลโนนสัง |      |
| อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ .....                                                             | 172  |
| อดิศักดิ์ บุญเสนอ                                                                                 |      |
| การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม .....                           | 181  |
| อิสริย์ จิ่งสำราญพงศ์                                                                             |      |
| การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน             |      |
| จังหวัดนครปฐม .....                                                                               | 189  |
| กมลลักษณ์ จินดาไตรรัตน์                                                                           |      |

## บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 19 (ปีที่ 7 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ แผลกระจกตาที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค ผู้ป่วยนิวโมเนียในน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบโดยวิธีเทคนิค Lichtenstein การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การคลอดก่อนกำหนด โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ พฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ การควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง การป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ธรรมชาติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้พิการขาเทียม การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่น Nursing Care for Patients with Corneal ulcer Penetrating keratoplasty : Case study in KhonKaen Hospital

(Received: July 4,2022 ; Accepted: August 11,2022)

กนกวรรณ หอมจันทร์<sup>1</sup>  
Kanokwan Homjuntanakul<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**กรณีศึกษา :** เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยแผลกระจกตาที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา 2 ราย รายแรก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยอาการตาซ้ายมัวและปวดก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน หลังจากใส่เลนส์สัมผัสสนอน แพทย์วินิจฉัยเป็น severe corneal ulcer left eye รายที่ 2 ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม 11 วันและส่งมารักษาต่อ ด้วยตาซ้ายมัวและปวดหลังโดนกิ่งกระถินบาด แพทย์วินิจฉัยเป็น severe fungal corneal ulcer left eye ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับยาปฏิชีวนะหยอดตา ยาลดความดันลูกตา และได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่เป็นปัญหาเดียวกันในระยะแรกรับและก่อนผ่าตัดมี 8 ข้อ ระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง 6 ข้อ ระยะจำหน่าย 1 ข้อ ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันผู้ป่วยรายที่ 1 มี 1 ข้อและผู้ป่วยรายที่ 2 มี 3 ข้อ ปัญหาและความความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายได้รับการแก้ไขไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้โดยนัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

**ผลลัพธ์ :** การปลูกถ่ายกระจกตาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ความดันลูกตาสูง แผลติดเชื้อกลับซ้ำ แผลแยก ภาวะสลดกระจกตาที่ปลูกถ่าย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาล การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว การจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีการมองเห็นดีขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น และมีการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา

## Abstract

Case Study: This is a compared case study of 2 patients with corneal ulcers who received corneal transplantation. The first patient was treated at Khon Kaen Hospital with left eye pain and blurred vision before coming to the hospital 2 days after wearing contact lenses. The doctor diagnosed it as Severe corneal ulcer left eye 2nd patient was treated at Maha Sarakham Hospital for 11 days and sent for further treatment with blurred left eye and pain in the back due to a cut branch. The doctor diagnosed it as severe fungal corneal ulcer left eye. Both patients received Antibiotic eye drops, intraocular pressure medication and received cornea transplant surgery in terms of nursing both patients were evaluated according to Gordon's health plan (Gordon). Two cases with the same problem in the first stage and pre-surgery have 8 cases, the post-surgery phase and continuous care 6 cases, the discharge phase 1 case, and the different nursing diagnoses, patient 1 has 1 case and patient 2. There are 3 issues. The problems and needs of each patient and family are resolved without complications.

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Results: Corneal transplantation may cause serious complications, such as high intraocular pressure, re-infection, separation, corneal detachment. Nurses play an important role in providing nursing care. Managing the problems and needs of patients and families so that patients are safe from preventable complications, have better vision, reduce dependence on others, and continue to live well.

**Key words:** Nursing care of patients with corneal ulcers who received corneal transplantation

## บทนำ

แผลกระจกตาเป็นโรคตาชนิดหนึ่งซึ่งเป็นแผลอักเสบ ติดเชื้อและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอด เนื่องจากเมื่อเกิดอักเสบเป็นแผลติดเชื้อ แผลจะกลายเป็นแผลเป็นที่กระจกตา โดยแผลเป็นนี้ทำให้กระจกตาขุ่นขาวผิดรูปร่างไปจากเดิม เป็นเหตุให้แสงผ่านเข้าไปในตาไม่ได้ จึงทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลงจนถึงตาบอด โดยมีรายงานการสำรวจพบว่าในประเทศไทย ร้อยละ 4.5 ของภาวะตาบอดทั้งหมด มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อของแผลกระจกตา<sup>1</sup> โรคนี้จึงส่งผลต่อความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก<sup>2</sup>

การรักษาแก้ไขการมองเห็นจากแผลกระจกตา ทำได้โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา เป็นวิธีทางเดียวที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมามองเห็นได้อีกครั้ง เป็นการผ่าตัดใหญ่ทางตาด้วยวิธีการดมยาสลบ โดยการผ่าตัดกระจกตาส่วนที่เสียหายหรือเป็นโรคออก แล้วนำกระจกตาที่ใสและคุณภาพดีจากการรับบริจาคมาเย็บเข้าแทนที่กระจกตาเดิม<sup>3,4</sup> จากการศึกษาที่มีประชาชน 10 ล้านคนทั่วโลก ทรมาณจากโรคตาที่สามารถรักษาหายได้ด้วยวิธีการปลูกถ่ายกระจกตาแต่กลับพบว่าการปลูกถ่ายกระจกตามีจำนวนน้อยกว่าการปลูกถ่ายอวัยวะอื่นๆเป็นอย่างมาก เช่น การปลูกถ่ายหัวใจและปลูกถ่ายไต<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยรอผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาอีก 8,030 คน แต่ละปีผ่าตัดได้เพียง 800 คนเนื่องจากขาดแคลนกระจกตา จึงมีผู้ป่วยต้องควรอผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาปีละ 1,200 คน<sup>6</sup> จากสถิติการให้บริการของหอผู้ป่วยจักษุโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2563 และ 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคแผลกระจกตาจำนวน 254 และ 131 รายตามลำดับ ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา ปีละ 7 และ

14 รายตามลำดับ และจำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออกเนื่องจากเชื้อโรคลุกลามรุนแรงและไม่มีกระจกตาบริจาค ปีละ 3 ราย นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตามีความยุ่งยากซับซ้อนผู้ป่วยต้องหยุดยาปฏิชีวนะตามเช็γκโรคอย่างถูกต้อง ด้วยยาหยอดตา 2-3 ชนิดทุก 1 ชั่วโมงตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อควบคุมความรุนแรงของการติดเชื้อ มีความทรมาณจากปวดตา เคืองตา ส่งผลให้การนอนหลับไม่เพียงพอ มีความวิตกกังวลกลัวตาบอดจากโรคลุกลาม กลัวไม่ได้รับกระจกตาบริจาคทำให้ต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับการรับกระจกตาของผู้ที่เสียชีวิต หลังจากผู้ป่วยปลูกถ่ายกระจกตามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันลูกตาสูง แผลติดเชื้อกลับซ้ำ แผลแยก และที่สำคัญที่สุดคือ ภาวะสลดกระจกตาที่ปลูกถ่าย ซึ่งผู้ป่วยและญาติต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยต้องหยุดยาไปตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) มาใช้ในการศึกษาผู้ป่วยในครั้งนี้

## ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย รายแรกเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 19 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 18 พฤษภาคม 2564 ได้รับการวินิจฉัย severe corneal ulcer left eye และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 63 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 18 สิงหาคม 2564 วินิจฉัยเป็น severe fungal corneal ulcer left eye with secondary ocular hypertension with HT

### อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ตาซ้ายมัวและปวดก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน หลังจากใส่เลนส์สัมผัส (contact lens) นอน ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ และถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น แกร็บสัญญาณชีพปกติ pain score = 4 วัดสายตา (visual acuity) ตาขวา 1/60 with pinhole 6/60 ตาซ้ายมองเห็นมือไหว (hand motion) ความดันลูกตา (intraocular pressure) ตาขวา 10 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 12 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ได้ดูดเนื้อเยื่อแผลกระจกตาตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรค ตรวจประเมินตาพบตาซ้ายเปลือกตาไม่บวม กระจกตาซ้ายมีรอยโรคที่ฝังในเนื้อของกระจกตาทำให้กระจกตาขุ่นทึบขึ้น (infiltration) เส้นผ่าศูนย์กลาง 6 มิลลิเมตร แผลมีลักษณะเปื่อยยุ่ย (melting) ซึ่งเกิดจากการละลายเนื้อเยื่อจากที่ร่างกายปล่อยเซลล์เม็ดเลือดขาวและเอนไซม์ย่อยสลายออกมา (เหมือนพลอย นิการักษ์, 2561) ไม่พบหนองในช่องหน้าม่านตา (no hypopyon) มีตาแดงรอบขอบกระจกตา (ciliary Injection)

ผู้ป่วยรายที่ 2 ตาซ้ายมัวและปวดก่อนมาโรงพยาบาล 11 วัน โดยผู้ป่วยโดนกิ่งกระถินบาดตา มีโรคความดันโลหิตสูงกินยาต่อเนื่อง ได้นอนรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม แพทย์ได้ดูดเนื้อเยื่อแผลกระจกตาตรวจแต่ไม่พบเชื้อ ให้ยาหยอดตาเป็น 0.3% amphotericin B ed., 1% ketoconazole ed., F.cefazolin ed., F.amikin ed., 1% atropine ed. ยารับประทาน itraconazole., vit. C., doxycyclin. แพทย์ได้ดูดแผลกระจกตา (surgical debridement) 3 ครั้ง เจาะอิเล็กโตรไลต์ ผล โปแตสเซียม 3.1 mmol/L ได้ E.KCL 30 ml. oral 1 dose ผลขึ้นเป็น 3.7 mmol/L ผู้ป่วยนอนรักษาแผลกระจกตาไม่ดีขึ้น จึงถูกส่งตัวมารักษาต่อที่

โรงพยาบาลขอนแก่น แกร็บสัญญาณชีพ ปกติ pain score = 2 วัดสายตา ตาขวา 6/60 with pinhole 6/36 ตาซ้าย นับนิ้วมือได้ถูกต้องที่ระยะ 2 ฟุต (FC 2') ความดันลูกตา (IOP) ตาขวา 14 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 17 มิลลิเมตรปรอท กระจกตาซ้ายมีรอยโรคที่ฝัง

ในเนื้อของกระจกตาลักษณะเป็นวงแหวน (ring infiltration) เส้นผ่าศูนย์กลาง 6.5 มิลลิเมตร ขอบรอยโรคคล้ายขนนก (feathery edge) พบหนองในช่องหน้าม่านตา (hypopyon) ติดขอบกระจกตา (limbus) มีตาแดงรอบขอบกระจกตา (ciliary Injection) มีต้อกระจกทั้ง 2 ตา

### แผนการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิงอายุ 19 ปี ตาซ้ายเปลือกตาไม่บวม มีแผลกระจกตาเส้นผ่าศูนย์กลาง 6 มิลลิเมตร มี infiltration และ melting, anterior chamber deep, no hypopyon, มี ciliary Injection แพทย์วินิจฉัย severe corneal ulcer left eye ได้ทำ corneal scraping ส่ง G/S, KOH, culture, blood agar ผลการเพาะเชื้อพบ few pseudomonas aeruginosa ให้การรักษาเป็น fortum 1 gm. IV q 8 hr., F.fortum ed. LE และ F.amikin ed. LE q 1 hr., 1% atropine ed. LE bid., alphagan-P ed. LE tid., doxycyclin (100) 1 tab oral bid. pc., vit. C (100) 5 tab oral bid. pc., diamox (250) 1 tab oral q 12 hr., paracetamol (500) 1 tab oral pm. q 4-6 hr. หลังให้การรักษาแผลกระจกตามีขนาดเท่าเดิม corneal melting ลดลง ช่องหน้าม่านตา (anterior chamber) เริ่มต้น พบกระจกตาทะลุเล็กน้อย off Alphagan-P ed. ให้ absolute bed rest ห้ามเล่นโทรศัพท์มือถือถ้าไม่จำเป็น จ้องกระจกตาบริจาคไว้ และ set reform anterior chamber with gluing LE under LA (ใช้ contact lens ทากาวและปิดรูรั่วที่กระจกตา) หลังผ่าตัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ pain score = 0-7

หลังจากนั้น 2 วัน แพทย์ set pre-op order for penetrating keratoplasty (PKP) LE under GA ส่ง chest x-ray., EKG., เจาะ CBC., BUN., Creatinine., electrolyte ผลการตรวจปกติ NPO หลัง 3 น. ให้ acetar 1000 ml. IV drip 80 ml./hr. ตัดขนตาซ้ายเตรียม 20% Mannitol 200 ml. ไปห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีได้เยี่ยมผู้ป่วยสั่ง diamox (250) 1 tab oral ดื่มน้ำ 30 ml. ก่อนไปห้องผ่าตัด การผ่าตัดเป็นไปตาม

แผน ผู้ป่วยกลับตึกตา ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ pain score = 0-5 O<sub>2</sub>sat 99% ให้ absolute bed rest., fortum 1 gm. IV q 8 hr., 1%atropine ed. LE bid., F.fortum ed. LE และ F.amikin ed. LE q 1 hr. (หยอดตา 6-22 น.), chloramphenicol eo. LE hs., diamox (250) 1/2 tab oral q 6 hr. หลังปลูกถ่ายกระจกตา pain score = 0-5 graft ยังบวม ไม่มี signs ของ infection anterior chamber deep แพทย์ off fortum IV., ลด diamox เหลือ 1/2 tab oral q 12 hr. เพิ่ม 1%pred forte ed. LE qid., 0.5%timolol ed. LE bid. หลังปลูกถ่ายกระจกตาซ้ายวันที่ 5 VA LE 4/60 pinhole 6/60 graft บวมเล็กน้อย แผลผ่าตัดตติต anterior chamber deep ไม่มี signs ของ reinfection แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 11 วัน

**ผู้ป่วยรายที่ 2** อายุ 63 ปี โรคประจำตัวเป็น ความดันโลหิตสูง ตาซ้ายเปลือกตาไม่บวม แผลกระจกตาเส้นผ่าศูนย์กลาง ๖.๕ มิลลิเมตร เป็น ring infiltration, feathery edge, มี hypopyon ตติ limbus, มี ciliary Injection แพทย์วินิจฉัยเป็น severe fungal corneal ulcer left eye ได้ corneal scraping ตรวจไม่พบเชื้อ ให้การรักษาเป็น 0.3%amphotericin B ed. และ 5 %natamycin ed. LE q 1 hr., itraconazole (100) 1 tab oral bid. pc., vigamox ed. LE qid., 1%atropine ed. LE bid., doxycyclin (100) 1 tab oral bid. pc., vit. C (100) 5 tab oral bid. pc., paracetamol (500) 1 tab oral prn. q 4-6 hr., enalapril (5) 1 tab oral bid. pc., HCTZ (25) 1 tab oral OD. pc., simvastatin (20) 1 tab oral hs. ในวันเดียวกันได้ off itraconazole และsimvastatin ผลการรักษา infiltration ตติขึ้นเล็กน้อย anterior chamber deep, no hypopyon แพทย์ได้ off 0.3 %Amphotericin B ed. เปลี่ยนเป็น 0.2%Fluconazole ed. แพทย์ได้จ้องกระจกตาบริเวณ ใต้ ต่อมาผู้ป่วยปวดตา pain score =0-4 IOP ตาขวา 17 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้าย 21 มิลลิเมตรปรอท Infiltration เท่าเดิม มี hypopyon ตติ limbus ได้ off

doxycyclin ให้ diamox (250) 1 tab oral q 8 hr., cosopt ed. LE bid. และ alphagan-P ed. LE tid. และ set pre-op order for PKP LE under GA ส่ง chest x-ray., EKG., เจาะ CBC., BUN., Creatinine., electrolyte พบ potassium 3.24 mmol/L ให้ E.KCL 30 ml. oral stat ผลขึ้นเป็น 3.64 mmol/L NPO หลัง 5 น. ให้ acetar 1000 ml. IV drip 80 ml./hr. ตัดขน ตาซ้าย เติรียม 20%Mannitol 200 ml. ไปห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีเยี่ยมผู้ป่วย ให้ enalapril (5) 1 tab oral at 6 น. ดื่มน้ำ 30 ml. keep BP< 160/90 มิลลิเมตรปรอท diamox (250) 1 tab oral ดื่มน้ำ 30 ml. ก่อน ไปห้องผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ การผ่าตัดเป็นไปตามแผน ผู้ป่วยกลับตึกตา ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิต 156/92 มิลลิเมตรปรอท pain score = 3 O<sub>2</sub>sat 97% ให้ยา 5%natamycin ed. LE และ 0.2%fluconazole ed. LE q 1 hr. (หยอดตา 6-22 น.), vigamox ed. LE qid., 1%atropine ed. LE bid., cosopt ed. LE bid., diamox (250) 1/2/ tab oral q 6 hr., enalapril (5) 1 tab oral bid. pc., HCTZ (25) 1 tab oral OD. pc., simvastatin (20) 1 tab oral hs., paracetamol (500) 1 tab oral prn. q 4-6 hr. และ เพิ่ม vislube ed. LE q 4 hr. หลังผ่าตัดปลูกถ่าย กระจกตา แผลผ่าตัดตติต infiltration ลดลง anterior chamber deep ได้ off diamox ลด 5%Natamycin ed. และ 0.2%Fluconazole ed. เป็น q 2 hr. หลัง ผ่าตัดวันที่ 6 VA LE 3/60 แผลผ่าตัดตติต anterior chamber deep ไม่มี signs ของ reinfection แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้าน มี signs ของ reinfection แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้าน ได้ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว เมื่ออยู่บ้าน รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 26 วัน

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่การให้การพยาบาลแบบองค์

รวม โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ 1) ดูแลต่อเนื่อง 3) ระยะจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้  
ระยะแรกรับและก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัดและ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล   | ผู้ป่วยรายที่ 1                                 | ผู้ป่วยรายที่ 2                                 | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.ระยะแรกรับและก่อนผ่าตัด | ติดเชื้อที่กระดูกตาซ้าย                         | ติดเชื้อที่กระดูกตาซ้าย                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ประเมินสภาพตาที่บ่งถึงภาวะติดเชื้อทุกครั้งที่เกิดตาหรือหอดตา เช่น เปลือกตาบวมมาก สีซีดผิดปกติ แผลกระดูกตากว้างขึ้น มีหนองในช่องหน้าม่านตา ปวดตารุนแรง ให้รายงานแพทย์</li> <li>2.ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล</li> <li>3.การเช็ดตา หยอดยา ป้ายยา ใช้หลัก Aseptic technique ทุกครั้ง</li> <li>4.เช็ดตาวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อมีขี้ตา</li> <li>5.ก่อนหยอดยาถ้ามีขี้ตาต้องเช็ดตาก่อนทุกครั้ง</li> <li>6.แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ห้ามขยี้ตา ไม่ให้น้ำเข้าตา ไม่ทาแป้งบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงข้างที่เป็นขึ้นข้างบน วิธีการรับยาหยอดตาที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>7.แนะนำการรับประทานที่ส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ ผักใบเขียวและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง</li> <li>8.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและยาส่งเสริมการหายของแผลกระดูกตา</li> <li>9.ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 12 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิร่างกาย &gt;38 องศาเซลเซียส ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการติดเชื้อของร่างกาย</li> <li>10.ดูแล unit care และ hygiene care เพื่อลดการสะสมเชื้อโรค</li> </ol> |
|                           | ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาซ้าย                    | ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาซ้าย                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของอาการปวด ตาสู้แสงไม่ได้</li> <li>2.ประเมินความปวดโดยใช้ pain score อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งที่เกิดปวด</li> <li>3.ถ้าระดับ pain score 1-3 สอนวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น นับเลขย้อนไปมาจาก 1-10</li> <li>4.ถ้าระดับ pain score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา</li> <li>5.ประเมิน pain score ซ้ำหลังให้ยา 30-60 นาที ถ้าปวดไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์</li> <li>6.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน แสงต้องไม่สว่างมาก เสียงรบกวนน้อย</li> <li>7.ให้การพยาบาลอย่างมีมนุษยสัมพันธ์ ขณะเช็ดตา หยอดยาหรือป้ายยา</li> <li>8.ดูแลครอบที่ครอบตา (eye shield) ไม่ให้เลื่อนหลุด</li> <li>9.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและยาขยายม่านตามตามแผนการรักษา</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                           | วิตกกังวลเนื่องจากกลัวตาบอดจากแผลกระดูกตาลูกกลม | วิตกกังวลเนื่องจากกลัวตาบอดจากแผลกระดูกตาลูกกลม | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ประเมินระดับความวิตกกังวล</li> <li>2.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยหมั่นเยี่ยมและทักทาย</li> <li>3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความไม่สบายใจที่มีอยู่ รับฟังด้วยความตั้งใจให้เวลาเป็นกันเอง</li> <li>4.อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาและบอกเหตุผลให้พอเพียงกับความต้องการผู้ป่วย</li> <li>5.สังเกตอาการของความวิตกกังวล ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ใจสั่น หรือพูดตลอดเวลา</li> <li>6.เปิดโอกาสให้สอบถาม และตอบตามความเป็นจริงอย่างเหมาะสม</li> <li>7.ให้ผู้ป่วยได้พบปะ พูดคุย กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันเพื่อได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์</li> <li>8.สอนเทคนิคการผ่อนคลายอย่างง่าย ๆ เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การทำสมาธิ เป็นต้น</li> <li>9.อธิบายถึงวิธีที่ผู้ป่วยเคยใช้ได้ในในการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบัน</li> <li>10.กรณีผู้ป่วยและญาติต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ให้ประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูล</li> <li>11.ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยากลายกังวล</li> </ol>                                                  |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | ผู้ป่วยรายที่ 1                                                                                              | ผู้ป่วยรายที่ 2                     | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | เสี่ยงต่อภาวะกระเจตตาค้างทะลุ                                                                                | เสี่ยงต่อภาวะกระเจตตาค้างทะลุ       | 1.ประเมินสภาพตาทุกครั้งที่เข็ดตาหรือหยอดตา<br>2.แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะกระเจตตาค้างทะลุ เช่น หลีกเลี่ยงการบีบตาแรง ห้ามขยี้ตา หลีกเลี่ยงการไอหรือจาม ระงับอย่าให้ท้องผูกโดยการรับประทานอาหารที่มีกากใย<br>3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา<br>4.เฝ้าระวังภาวะกระเจตตาค้างทะลุ หากพบความผิดปกติ เช่น แผลกระเจตตามีลักษณะปูดขึ้น มีม่านตาจากที่แผล น้ำตาเหนียวกว่าปกติให้รายงานแพทย์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                         | เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม                                                                                      | เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม             | 1.ประเมินระดับความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม<br>2.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ nurse's station<br>3.แนะนำสถานที่และจัดสิ่งแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น จัดตู้ข้างเตียงให้หยิบจับของได้<br>4.ใช้สื่อสัญลักษณ์ระวัง falling แขนป้ายระวัง falling ที่หัวเตียง สื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ<br>5.ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ตามความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย<br>6.จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน พื้นสะอาดไม่ลื่น มีแสงสว่างพอควร<br>7.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในเตียงที่มีราวกันเตียง ดึงราวกันเตียงข้างที่สายตาไม่ดี และล็อกล้อเตียงไว้<br>8.แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม การเปลี่ยนอิริยาบถให้เปลี่ยนอย่างช้าๆ<br>9.กรณีผู้ป่วยมองไม่เห็น จัดกริ่งเรียกพยาบาลพร้อมแนะนำวิธีใช้ ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง<br>10.ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย |
|                         | เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาส่ง                                                                          | เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาส่ง | 1.ประเมินอาการปวดศีรษะ เบ้าตา ท้ายทอย อาการคลื่นไส้ อาเจียน<br>2.แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความดันลูกตาส่ง เช่น การกลอกตาไปมาอย่างรวดเร็ว หลีกเลี่ยงการบีบตาแรง หลีกเลี่ยงการไอ/จามแรงๆ งดการเบ่งถ่ายอุจจาระ การก้มต่ำกว่าเอว ยกของหนัก<br>3.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล<br>4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารับประทานและยาหยอดตาลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                         | ขาดความตระหนักในการใช้ contact lens ถูกต้อง                                                                  |                                     | 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในการใช้ contact lens รวมทั้งข้อดี ข้อเสีย<br>2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ contact lens เรื่องการล้างมือ การตัดเล็บให้สั้น การตรวจสอบสภาพของ contact lens เช่น มีรอยขีดข่วนหรือเป็นจุดหรือไม่ แนะนำวิธีการใส่/การถอด/การเก็บรักษา/การทำความสะอาด contact lens การสังเกตภาวะแทรกซ้อน เช่น แสบตา คันตา ปวดตา มีขี้ตา<br>3.ให้คำแนะนำทางเลือกอื่น เช่น การใส่แว่นสายตา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                         | วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำ reform anterior chamber with gluing LE (การใช้ contact lens ทากาวและปิดกระเจตตาค้าง) |                                     | 1.ให้ข้อมูล ทบทวนสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องทำ reform anterior chamber with gluing LE ข้อดี ข้อเสีย สภาพหลังการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ<br>2.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเตรียมตัวผ่าตัด ได้แก่<br>2.1การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC., BUN., Cr., Electrolyte<br>2.2การทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะการทำความสะอาดใบหน้า ไม่ให้น้ำเข้าตาซ้าย ไม่ทาแป้งที่หน้า ล้างสีที่เล็บ<br>2.3การเตรียมบริเวณผ่าตัด โดยการเช็ดตา ปิดที่ครอบตา mark site และติดป้ายระบุตาผ่าตัด<br>3.ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนไปห้องผ่าตัด ได้แก่ ถอดของมีค่า ถอดชุดชั้นใน ปัสสาวะก่อนไปผ่าตัด                                                                                                                                                                                                                                                        |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | ผู้ป่วยรายที่ 1                                            | ผู้ป่วยรายที่ 2                                            | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                                                            |                                                            | <p>4.ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด ได้แก่ การให้ความร่วมมือขณะทำการผ่าตัด โดยไม่บิดตา ไม่เกร็ง ไม่ส่ายหน้า ไม่ไอ</p> <p>5.ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ ให้นอนพักบนเตียง ไม่นอนตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัด รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ระวังไอจามออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระ ระวังไม่ให้ น้ำเข้าตา ไม่ขยี้ตา</p> <p>6.เปิดโอกาสพูดคุย ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                         |                                                            | มีภาวะ hypokalemia                                         | <p>1.สังเกตอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก เหน็บชา</p> <p>2.ประเมินปริมาณการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อ</p> <p>3.จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ระวังอุบัติเหตุ</p> <p>4.แนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูงให้ผู้ป่วยรับประทานวันละ 1 มื้อ เช่นกล้วย อุ่น</p> <p>5.ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มโปแตสเซียมและติดตามผลโพแทสเซียมตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>6.บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                         |                                                            | มีภาวะ Hyperglycemia                                       | <p>1.สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง</p> <p>2.ประเมินความเครียด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสงสัย ยากรู้</p> <p>3.ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                         | วิตกกังวลกลัวตาบอดหลังผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา                | วิตกกังวลกลัวตาบอดหลังผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา                | <p>1.ประเมินระดับความวิตกกังวล</p> <p>2.พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>3.อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา บอกเหตุผลให้พอเพียงกับความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>4.สังเกตอาการของความวิตกกังวล ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก เก็บตัว พุดตลอดเวลา</p> <p>5.รับฟังความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด</p> <p>6.กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความไม่สบายใจที่มีอยู่และยอมรับความรู้สึกต่างๆของผู้ป่วย</p> <p>7.เปิดโอกาสให้สอบถาม และตอบตามความเป็นจริงอย่างเหมาะสม</p> <p>8.สอนเทคนิคการผ่อนคลายอย่างง่าย ๆ เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การทำสมาธิ</p> <p>9.อธิบายถึงวิธีที่ผู้ป่วยเคยใช้ได้ผลในการเผชิญปัญหามาใช้ในสถานการณ์ปัจจุบัน</p> <p>10.ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา</p> |
|                         | ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา | ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา | <p>1.ให้ข้อมูล ทบทวนถึงสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องรักษาโดยการปลูกถ่ายกระจกตา ข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเตรียมตัวผ่าตัด ได้แก่</p> <p>2.1การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC., BUN., Cr., electrolyte., chest X-Ray., EKG</p> <p>2.2การทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะการทำความสะอาดใบหน้า ไม่ให้ น้ำเข้าตาซ้าย</p> <p>2.3การเตรียมบริเวณผ่าตัด โดยการเช็ดตา ครอบตา mark site และติดป้ายระบุตาผ่าตัด</p> <p>2.4แนะนำผู้ป่วยให้ NPO ตามแผนการรักษาซึ่งผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน</p> <p>3.ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนไปห้องผ่าตัด ได้แก่ ถอดฟันปลอม ถอดของมีค่า ปัสสาวะก่อนไปผ่าตัด</p>                |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล          | ผู้ป่วยรายที่ 1                     | ผู้ป่วยรายที่ 2                     | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                     |                                     | 4.ให้ข้อมูลเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด ขั้นตอนการดมยาสลบ การพักผ่อนการถอนยาสลบ<br>5.ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ ให้นอนพักบนเตียง ไม่นอนตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ระวังไอจามออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระ ไม่ให้น้ำเข้าตา ไม่ให้ขยี้ตา<br>6.เปิดโอกาสพูดคุย ชักถาม                                                                                                                                                                                                        |
| 2.ระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง | ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด     | ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด     | 1.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของความปวด<br>2.เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด<br>3.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน โดยให้มีเสียงและแสงสว่างน้อยที่สุด<br>4.พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ด้วยคำพูดและท่าทีที่อ่อนโยน เช่น “อาการปวดของท่านจะทุเลาลงหรือดีขึ้นหลังจากได้รับยา” หรือสัมผัสมือ หรือแขนเบาๆแทนคำพูด<br>5.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินผลหลังให้ยา 30-60 นาที หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์                                                                                       |
|                                  | เสี่ยงต่อการติดเชื้อกลับซ้ำ         | เสี่ยงต่อการติดเชื้อกลับซ้ำ         | 1.ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง<br>2.เช็ดตาวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อมีขี้ตา<br>3.การเช็ดตา หยอดตา ป้ายยา ใช้หลัก Aseptic technique ทุกครั้ง<br>4.แนะนำผู้ป่วยไม่ให้เอาที่ครอบตาออก ห้ามใช้มือหรือผ้าสัมผัสตา ไม่ให้น้ำเข้าตา ห้ามทาแป้งที่หน้า<br>5.ประเมินความผิดปกติ ได้แก่ ตามัวลง เปลือกตาบวมแดง เยื่อบุตาแดง กระຈกตาขุ่น มีหนองในช่องหน้าม่านตา มีขี้ตา ปวดตารับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์<br>6.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์                       |
|                                  | เสี่ยงต่อการเกิดแผลแยกหลังผ่าตัด    | เสี่ยงต่อการเกิดแผลแยกหลังผ่าตัด    | 1.แนะนำผู้ป่วยไม่ให้เอาที่ครอบตาออก ห้ามใช้มือหรือผ้าขยี้ตา ห้ามนอนคว่ำ การลุกจากเตียงต้องตะแคงลุกจากข้างไม่ผ่าตัด รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ระวังไอ จาม หรือออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระ ไม่ให้ออกกำลังกายหรือยกของหนัก<br>2.ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ระวังไม่ให้ผู้ป่วยใช้มือสัมผัสตา<br>3.ประเมินความผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยขัดเคืองตามากคล้ายขนตาไหม้ตา ให้รายงานแพทย์                                                                                                                         |
|                                  | เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาสูง | เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาสูง | 1.ประเมินอาการปวดศีรษะ เบ้าตา ท้ายทอย อาการคลื่นไส้ อาเจียน<br>2.แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะความดันลูกตาสูง<br>3.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล<br>4.ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยารับประทานและยาหยอดตาลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา                                                                                                                                                                                                                             |
|                                  | เสี่ยงต่อภาวะสลัดกระຈกตาที่ปลุกถ่าย | เสี่ยงต่อภาวะสลัดกระຈกตาที่ปลุกถ่าย | 1.ประเมินสภาพตาทุกครั้งที่เกิดตา หยอดตา เช่น กระຈกตาขุ่น ขอบแผลเย็บซีด<br>2.ประเมินความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตามัวลงให้รายงานแพทย์<br>3.ปิดตาด้วยที่ครอบตาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะกระทบกระเทือนต่อลูกตา<br>4.ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยารับประทานและยาหยอดตาตามแผนการรักษา                                                                                                                                                                                              |
|                                  | เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก              | เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก              | 1.ประเมินระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม<br>2.จัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ nurse's station<br>3.ใช้สื่อสัญลักษณ์ระวัง falling จัดกริ่งเรียกพยาบาลพร้อมแนะนำวิธีใช้ ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง<br>4.ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ตามความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย<br>5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน พื้นสะอาดไม่ลื่น มีแสงสว่างพอควร<br>6.จัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในเตียงที่มีราวกันเตียง ดึงราวกันเตียงโดยเฉพาะข้างที่สายตาไม่ดี<br>7.ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย |
| 3.ระยะจำหน่าย                    | ขาดความรู้ในการ                     | ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว           | 1.ประเมินความพร้อมกลับบ้าน<br>2.เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล | ผู้ป่วยรายที่ 1                                                                   | ผู้ป่วยรายที่ 2                                                         | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | ปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวยังไม่เพียงพอ | เมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวยังไม่เพียงพอ | 3.สอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ การเช็ดตา หยอดยา ป้ายยา การใช้ที่ครอบตา<br>4.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยใช้ D-METHOD ดังนี้<br>4.1D-Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ<br>4.2M-Medicine แนะนำการใช้ยา การเก็บรักษา ยา หยอดยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต<br>4.3E-Environment ระวังสิ่งแปลกปลอมฝุ่น ผง ครั่นเข้าตา ขณะเช็ดตา หยอดตา ไม่ควรเปิดพัดลม ไม่ควรเช็ดขณะทำความสะอาดบ้าน ระวังพื้นไม่ให้เปียกน้ำ จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ปลอดภัยมีแสงสว่างเพียงพอ มีราวจับที่มั่นคง ห้ามลงเล่นน้ำในสระในคลองหรือทะเลตลอดชีวิต<br>4.4T-Treatment<br>4.4.1ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังเช็ดตา หยอดตา<br>4.4.2การทำความสะอาดตา เช็ดตาวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน<br>4.4.3การหยอดยาแต่ละขวดห่างกัน 5 นาที หยอดยาก่อนป้ายยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ปิดตาด้วยที่ครอบตา<br>4.4.4ห้ามขยี้ตา ปีบตา หรือจับต้องบริเวณดวงตาที่ผ่าตัด อาบน้ำต้องระวังไม่ให้น้ำเข้าตา<br>4.4.5ห้ามสระผมเอง ควรนอนหงายให้ผู้อื่นสระให้และระวังไม่ให้น้ำเข้าตา<br>4.4.6ห้ามยกของหนัก ระวังการก้มต่ำกว่าเอว<br>4.4.7ระวังการใช้สายตา ห้ามจ้องหรือเพ่งสายตา เช่น การดูโทรทัศน์หรือโทรศัพท์มือถือ<br>4.4.8สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ตามัวลง ปวดตามาก ชีตตามาก ให้มาพบแพทย์ทันที<br>4.5H-Health นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ให้ออกกำลังกาย<br>4.6O-Out patient การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ช่องทางการติดต่อสื่อสาร<br>4.7D-Diet รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ<br>5.ในกรณีใส่ contact lens ต้องเปลี่ยนมาใช้แว่นสายตาแทน<br>6.ประเมินความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ |

## สรุป

**ผู้ป่วยรายที่ 1** ผู้ป่วยหญิงตาซ้ายมัวและปวดหลังใส่ contact lens นอน แพทย์วินิจฉัยเป็น severe corneal ulcer LE มี corneal perforation (micro leakage) ได้รับการแก้ไขโดย reform anterior chamber with gluing LE และได้รับการผ่าตัด penetrating keratoplasty (PKP) LE ตั้งแต่แรกได้รับประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหา ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

**ผู้ป่วยรายที่ 2** ผู้ป่วยเพศหญิงสูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ตาซ้ายมัวและปวดหลังโดนกิ่งกระถินบาดตา มีภาวะ hypokalemia hyperglycemia ความดันโลหิตสูง และมีความดันลูกตาสูง วินิจฉัยเป็น severe fungal corneal ulcer LE

with secondary ocular hypertension with hypertension ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด penetrating keratoplasty (PKP) LE ตั้งแต่แรกได้รับประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านผู้ป่วยได้ นัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์ โดยก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนมีความพร้อมและมั่นใจสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และทราบแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้

## อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็น severe corneal ulcer โดยมีสาเหตุที่แตกต่างกันแต่ขนาดของแผลกระจกตาใกล้เคียงกัน ทำให้ความสามารถในการ

มองเห็นไม่แตกต่างกันมากนัก ผู้ป่วยที่เป็น severe corneal ulcer สิ่งสำคัญคือความสามารถผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตาได้โดยได้รับกระจกตาบริจาคในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งแผลกระจกตาไม่ทะลุจนเชื้อลุกลามทั้งลูกตาทำให้จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก ก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตาต้องควบคุมเชื้อโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อกลับซ้ำ ผู้ป่วยต้องได้รับยาปฏิชีวนะหยอดตาที่ถูกเชื่อให้เร็วที่สุด ได้รับยาที่ส่งเสริมการหายของแผลกระจกตา ประเมินภาวะความดันลูกตาสูง หลีกเลี่ยงการปฏิบัติตัวที่ทำให้เสี่ยงต่อกระจกตาทะลุ หากแผลกระจกตาเริ่มทะลุ แพทย์จำเป็นต้องปิดรูรั่วนั้นจนกว่า

จะได้รับกระจกตาบริจาค ส่วนหลังการผ่าตัดจนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยและญาติต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันลูกตาสูง การติดเชื้อกลับซ้ำ แผลแยก ภาวะสลายกระจกตาที่ปลูกถ่าย ดังนั้นพยาบาลผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังติดตามอาการ รายงานความเปลี่ยนแปลง การให้กำลังใจ การสอนและฝึกทักษะการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีการมองเห็นดีขึ้นจากเดิม ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

6. กระทรวงสาธารณสุข. 2559. **ปลูกถ่ายกระจกตา 8,400 ดวงตาใน 5 ปีเทิดพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ**. URL <http://www.hf.org/content//2016/06/12245>. สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม 2565.
1. ฝ่ายจักษุวิทยา. 2554. **กระจกตาติดเชื้อ**. URL [http://www.chulalongkornhospital.go.th/unit/ipdchula/ipdchula/index.php?option=com\\_content&task=view&id=57&Itemid=64/](http://www.chulalongkornhospital.go.th/unit/ipdchula/ipdchula/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=64/). สืบค้น เมื่อ พฤษภาคม 2565.
2. ประกายรัตน์ ทองผิว. 2557. กระจกตาอักเสบจากการติดเชื้อรา. **สรรพสิทธิเวชสาร**. 35(2) : 104.
3. วิศรุตฯ วุฒยมาร. 2562. แผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ.2555-2559. **สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร**. 16(3) : 79.
4. เหมือนพลอย นิภารักษ์. 2561. **กระจกตาอักเสบติดเชื้อ**. URL <https://w1.med.cmu.ac.th/eye/files/student5>. สืบค้นเมื่อพฤษภาคม 2565.
5. Amiri, F. et al. 2017. **Corneal transplantation : A new view of live**. URL <http://www.ephysician.ir>. สืบค้นเมื่อพฤษภาคม 2565.

ผลการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ของผู้รับบริการฉีดวัคซีน  
โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ  
(The Reporting Adverse Events Following COVID - 19 Vaccination in The Area of  
Uthumphonphaisai Hospital, Uthumphonphaisai District, Sisaset Province)

(Received: July 4,2022 ; Accepted: August 8,2022)

สุภาพร จิรมหาศาล<sup>1</sup>  
Supaporn Jiramahasala<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ของผู้รับบริการฉีดวัคซีน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ภายใน 30 วัน ระหว่างวันที่ 21 เม.ย.2564 – 31 ม.ค. 2565 จำนวน 312 ราย ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลการได้รับวัคซีนโควิด 19 ของผู้รับบริการ โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ตามแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากระบบ AEFI DDC ข้อมูลจากระบบสารสนเทศภายในโรงพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ที่มีรายงานสูงสุดได้แก่ เพศหญิง ร้อยละ 78.20 อาชีพส่วนใหญ่ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48.10 ไม่มีประวัติแพ้ยา หรือประวัติโรคร่วม ร้อยละ 85.60 และ 77.60 ตามลำดับ วัคซีน Sinovac ร้อยละ 66.00 โดส 1 ร้อยละ 76.90 พบรายงาน AEFI ภายใน 1 วัน ร้อยละ 47.40 หายเองไม่ได้เข้ารับการรักษาร้อยละ 40.70 พบอาการไม่รุนแรง ร้อยละ 90.70 สถานะ หาย ร้อยละ 91.30 ดังนั้นควรส่งเสริมให้ประชาชนได้รับและเข้าถึงการบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เกิดความมั่นใจต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการได้รับวัคซีนโควิด 19

คำสำคัญ : วัคซีนโควิด 19 , เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19

Abstract

The objective of this study is to monitor the adverse events following immunization (AEFI) of the COVID-19 vaccine recipients at Uthumphonphaisai Hospital, Uthumphonphaisai District, Sisaset Province. The sample group that involved 312 cases of this study included the vaccine recipients who experienced the adverse events after receiving the COVID-19 vaccine within 30 days, i.e., between April 21, 2021 - January 31, 2022. The sample group was collected using a specific sample selection method. The COVID-19 vaccination information of the vaccine recipients was collected from the Primary Data obtained from the COVID-19 vaccination adverse reactions assessment form of the Ministry of Public Health together with the Secondary Data from the AEFI DDC system which is the information system within the hospital. The statistics used to analyze the data consist of the range, the frequency, the percentage, the mean, and the standard deviation. The results of the study

<sup>1</sup>โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

revealed that the most reported adverse events after vaccination against COVID-19 (AEFI) included the female recipients (78.20%), the most occupation recipients is the civil service/state enterprise recipients (48.10%), the recipients without a drug allergy or co-morbidity records (85.60% and 77.60%, respectively), the recipients who received Sinovac vaccine (66.00%), the recipients who received dose 1 (76.90%), the recipients who reported AEFI within 1 day (47.40%), the recipients who were recovered spontaneously without treatment (40.70%), the recipients who had mild symptoms (90.70%), and the recipients who were fully recovered (91.30%). Therefore, the public should be informed concerning the efficacy and the safety of the COVID-19 vaccines, and should also be encouraged to receive the COVID-19 vaccination.

Keywords: COVID-19 Vaccine, Adverse Events Following COVID-19 Vaccination

## บทนำ

ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ทั่วโลกที่มีผลยืนยันเท่ากับ 554,290,112 ราย เสียชีวิต 6,351,801 ราย โดยที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในทวีปยุโรป 232,847,580 ราย รองลงมาคือทวีปอเมริกา 165,428,595 ราย ส่วนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 58,833,923 ราย ซึ่งถ้านับการระบาดตั้งแต่ปลายปี 2562 จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทรัพยากร และเศรษฐกิจสังคมของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก สถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทย จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) ขณะนี้มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่มีผลยืนยันระหว่างวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 – 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เท่ากับ 4,548,533 ราย เสียชีวิต 30,882 ราย ข้อมูลการเฝ้าระวังของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 – 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบสายพันธุ์อัลฟา จำนวน 11,267 ราย ร้อยละ 74.08 สายพันธุ์เดลตา จำนวน 3,672 ราย ร้อยละ 24.14 และสายพันธุ์เบตา จำนวน 271 ราย ร้อยละ 1.78<sup>1</sup> ขณะที่โรคติดเชื้อโควิด 19 กำลังระบาดในวงกว้าง การพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ได้วิจัยและพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นมาตรการในการ

สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด 19

ประเทศไทย มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 หลายมาตรการ หนึ่งในมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขเร่งดำเนินการ คือ การจัดการบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ให้กับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจสามารถเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนได้คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ กำหนดกลุ่มเป้าหมายกลุ่มแรกได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย รวมถึง กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดระบบเฝ้าระวังติดตามอาการภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ไว้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (Existing AEFI surveillance) หรือระบบการเฝ้าระวังแบบปกติเช่นเดียวกับวัคซีนชนิดอื่น ระบบติดตามความปลอดภัยเชิงรุกสำหรับวัคซีนโควิด 19 (Active surveillance system for COVID – 19 vaccine) หรือระบบการเฝ้าระวังและรายงานข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์ การเฝ้าระวังกลุ่มอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนโควิด 19 (Adverse event of special interest: AESI) หรือระบบเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคและได้รับวัคซีนโควิด 19 (แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2, 2564) เพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในประสิทธิภาพและความ

ปลอดภัยของวัคซีนโควิด 19 คนไทยทุกคนได้รับวัคซีนโควิด 19 อย่างครอบคลุม เกิดอันตรายจากการได้รับวัคซีนน้อยที่สุด ผลการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุขและการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) ณ วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ประเทศไทย มีการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 138,276,107 โดส<sup>2</sup>

การให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีจำนวนผู้ได้รับวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2564 – 31 มกราคม พ.ศ. 2565 มีจำนวน 103,766 โดส แบ่งเป็น วัคซีน Sinovac จำนวน 27,639 โดส วัคซีน AstraZeneca จำนวน 33,886 โดส, วัคซีน Pfizer จำนวน 28,898 โดส วัคซีน Sinopharm 11,689 โดส และวัคซีน Moderna 1,654 โดส ซึ่งวัคซีนโควิด 19 แต่ละชนิด มีข้อมูลผลข้างเคียงในระยะยาวน้อย สามารถทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ เช่นเดียวกับวัคซีนชนิดอื่น ๆ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นกับผู้มารับบริการรายใด ช่วงระยะเวลาใด รุนแรงหรือไม่ จากการทบทวนข้อมูลการศึกษา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ในต่างประเทศ มีดังนี้ Arifa Sultana et al (2021)<sup>3</sup> ศึกษาผลการฉีดวัคซีน Oxford – AstraZeneca ที่บังคลาเทศ พบว่า มีอาการปวด บวมบริเวณที่ฉีด ร้อยละ 37.07 มีไข้ ร้อยละ 25.84 ปวดตามตัวและปวดข้อ ร้อยละ 12.52 และ เกิด Anaphylaxis ร้อยละ 0.32 มีอาการข้างเคียงจากวัคซีนที่รุนแรง ร้อยละ 8.67 ต้องรักษาตัวมากกว่า 1 สัปดาห์ เช่นเดียวกับ Syed Shahzad Hasan et al (2022)<sup>4</sup> ศึกษาการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประเทศปากีสถานพบว่า มีไข้ หรือหนาวสั่น (Shivering accounted) ร้อยละ 35 ปวดแดงบริเวณที่ฉีด ร้อยละ 28 ปวดศีรษะร้อยละ 26 คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 4 ท้องเสีย ร้อยละ 3 และเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง 24 เหตุการณ์

การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนคิดเป็น 0.27 – 0.79 ต่อ 1000 รวมถึง Toyotaka Iguchi et al (2021)<sup>5</sup> ศึกษาในประเทศญี่ปุ่นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 ฉีด Pfizer- BioNTech จำนวน 578,835 โดส ในบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่สถาบัน Pharmaceutical and Medical Devices Agency (PMDA) ได้รับรายงานการเกิด Anaphylaxis และ Anaphylactoid จำนวน 181 รายงาน พบในเพศหญิง 171 รายงานซึ่งเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินของ Brighton Collaboration Criteria พบว่ามีเพียง 47 รายเท่านั้นที่เกิด Anaphylaxis จริง อัตราการรายงานเท่ากับ 8.1 ต่อแสนโดส รวมถึงการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> รายงานการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อาการข้างเคียงที่เกิดภายหลังจากการได้รับวัคซีนโควิด 19 เท่ากับ ร้อยละ 0.04, 0.06, 0.35 เมื่อได้รับวัคซีน Pfizer – BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson's Janssen ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นอาการเล็กน้อย ได้แก่ ปวดศีรษะ ร้อยละ 0.01 มีไข้ ร้อยละ 0.01 อาการที่รุนแรง ได้แก่ Anaphylaxis ร้อยละ 0.0003 เสียชีวิต ร้อยละ 0.002 นอกจากนี้ Paul J. Turner et al (2021)<sup>7</sup> ศึกษาการเกิด Anaphylaxis กับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิด Anaphylaxis อยู่ที่ 1 : 200,000 โดส เมื่อได้รับวัคซีน Pfizer – BioNTech ส่วนวัคซีน Moderna มีอัตราเท่ากับ 1 : 360,000 โดส นอกจากนี้ Miquel Garcia – Grimshaw et al (2021)<sup>8</sup> ได้ศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด โดส 1 ของวัคซีน BNT162b2 mRNA ใน Mexico จำนวน 704,003 โดส พบว่ามีรายงาน AEFI 6,536 รายงาน คิดเป็นร้อยละ 0.93 โดยร้อยละ 65.00 มีอย่างน้อย 1 รายงานที่มี Neurologic และร้อยละ 0.005 เกิด serious AEFI คิดเป็น 4.7 ต่อ 100,000 โดส

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การจัดบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้มารับบริการเป็นสำคัญ ต้องมีการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI)

อย่างต่อเนื่อง มีระบบรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้าในกลุ่มไลน์ AEFI ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระบบรายงานของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานเข้าระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลผลข้างเคียงในระยะยาว และตอบสนองแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้นการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ในภาพรวมจึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลผลข้างเคียงในระยะยาวที่ถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ศึกษาจึงสนใจติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งอาการไม่รุนแรง และ อาการรุนแรงว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการได้รับวัคซีนโควิด 19 เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจในความปลอดภัย และเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด 19 ว่าช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค เกิดอันตรายภายหลังได้รับวัคซีนน้อยที่สุด

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ของผู้มารับบริการฉีดวัคซีน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนที่อาการไม่รุนแรง และอาการรุนแรง

### วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ณ จุดบริการของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 21 เม.ย.2564 – 31 มกราคม 2565 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง มี

เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1. ประชาชนที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ภายใน 30 วันหลังได้รับวัคซีน 2. มีการบันทึกข้อมูลในแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนโควิด 19 บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน AEFI DDC บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลครบถ้วน มีเกณฑ์การคัดออก 1. ประชาชนทั่วไปที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนเกินระยะเวลา 30 วัน 2. ข้อมูลในระบบรายงานไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถติดตามผลได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มาปรับปรุงและพัฒนาจนได้แบบเก็บข้อมูลที่ใช้เก็บข้อมูลรายบุคคล ซึ่งในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนที่ได้รับบริการ ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการขอจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2022 - 017 วันที่รับรอง 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดมาใช้ในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19

### ผลการศึกษา

การศึกษครั้งนี้ แบ่งการนำเสนอ ผลการศึกษาออกเป็น ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยวัคซีน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ภายใน 30 วัน ระหว่างวันที่ 21 เมษายน 2564 – 31 มกราคม 2565 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 312 ราย ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 78.20 มีอายุ 36 – 59 ปี ร้อยละ 47.10 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.85 ปี อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48.10 ไม่มีประวัติแพ้ยา ร้อยละ 85.60 ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 77.60

2. ข้อมูลชนิดวัคซีนโควิด 19 ที่จัดให้บริการ และข้อมูลเบื้องต้นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังวัคซีนโควิด 19 โดยแหล่งที่มาของรายงาน AEFI ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการประเมินตนเอง ร้อยละ 47.10 วัคซีนที่ได้รับรายงาน AEFI สูงสุดคือ วัคซีนชนิด Sinovac ร้อยละ 66.00 โดสวัคซีนที่ได้รับคือ โดส 1 ร้อยละ 76.90 ระยะเวลาที่พบรายงาน AEFI ส่วนใหญ่คือภายหลังวันที่ 1 ร้อยละ 47.40 ไม่ได้เข้ารับการรักษาร้อยละ 40.70 สถานะผู้ป่วย หาย ร้อยละ 91.35

3. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) อาการไม่รุนแรง พบร้อยละ 90.70 ส่วนใหญ่อาการที่รายงาน AEFI มีอาการวิงเวียน และอ่อนเพลีย ร้อยละ 10.66 รองลงมา ปวดศีรษะ ร้อยละ 10.50 รายงาน AEFI ที่พบสูงสุดในแต่ละวัคซีน คือ วัคซีน Sinovac พบอาการง่วงนอน ร้อยละ 100.00 AstraZeneca พบอาเจียน ร้อยละ 60.61 Pfizer พบ ใจสั่น ร้อยละ 34.78 Sinopharm พบ หายใจไม่อิ่ม ร้อยละ 21.43 โดสที่พบรายงาน AEFI มากที่สุดคือ โดส 1

4. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) อาการรุนแรง พบร้อยละ 9.30 ส่วนใหญ่ เป็นผู้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป ร้อยละ 7.69 อาการที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ร้อยละ 1.60 จำแนกเป็น พบ Anaphylaxis 4 โดส ร้อยละ 1.28 เป็นรายงานการได้รับวัคซีน AstraZeneca 2 โดส (5.90 ต่อแสนโดส) และได้รับวัคซีน Sinopharm 2 โดส (17.11 ต่อแสนโดส) พบ Acute myocarditis 1 โดส ร้อยละ 0.32 เป็นรายงานการได้รับวัคซีน Pfizer 1 โดส (3.46 ต่อแสนโดส) เสียชีวิต 4 โดส ร้อยละ 1.28 จำแนกเป็น รายงานการได้รับวัคซีน Sinovac 1 โดส (3.62 ต่อแสนโดส) และ ได้รับวัคซีน AstraZeneca 3 โดส (8.85 ต่อแสนโดส) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ อัตราการรายงานต่อแสนโดสจำแนกตามชนิดของวัคซีน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI) ที่มีอาการรุนแรง

| AEFI รุนแรง                                     | ชนิดของวัคซีน (โดส) |                 |                 |                  | AEFI  |        |
|-------------------------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------|--------|
|                                                 | Sinovac             | AstraZeneca     | Pfizer          | Sinopharm        | จำนวน | ร้อยละ |
| เสียชีวิต                                       | 1<br>(3.62:แสน)     | 3<br>(8.85:แสน) | 0               | 0                | 4     | 1.28   |
| อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต                          | -                   | -               | -               | -                | 5     | 1.60   |
| - Anaphylaxis                                   | 0                   | 2<br>(5.90:แสน) | 0               | 2<br>(17.11:แสน) | 4     | 1.28   |
| - Acute myocarditis                             | 0                   | 0               | 1<br>(3.46:แสน) | 0                | 1     | 0.32   |
| ผู้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป | 9                   | 11              | 3               | 1                | 24    | 7.69   |

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ประเภท

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ภายใน 30 วัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.20 อายุ 36- 59 ปี ร้อยละ 47.10 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 48.10 ไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 85.60 และ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.60 สอดคล้องกับการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> ที่ศึกษาความปลอดภัยของการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิง ร้อยละ 73.46 สอดคล้องกับการศึกษาของ Vincenza Gianfredi et al (2021)<sup>9</sup> ที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Prativa Subedi et al (2021)<sup>10</sup> พบเพศหญิง ร้อยละ 58.00 เพศชาย ร้อยละ 42.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rajneesh K. Joshi et al (2021)<sup>11</sup> พบ AEFI ในเพศหญิง ร้อยละ 19.10 เพศชาย ร้อยละ 5.90 ทั้งนี้มีผู้รับบริการบางรายที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดกับการได้รับวัคซีนจนเกิดอาการ เช่น เป็นลม ปวดเกร็งท้อง คลื่นไส้ ตามัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ชา แขนขาอ่อนแรง โดยส่วนใหญ่มักเกิดอาการไม่กี่นาทีหลังฉีด บางรายเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน องค์การอนามัยโลกนิยามกลุ่มอาการจากปฏิกิริยานี้ว่า Immunization Stress-Related Response (ISRR) โดยอาการที่เกิดขึ้น ISRR มักเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย<sup>12</sup> เนื่องจากวัคซีนโควิด 19 เป็นวัคซีนชนิดใหม่ มีข้อมูลผลข้างเคียงน้อย เพศหญิงจึงมีการวิตกกังวล หรือเครียดกับการได้รับวัคซีนโควิด 19 เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและระบบประสาทแบบไม่รู้ตัวได้ ดังนั้นหน่วยบริการจึงควรจัดสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีนไม่ให้เกิดความแออัด เสียงดัง ร้อนาน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้มารับบริการ

วัคซีนที่ได้รับรายงาน AEFI สูงสุด คือ Sinovac ร้อยละ 66.00 รองลงมาได้แก่ AstraZeneca ร้อยละ 20.20 แตกต่างกับการศึกษา

ของ พิมพ์กา อินทวงศ์ (2565)<sup>13</sup> พบว่า อุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนฯ รายงานไว้ในระบบหมอพร้อม ภายใน 30 วัน คือวัคซีน Pfizer ร้อยละ 51.90 รองลงมาได้แก่ AstraZeneca ร้อยละ 38.65 อุบัติการณ์รวม ร้อยละ 31.42 ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของระบบเฝ้าระวังแบบเชิงรับหรือเชิงรุกทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ต่างกัน ระบบหมอพร้อมสามารถประเมินได้ทันทีในสมาร์ตโฟน แต่ในการศึกษานี้คือให้ผู้รับบริการฉีดวัคซีนทำแบบประเมินตนเองภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 และให้นำมาส่งเจ้าหน้าที่ในรอบนัดฉีดถัดไป กรณีผู้ป่วยในได้จากการรวบรวมข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI - DDC) กรณีผู้ป่วยนอกรวบรวมข้อมูลจากประวัติการรักษาในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ทำให้การรับรายงานเป็นลักษณะเชิงรับ ทำให้ได้ข้อมูลการรายงาน AEFI ต่ำ

โดสวัคซีนที่ได้รับรายงาน AEFI สูงสุด คือ โดส 1 ร้อยละ 76.90 สอดคล้องกับการศึกษาของ Minji Jeon et al (2021)<sup>14</sup> ที่ศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน ChAdOx1 nCoV – 19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเกาหลีใต้ ระหว่างการให้โดส 1 และโดส 2 พบว่า โดส 1 มีรายงานการเกิด AEFI ร้อยละ 71.8 ส่วนโดส 2 ร้อยละ 52.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kapil Madi Poudel et al (2022)<sup>15</sup> พบ AEFI ในวัคซีน AZD1222 (Covishield) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงในเนปาล โดส 1 ร้อยละ 79.90 ส่วนโดส 2 ร้อยละ 31.20

ระยะเวลาการเกิด AEFI ส่วนใหญ่พบวันที่ 1 ร้อยละ 73.39 สอดคล้องกับการศึกษาของ Atalay Gouhu Muleneh et al (2022)<sup>16</sup> ที่พบว่า AEFI ส่วนใหญ่เกิดในวันที่ 1 ร้อยละ 82.33 ส่วนวันที่ 2 พบร้อยละ 13.36 สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม รัฐวงษา และคณะ (2021)<sup>17</sup> ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการคัดกรองความเสี่ยง และการดูแลเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียง จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ร้อยละการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีด

วัคซีนโควิด 19 ก่อนการพัฒนาวันที่ 1 สูงที่สุด ร้อยละ 11.46 รองลงมา คือ ภายใน 30 นาทีแรก ร้อยละ 3.41 หลังการพัฒนา วันที่ 1 สูงที่สุด ร้อยละ 3.13 รองลงมา ภายใน 30 นาทีแรก ร้อยละ 0.39 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> ที่พบว่า อาการข้างเคียงที่พบ ร้อยละ 68.51 รายงานใน 72 ชั่วโมงภายหลังการได้รับวัคซีน ร้อยละ 10.20 รายงานภายหลัง 7 วัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด ส่วนใหญ่จะเกิดภายในวันแรกของการได้รับวัคซีน รองลงมาเป็นภายใน 30 นาทีแรก ดังนั้น ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนตั้งแต่ 30 นาทีแรก จนกระทั่งถึง วันที่ 1 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้มารับบริการให้ได้รับการช่วยเหลือไปสู่การรักษาอย่างทันท่วงที

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน จำแนกตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ AEFI พบ อาการไม่ร้ายแรง ร้อยละ 90.70 หายได้เอง ไม่ได้เข้ารับการรักษา ร้อยละ 40.70 ซึ่งผู้มารับบริการฉีดวัคซีนที่พบ AEFI จะมีรายงาน AEFI อย่างน้อย 1 อาการ อาการไม่รุนแรงที่พบ มากที่สุดคือ วิงเวียน เท่ากับ อ่อนเพลีย ร้อยละ 10.66 รองลงมาคือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 10.50 และ มีไข้ ร้อยละ 7.52 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Atalay Goshu Muluneh et al (2022)<sup>16</sup> ที่ศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (ChAdOx1 COV-19) พบอาการ AEFI ที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 63.04 รุนแรง ร้อยละ 7.78 อาการหายไปภายใน 1 – 22 วัน และแตกต่างกับการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> ที่ศึกษาความปลอดภัยของการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่รุนแรง พบได้บ่อยได้แก่ ปวดศีรษะ ร้อยละ 0.01 ไข้ ร้อยละ 0.01 ข้อมูลนี้ทำให้ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เกิดความมั่นใจต่อความปลอดภัยของวัคซีนยิ่งขึ้น

วัคซีน Sinovac มีรายงาน AEFI สูงสุดคือ ง่วงนอน ร้อยละ 100 แตกต่างจากข้อมูลของสมาคมพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ (สพปร.) ที่แสดงในระบบออนไลน์ว่า ผลข้างเคียงของ Sinovac ร้อยละ 35 พบ ไข้ เหนื่อย ปวดหัว คลื่นไส้ การศึกษาที่พบวัคซีน Sinopharm มีรายงานอาการหายใจไม่อึด ร้อยละ 21.43 สอดคล้องกับข้อมูลการรายงานของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ที่รายงานข้อมูลในระบบออนไลน์วันที่ 25 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 พบว่า ฉีดวัคซีน Sinopharm จำนวน 67,992 ราย ติดตามอาการระหว่างสังเกตอาการ พบผลข้างเคียง ร้อยละ 0.1 อาการที่พบ ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่อึด ติดตามวันที่ 1 พบ ปวดศีรษะ ร้อยละ 2.3 รองลงมาเป็นปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและอ่อนเพลีย ร้อยละ 1.7 เท่ากัน

วัคซีน AstraZeneca มีรายงาน AEFI สูงสุดคือ อาเจียน ร้อยละ 60.61 แตกต่างกับการศึกษาของ Atalay Goshu Muluneh et al (2022)<sup>16</sup> ที่ พบ อาการ ปวด บวม แดงบริเวณที่ฉีด ร้อยละ 75.29 อ่อนเพลีย ร้อยละ 43.35 และแตกต่างกับการศึกษาของ Prativa Subedi et al (2021)<sup>8</sup> ที่พบอาการบวม แดงบริเวณที่ฉีด ร้อยละ 60.30 ปวดบริเวณที่ฉีด ร้อยละ 42.40 และ ไข้ 38.20

วัคซีน Pfizer มีรายงาน AEFI สูงสุดคือ ใจสั่น ร้อยละ 34.78 แตกต่างกับการศึกษาของ Kapil Madi Poudel et al (2022)<sup>15</sup> ที่พบอาการ ปวดบริเวณที่ฉีด ร้อยละ 86.50 เหนื่อยเพลีย ร้อยละ 62.60 ปวดกล้ามเนื้อ 58.80 ปวดศีรษะ 51.80 และ ไข้ ร้อยละ 49.00 แตกต่างกับการศึกษาของ Arifa Sultana et al (2021)<sup>3</sup> ที่พบอาการ ปวด บวมบริเวณที่ฉีดและไข้ ร้อยละ 37.07 และแตกต่างกับการศึกษาของ Rajneesh K. Joshi et al (2021) พบ ไข้ ร้อยละ 3.98 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 3.30 แตกต่างกับการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> ที่พบ ปวดศีรษะ รายงานสูงสุด 94.98 ต่อล้านโดส การศึกษานี้ไม่มีรายงาน AEFI จากการได้รับวัคซีน Moderna แตกต่างกับการศึกษาของ ของ Amninder

Singh et al (2022)<sup>6</sup> ที่พบ ปวดศีรษะ รายงานสูงสุด 112.16 ต่อล้านโดส

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 (AEFI) ที่รุนแรง ร้อยละ 9.30 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน ส่วนน้อยที่เกิดเหตุการณ์รุนแรง พบการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 7.69 รองลงมาเป็น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ร้อยละ 1.60 เสียชีวิต เกิด Anaphylaxis เท่ากัน ร้อยละ 1.28 พบ Acute myocarditis ร้อยละ 0.32 การศึกษาครั้งนี้พบรายงาน Anaphylaxis จากวัคซีน AstraZeneca จำนวน 2 ราย (8.85 ต่อแสนโดส) วัคซีน Sinopharm จำนวน 2 ราย (17.11 ต่อแสนโดส) พบในโดส 1 เท่ากับ โดส 2 ร้อยละ 0.64 ซึ่งสูงกว่าการรายงานสถานการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID – 19 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่รายงานในระบบออนไลน์ เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2565 พบว่า อาการแพ้ยา รุนแรง (Anaphylaxis) อัตรารายงานต่อแสนโดส จำแนกตามชนิดวัคซีน Sinovac : AstraZeneca : Sinopharm : Pfizer คือ 0.17 ต่อแสน : 0.05 ต่อแสน : 0.03 ต่อแสน : 0.03 ต่อแสน ตามลำดับ สูงกว่าการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> พบ Anaphylaxis ร้อยละ 0.0003 ส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง เสียชีวิต พบร้อยละ 0.63 สูงกว่าการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> พบ เสียชีวิต ร้อยละ 0.002 ทั้งนี้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบสามารถอธิบายได้ว่าการเสียชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้มีการยืนยันจากคณะผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากการได้รับวัคซีนโควิด 19 หรือไม่ การศึกษานี้เป็นการรายงานเบื้องต้น ต่ำกว่าการศึกษาของ Alexis L.Beatty et al (2021)<sup>18</sup> พบว่า มีรายงาน Anaphylaxis ร้อยละ 0.3 (26/8680) หลังจากได้รับ โดส 1 วัคซีน Pfizer/BioNTech (BNT162b2) (299.53 ต่อแสนโดส) , ร้อยละ 0.2 (27/11 140) หลังได้รับ โดส 2 วัคซีน Moderna (mRNA-1273) (242.35 ต่อแสนโดส)

แตกต่างจากการศึกษาของ Toyotaka Iguchi et al (2021)<sup>5</sup> ที่ศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการเกิด Anaphylaxis ภายหลังการได้รับ mRNA COVID-19 Vaccine(Pfizer/BioNTech) ในประเทศญี่ปุ่น พบว่ามีรายงาน Anaphylaxis 181 ราย ต่อ 578,835 โดส แต่ เมื่อ ประเมิน ด้วย เกณฑ์ ของ Brington Collaboration Criteria พบ 47 รายที่เข้าเกณฑ์ หรืออัตราเท่ากับ 8.12 ต่อแสนโดส นอกจากนี้ การศึกษานี้พบผู้รับบริการฉีดวัคซีน เพศชาย 1 ราย อายุ 17 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีรายงานเกิด Acute myocarditis ภายหลังได้รับวัคซีน Pfizer โดส 2 ในการติดตามภายหลังวันที่ 7 โดยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้าย ใจสั่น คิดเป็นอัตราการรายงาน 3.46 ต่อแสนโดสซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Amninder Singh et al (2022)<sup>6</sup> ที่พบเพียง 0.85 ต่อล้านโดส และสูงกว่ารายงานสถานการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID – 19 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค วันที่ 26 มิถุนายน 2565 ที่รายงานอัตราการรายงานต่อแสนโดสของวัคซีน Pfizer อยู่ที่ 0.10 ต่อแสนโดส เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษานี้อัตรา รายงาน เกิด myocarditis สูงกว่าในระดับประเทศ การศึกษาของ Ioanna Istampoulouglou et al (2021)<sup>19</sup> ที่ ศึ ก ษ า ก ร เกิด Myocarditis และ pericarditis กับการได้รับ Covid - 19 mRNA ศึกษา ผู้ป่วย 16 ราย ผลการศึกษา myocarditis พบ เพศชาย ร้อยละ 60 อาการที่เกิดส่วนใหญ่เป็นอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน (acute chest pain) ผู้ป่วย 4 ราย ร้อยละ 80 ได้รับวัคซีน mRNA-vaccine (Moderna) ร้อยละ 20 ได้รับวัคซีน Comirnaty (Pfizer) และในการศึกษาเดียวกันมีการรายงาน อุบัติการณ์การเกิด myocarditis (Disease Control and Prevention : CDC) ในวัยรุ่นชายจะเกิดขึ้นไม่นานหลังได้รับโดส 2 โดยประมาณ 4.8 รายต่อล้านโดสของวัคซีน mRNA-vaccine

#### ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ข้อมูลการสังเกตอาการ เพื่อให้ผู้รับบริการเฝ้าระวังอาการไม่พึง

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ข้อมูลการสังเกตอาการ เพื่อให้ผู้รับบริการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 เกิดความเชื่อมั่นต่อความปลอดภัยของวัคซีน

2. ควรมีการนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการรับรายงานอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 เพื่อให้ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุ ได้เข้าถึงระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนได้อย่างครอบคลุม

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถนำไปวางแผนการจัดบริการวัคซีนโควิด 19 ต่อไปในอนาคต

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์ระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 . ทีเอส อินเทอร์เน็ตพรีนจำกัด. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ค.65. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf>
2. World Health Organization Thailand. (2022). WHO Coronavirus (Covid - 19 ) Dashboard .Retrieved July 12, 2022 from .[Internet]. <https://covid19.who.int/>
3. Arifa Sultana, Saimon Shahriar, Md. Rafat Tahsin, Sabiha Rahman Mim, Kazi Rubiya Fatema, Ananya Saha. A Retrospective Cross – sectional Study Assessing Self- Reported Adverse Event following Immunization (AEFI) of the COVID – 19 Vaccine in Bangladesh. [Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696198/>
4. Syed Shahzad Hasan, Abdur Rashid, Sundus Osama, Zia Ul Mustafa, Hamid A. Merchant. Covid – 19 Vaccine safety and adverse event analysis from Pakistan.[Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772613422000154>
5. Toyotaka Iguchi, Hikari Umeda, Michie kojima, Yuri Kanno, Yuta Tanaka, Natsumi Kinoshita, Daisaku Sato. Cumulative Adverse Event Reporting of Anaphylaxis After mRNA covid-19 Vaccine (Pfizer-BioNTech) Injections in Japan: The First – Month Report. [Internet]. [cited 2022 July 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34347278/>
6. Amninder Singh, Ratesh Khillan , Yogendra Mishra, Sumit Khurana. The safety profile of COVID – 19 vaccination in the United States. American Journal of Infection Control 50 (2022) 15 – 19. [Internet]. [cited 2022 July 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34699960/>

7. Paul J. Turnera,c, Ignacio J. Ansoteguib, Dianne E. Campbellc,s, Victoria Cardonad, Motohiro Ebisawae, Yehia El-Gamalf, Stanley Finemang, Mario Gellerh, Alexei Gonzalez-Estradai, Paul A. Greenbergerj, Agnes S. Y. Leungk, Michael E. Levinl, Antonella Murarom, Mario Sánchez Borgesn, Gianenrico Sennao, Luciana K. Tannop,t, Bernard Yu-Hor Thongq and Margitta Wormr. COVID-19 vaccine-associated anaphylaxis: A statement of the World Allergy Organization Anaphylaxis Committee. [Internet]. ]. [cited 2022 July 9]. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33558825/>
8. Miguel Garcia-Grimshaw, Santa Elizabeth Ceballos- Liceaga, Laura Hernandez- Vanegas, Isaac Nunez, Noe Hernadez- Valdivia, Daniel Amado Carrillo-Garcia et al. Neurologic adverse events among 704,003 first-dose recipients of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in Mexico: A nationwide descriptive study. [Internet]. ]. [cited 2022 July 9]. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34147649/>
9. Vincenza Gianfredi, Massimo Minerva, Giulia Casu, Michele Capraro, Greta Chiecca, Giovanni Gaetti et al. Immediate adverse events following COVID-19 immunization. A cross-sectional study of 314,664 Italian subjects.[Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34739452/>
10. Prativa Subedi , Gopal Kumar Yadav, Binod Paudel, Anu Regmi , Prajjwal Pyakurel. Adverse events following the first dose of Covishield (ChAdOx1 nCoV-19) vaccination amonghealthworkersinselected districts of central and western Nepal: A cross-sectional study. [Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34932553/>
11. Rajneesh K. Joshi, C.G. Muralidharan, D.S. Gulati, Vishwavijet Mopager, Jaidev KP. Dew, Sumit Kuthe, A.A. Rather. Higher incidence of reported adverse events following immunization (AEFI) after first dose of COVID-19 vaccine among previously infected health car workers. [Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377123721001313?via%3DiHub>
12. สถาบันประสาทวิทยาและกรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติสำหรับอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนป้องกันโรค กรณีปฏิกิริยาที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการฉีดวัคซีน กลุ่มอาการคล้ายภาวะหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564[เข้าถึงเมื่อ 2564 กรกฎาคม 24] เข้าถึงได้จาก  
[https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content\\_File/Covid\\_Health/Attach/25640430093047AM\\_แนวทางอาการไม่พึงประสงค์%20ISRR\\_25Apr2021.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640430093047AM_แนวทางอาการไม่พึงประสงค์%20ISRR_25Apr2021.pdf)
13. พิมพ์กา อินทวงศ์ (2565). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565
14. Minji Jeon, Jehun Kim, Chi Eun Oh, and Jin – Young Lee. Adverse Events Following Immunization Associated with the First and Second Doses of the ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine among Healthcare Workers in Korea. [Internet]. [cited 2022 July 8]. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8537428/>

15. Kapil Madi Poudel, Neha Shah, Manab Prakash, Santosh Kumar Deo, Sunita Bhandari, Tika Ram Poudel. Determinants of associated events following AZD1222 (Covishield) vaccination in a high-risk population in Nepal. [Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505278/>
16. Atalay Goshu Muluneh, Mehari Woldemariam Merid, Kassahun Alemu Gelaye, Sewbesew Yitayih Tilahun, Nahom Worku Teshager, Aklilu Yiheyis Abereha et al. More Than Three-Fourths of AstraZeneca (ChAdox1 COV-19) COVID-19 Vaccinated Individuals Develop Post Immunization Adverse Event in Northwest Ethiopia. [Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9078864/>
17. อาคม รัฐวงษา และคณะ (2021). การพัฒนาระบบการคัดกรองความเสี่ยง และการดูแลเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียง จากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทยปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564
18. Alexis L. Beatty, Noah D. Peyser, Xoonitl E. Butcher, Jennifer M. Cocohoba, Feng Lin, Jeffrey E. Olgin et al. Analysis of COVID-19 Vaccine Type and Adverse Effects Following Vaccination. [Internet] [cited 2022 august 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8696570/>
19. Ioanna Istampoulouglou, Georgios Dimitriou, Selina Spani, Andreas Christ, Barbara Zimmermanns, Sarah Koechlin et al. Myocarditis and pericarditis in association with covid – 19 mRNA vaccination : cases from a regional pharmacovigilance centre. [Internet]. [cited 2022 July 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8587334/pdf/gcsp-2021-3-e202118.pdf>

## การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา Nursing Care of Pneumonia Patient with Sepsis : A case study

(Received: July 4,2022 ; Accepted: August 2,2022)

จันจิรา กุยก้าว<sup>1</sup>

Junjira Kuikaew,RN

### บทคัดย่อ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมี ไอมีเสมหะขาว ใส ไม่เจ็บคอ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอมีเสมหะเหลือง เหนียว หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Sepsis รับไว้รักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ได้รับออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula (HFNC) ได้ให้พยาบาล ระวังวิกฤต ป้องกันภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด ต้องได้รับออกซิเจนด้วย HFNC เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกายและป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่ ระวังถึงวิกฤต เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อการได้รับออกซิเจนด้วย HFNC ต้องสังเกตภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากออกซิเจนเป็นพิษ เมื่ออาการดีขึ้นเริ่มระยะฟื้นฟู ดูแลหยาเครื่อง HFNC และลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ เตรียมวางแผนระยะจำหน่ายโดยให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังจำหน่ายตามหลัก D-METHOD รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน และจากการติดตามผลการรักษาพบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

บทบาทของพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤต ชูเกิน ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย เพราะแต่ละระยะสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการประเมินภาวะ pneumonia รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis อย่างชำนาญ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย แต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

**คำสำคัญ :** ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในกระแสเลือด, การพยาบาล

### Abstract

A 72-year-old man that was 5 days before came to hospital, she had cough with white sputum, no sore throat. Then 2 days before came to hospital she had fever yellow mucus and dyspnea so relatives token to hospital. Diagnosis is Pneumonia with Sepsis admit at the male medicine ward with High-flow nasal cannula (HFNC). Nursing care in critical period was prevent septic shock and electrolyte imbalance, received HFNC for treatment hypoxemic respiratory failure and delayed intubation worse clinical outcome from pneumonia with sepsis. In semi-critical period was observe oxygen toxicity after on HFNC. When clinical improve came to convalescence period wean off HFNC and given doctor's treatment plan for reduced fear for disease. In discharge plan use D-METHOD to prevent risk of recurrence from lack of knowledge and good practice. Total 7 days for admission, the complication were not found when follow up

<sup>1</sup> พว. โรงพยาบาลปากช่องนานา

The role of nurse in the medicine ward is very important in nursing care. The patient in critical period, semi-critical period, convalescence and discharge plan, every step can cause complications possible to risk of death. Therefore, the nurse must have the knowledge, skill development and expertise in assessment pneumonia with sepsis patient care leading to effective nursing practice corresponding to the problems of each patient and increasing good nursing outcomes.

**Keyword:** Pneumonia, Sepsis, Nursing

## บทนำ

ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว ทำให้อาการแสดงไม่ชัดเจน ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้<sup>1</sup> ประกอบกับอยู่ในช่วงเกิดการระบาดของไวรัส covid 19 ทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้าหลังมีอาการจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด

ภาวะแทรกซ้อนและอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก<sup>2</sup> ในปี 2563 ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ความชุกของ sepsis ประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 62-73.9<sup>3</sup> จากสถิติโรงพยาบาลปากช่องนานาปี 2562-2564 พบข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะ Septic shock ร้อยละ 9.5, 19 และ 20 ตามลำดับ ซึ่งโรคติดเชื้อที่อาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบถุงน้ำดีอักเสบ เป็นต้น<sup>4</sup>

การติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งตามระดับความรุนแรงได้ 4 ระยะ คือ 1) Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) 2) Sepsis 3) Severe sepsis 4) Septic shock ผู้ป่วย Sepsis ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้เข้าสู่ภาวะ Septic shock และ

เสียชีวิตเนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว<sup>5</sup> บทบาทพยาบาลอายุรกรรมที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด นับว่าเป็นความท้าทายของพยาบาลในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้และฝึกฝนทักษะขั้นสูงในการจัดการกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกและระบบไหลเวียนกลับสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน รอดพ้นจากระยะวิกฤต สามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟู และจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลตนเองได้ดี ไม่กลับมาป่วยซ้ำอีกใน 1 เดือน

## กรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 12 กันยายน 2564 การวินิจฉัยโรคแรกรับ Pneumonia with sepsis การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Lobar Pneumonia with sepsis

**อาการสำคัญ** ไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมี ไอมีเสมหะขาว ใส ไม่เจ็บคอ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอมีเสมหะเหลือง เหนียว หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 5 ปี ทานยาสม่ำเสมอ ความดันอยู่ในช่วง 130/80-140/90 mmHg ไม่ดื่มเหล้า เคยสูบบุหรี่วันละซอง มา 20 ปี เลิกสูบได้ 20 ปี

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว** บิดามารดาเสียชีวิตแล้วทั้งคู่ไม่มีโรคประจำตัว

**ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต** เป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรแยกบ้านอยู่คนละหลัง

#### การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างผอม สูง ผิวเหลือง รู้สึกรู้สิดำ หายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่า O<sub>2</sub> saturation เท่ากับ 89%

ระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง ผิวสีขาเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาด ตัดสั้น ดูซีด

ศีรษะและใบหน้า ผมนี้น้ำตาลเข้มขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนึ่งตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ใบหูจมูก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดทั้งสองข้าง หายใจออกได้ยินเสียง Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร หน้าท้องนุ่ม (soft) คลำไม่มีก้อน ตับม้ามไม่โต ไม่มีแผลเป็น ไม่มีประวัติการผ่าตัด

กล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดปกติ Motor power grade 5

#### การประเมินสภาพสังคม

สภาพจิตใจ เป็นคนใจเย็น สุขุม มีน้ำใจ

อัตมโนทัศน์ มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง ความทรงจำ มีความจำในอดีต และปัจจุบันได้ดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆได้ครบถ้วน

การรับรู้ สามารถระบุ วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง

กระบวนการคิด มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล

การดูแลตนเอง มีความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคของตนเอง ปกติสามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้

แบบแผนการเผชิญปัญหา ยอมรับการเจ็บป่วยและยอมรับการรักษา ค่อนข้างกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงกว่าที่เคยผ่านมาและทางโรงพยาบาลมีนโยบายไม่ให้ญาติเฝ้า

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**ตาราง 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล**

| รายการ                                                        | ค่าปกติ                   |          | ค่าที่ตรวจพบ |         |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|----------|--------------|---------|
|                                                               |                           | 12 กย.64 | 13 กย.64     | 14กย.64 |
| การตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) |                           |          |              |         |
| WBC                                                           | 5-10×10 <sup>3</sup> / μl | 16.7     | 15.2         | 14..9   |
| Neutrophil                                                    | 45-75%                    | 78       | 75           | 75      |
| Lymphocyte                                                    | 25-35%                    | 27       | 26           | 26      |
| Monocyte                                                      | 2-8%                      | 6        | 3            | 3       |
| Eosinophil                                                    | 0-3%                      | 0        | 0            | 0       |

ตาราง 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล

| รายการ                                                                   | ค่าปกติ                     | ค่าที่ตรวจพบ          |           |                       |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|
|                                                                          |                             | 12 กย.64              | 13 กย.64  | 14กย.64               |
| Basophil                                                                 | 0-1%                        | 0                     | 0         | 0                     |
| Hematocrit                                                               | 40-54%                      | 38                    | 38        | 38                    |
| Platelet                                                                 | 140-400×10 <sup>3</sup> /μl | 150                   | 160       | 160                   |
| การตรวจการทำงานของไตและอิเล็กโทรไลต์ (Renal function test & Electrolyte) |                             |                       |           |                       |
| BUN                                                                      | 8-12mg/dl                   | 14.9                  | 15        | 15                    |
| Creatinine                                                               | 0.72-1.18mg/dl              | 0.85                  | 0.79      | 0.79                  |
| Sodium                                                                   | 136-146 mmol/L              | 140.7                 | 142.3     | 142.3                 |
| Potassium                                                                | 3.5-5.1 mmol/L              | 2.9                   | 3.54      | 3.54                  |
| Chloride                                                                 | 101-109 mmol/L              | 113.6                 | 112.6     | 112.6                 |
| CO <sub>2</sub>                                                          | 21-31 mmol/L                | 21.2                  | 21.0      | 21.0                  |
| ผลการเพาะเชื้อ                                                           |                             |                       |           |                       |
| Urine culture                                                            | No growth                   |                       |           | No growth             |
| Sputum gram stain                                                        | not found                   | gram negative bacilli |           |                       |
| Sputum AFB (I)                                                           | not found                   | not found             |           |                       |
| Sputum AFB (II)                                                          | not found                   |                       | not found |                       |
| Sputum AFB (III)                                                         | not found                   |                       |           | not found             |
| Sputum culture                                                           | No growth                   |                       |           | Mycoplasma pneumoniae |
| Hemo C/S(I)                                                              | No growth                   |                       |           | gram negative bacilli |
| Hemo C/S(II)                                                             | No growth                   |                       |           | gram negative bacilli |

## ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

วันที่ 12 กันยายน 2564 Chest X-ray  
infiltration left upper lobe with cardiomegaly  
สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 12 กันยายน 2564 ขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน ประเมิน QSOFA ได้ 2 คะแนน คือ 1. ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท 2. อัตราการหายใจมากกว่าหรือเท่ากับ 22 ครั้งต่อนาที จึงรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่า O<sub>2</sub> saturation เท่ากับ 89% จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ sepsis และ

เข้าสู่ระยะช็อก วางแผนการพยาบาลประเมินอาการและอาการแสดงภาวะช็อก on High-flow nasal cannula (HFNC) ค่า FiO<sub>2</sub> เท่ากับ 0.6 ค่า Total flow 45 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ได้รับออกซิเจน HFNC อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกายและป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่ พบ Beradual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของซ็อกคือภาวะไหลเวียนโลหิตบกพร่องและภาวะไตวายโดยเพิ่มจำนวนสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc IV drip 100 cc/hr เริ่มให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อคือ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง แก้ไขภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่โดยให้ KCl elixir 30 cc × 3 dose หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยหายใจ ผู้ป่วย

หายใจหอบน้อยลง 26 ครั้ง/นาที ค่า  $O_2$  saturation เท่ากับ 93%

24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในการดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำกิจกรรมบนเตียง หายใจสัมพันธ์กับ HFNC ดี 22 ครั้ง/นาที  $O_2$  saturation เท่ากับ 100% เสมหะลดลง ไอออกได้เอง ระดับความดันโลหิตเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ (110/70-130/90 mmHg) ติดตามผล Electrolyte K = 3.54 mmol/L อยู่ในระดับปกติ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น มีไข้ต่ำๆ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ ทานอาหารอ่อนได้บ้างเพิ่มอาหารเสริมทางการแพทย์ให้ บริหารยาปฏิชีวนะให้ได้ครบตามแผนการรักษา ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลดี

3 วันหลังรับไว้ดูแล สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจ 20 ครั้งไม่หอบเหนื่อย  $O_2$  saturation เท่ากับ 100% เริ่มวางแผนหย่าการใช้เครื่อง HFNC เปลี่ยนเป็น Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที และวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การทานอาหารและยา ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบอีก ผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เองวันที่ 4 และจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน และจากการติดตามอาการขณะมาตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 เดือนพบว่าไม่กลับมารักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยใน (re-admit) ตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังตาราง

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะดูแลผู้ป่วย

| การประเมิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | เกณฑ์การประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                           | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | การประเมินผล                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>การพยาบาลระยะวิกฤตฉุกเฉิน</b><br>1.ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>1. อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที<br>2. WBC $16.7 \times 10^3/\mu\text{L}$<br>3. Chest X-ray infiltration left upper lobe with cardiomegaly<br>4. systolic blood pressure ลดลงจากเดิม 30-40 mmHg<br><b>วัตถุประสงค์</b><br>ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก การติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจหมดไป | 1.GCS = 15<br>2. ไม่มีอาการแสดงของช็อกได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น<br>3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง<br>4. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท | 1.เพิ่มจำนวนสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc IV drip 100 cc/hr ตามแผนการรักษา<br>2.ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อคือ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ประเมินอาการข้างเคียงจากยา<br>3.ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยโดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล<br>4.บันทึกน้ำเข้า-ออกเพื่อประเมินการทำงานของไต | ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น<br>อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง |

| การประเมิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | เกณฑ์การประเมินผล                                                                                                                                                                                                              | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | การประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>การพยาบาลระยะวิกฤตฉุกเฉิน(ต่อ)</b></p> <p>2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้ที่ปอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1.อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที</p> <p>2. ค่า O2 saturation เท่ากับ 89%</p> <p>3.Chest X-ray infiltration left upper lobe with cardiomegaly</p> <p>4.ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดทั้งสองข้าง หายใจออกได้ยินเสียง Wheezing</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ</p> <p>ปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว</p> <p>2. ป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน</p> | <p>1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว</p> <p>2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที</p> <p>3. ค่า O<sub>2</sub> saturation &gt;95%.</p>                                                         | <p>1.ประเมินการหายใจเมื่อใช้เครื่อง HFNC ไม่มีภาวะ cyanosis และ Air Hunger</p> <p>2.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ฟัน Beradual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง เคาะปอด suction ให้</p> <p>3. จัดให้ออนสิริระดับสูง 45-60 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ วันที่ 3 ของการรักษา อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่า O<sub>2</sub> saturation 100 %.</p> <p>ปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว</p>                                                                                                                                                           |
| <p>3.ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. อ่อนเพลีย</p> <p>2. K 2.9 mmol/L</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>1.ไม่มีอาการ อ่อนแรง สับสน เกร็ง ความดันโลหิตต่ำ</p> <p>2. Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 98-108 mmol/L, CO<sub>2</sub> 22-30 mmol/L</p> <p>3. ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท</p> | <p>1.วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2.สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีภาวะ Potassium ต่ำ ได้แก่ ไม่มีอาการ อ่อนแรง สับสน เกร็ง ความดันโลหิตต่ำ</p> <p>3.ให้ KCl elixir 30 cc x 3 dose และ repeat Electrolyte ตามแนวทางการรักษา</p> <p>4. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนและอาหารเสริมทางการแพทย์</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ในวันที่ 2 ของการรักษา Na 142.3 mmol/L, K 3.54 mmol/L, Cl 112.6 mmol/L, CO<sub>2</sub> 21.0 mmol/L</p>                                                                                                                                                                       |
| <p><b>การพยาบาลระยะกึ่งวิกฤต</b></p> <p>1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula (HFNC) และหลังหย่าเครื่อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1.ผู้ป่วยสีหน้ากังวล มีอจับที่สายออกซิเจนบ่อยๆ</p> <p>2. on High-flow nasal cannula (HFNC) ค่า FIO<sub>2</sub> เท่ากับ 0.6 ค่า Total flow 45 ลิตรต่อนาที</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula (HFNC) และหลังหย่าเครื่อง</p>                                                                                                  | <p>การหายใจมีประสิทธิภาพ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่า O<sub>2</sub> saturation 100 %.</p>                                                                                                                                 | <p>1.อธิบายความสำคัญและเหตุผลความจำเป็นในการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือในการรักษา</p> <p>2.ตรวจสอบการตั้งค่า FIO<sub>2</sub> และค่า Total flow ตามแผนการรักษาของแพทย์ ความชื้นที่อุณหภูมิ ระหว่าง 34-36 องศาเซลเซียส และผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเพื่อให้ได้ความเข้มข้นของออกซิเจนและความชื้นที่เพียงพอ</p> <p>3.ตรวจสอบข้อต่อ สายยางสาย nasal cannula ให้อยู่ตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่รั่วหรือเกิดแผลกดทับ</p> <p>4. ระบายหย่าเครื่อง HFNC พยาบาลประเมินอาการก่อนและหลังหย่าเครื่องทุก 1 – 2 ชั่วโมง โดยตั้งค่าFIO<sub>2</sub> เท่ากับ 0.4 และค่อยปรับลดค่า Total flow เมื่อ Total flow น้อย กว่า 25 ลิตรต่อนาที จึงเปลี่ยนให้ nasal cannula 3 ลิตร/นาที</p> | <p>แพทย์พิจารณา wean off HFNC เปลี่ยนเป็น Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที และต่อมาหยุดให้ออกซิเจน สามารถสามารถหย่าเครื่อง HFNC ได้ หายใจได้เองในวันที่ 4 ของการรักษา อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 18-20 ครั้งต่อนาที ค่าO<sub>2</sub> saturation 100 %.</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก HFNC ไม่เกิดแผลกดทับที่รูจมูก</p> |

| การประเมิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | เกณฑ์การประเมินผล                                                                                                      | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | การประเมินผล                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>การพยาบาลระยะฟื้นฟู</b><br>1.ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง<br>เนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>1.ถูกจำกัดกิจกรรมให้ทำกิจกรรมบนเตียง<br>ขณะ on High-flow nasal cannula<br>2. ยังมีอาการอ่อนเพลีย และเป็นผู้สูงอายุ<br><b>วัตถุประสงค์</b><br>เพื่อดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้<br>สามารถทำได้ตามปกติ                                                                      | 1. ร่างกาย ปาก ฟัน อวัยวะ<br>สืบพันธุ์สะอาด<br>2. สิ่งแวดล้อมสะอาด<br>3. ไม่เกิดแผลกดทับ<br>4. ไม่เกิดการติดเชื้อเพิ่ม | 1.ช่วยเหลือทำกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม<br>มากที่สุด เพื่อสร้างความมั่นใจและมีคุณค่าใน<br>ตนเอง<br>2. ดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม การ<br>รับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ผู้ป่วยได้รับการ<br>ตอบสนองด้านกิจวัตร<br>ประจำวัน ร่างกาย<br>สะอาด ผิวหนังไม่มี<br>แผลกดทับ ไม่มี<br>อาการและอาการ<br>แสดงของการติดเชื้อ<br>เพิ่ม |
| <b>การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย</b><br>1.เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากพร่องความรู้<br>เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>1. ผู้ป่วยและญาติถามว่าโรคที่เป็นอยู่จะ<br>กลับเป็นซ้ำได้อีกหรือไม่<br>2. ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดบ่อย ได้รับวัคซีน<br>ป้องกันโควิด 19 ครบ 3 เข็ม<br><b>วัตถุประสงค์</b><br>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจใน<br>การแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม | ไม่ re-admit ภายใน 28 วัน<br>หลังกลับบ้าน                                                                              | อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตามหลัก D-<br>METHOD ดังนี้<br>D-Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับ สาเหตุ การ<br>ดำเนินโรค การปฏิบัติตัวที่ต้องเกี่ยวข้องกับ<br>Community Acquire Pneumonia<br>M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ได้รับ<br>สรรพคุณ<br>ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้<br>โดยเฉพาะยาฆ่าเชื้อให้ทานยาต่อเนื่องจนยา<br>หมด<br>E-Environment เตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านให้<br>ปลอดภัยจากอุบัติเหตุป้องกันการพลัดตกหกล้ม<br>ทำความสะอาดสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการ<br>สัมผัสชุมชนแออัด<br>T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษา<br>แพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการ<br>สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อน<br>นัด เช่น ไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย<br>H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ<br>ของโรคปอดอักเสบ เช่น การล้างมือ การ<br>สัมผัสชุมชนแออัด การสัมผัสสัตว์ปศุสัตว์ การใส่<br>หน้ากากอนามัย การออกกำลังกายที่มี<br>ประสิทธิภาพ<br>O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือ<br>ก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน<br>ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน<br>D-Diet ทานอาหารอ่อน และดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ<br>เพื่อช่วยขับเสมหะ ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร งดของ<br>มัน | ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด<br>และไม่ re-admit<br>ภายใน 28 วันหลัง<br>กลับบ้าน                                                                             |

### สรุป อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาเริ่มจากมีอาการปอดอักเสบและ  
ตามมาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และ

เข้าสู่ระยะช็อก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ  
หลังจากได้รับการรักษาแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแส  
เลือด ติดเชื้อในปอด มีภาวะช็อกและพร่องออกซิเจน

เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการเริ่มต้นของภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ on High-flow nasal cannula อย่างรวดเร็ว สามารถป้องกันการใส่เครื่องช่วยหายใจรายใหม่ จนกลับมาหายใจได้เองตามปกติ ได้รับการแก้ไขภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยาและอาหารเพียงพอทำให้อาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะให้การพยาบาลในโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยเกิดในช่วงการระบาดโควิด 19 เกิดอุปสรรคในการดูแลพอสมควรเนื่องจากต้องเข้าสู่กระบวนการคัดกรองโควิด แต่ในภายหลังก็มีการปรับกระบวนการให้สั้นลง และการงดเยี่ยมทำให้ญาติและผู้ป่วยกังวล พยาบาลต้องช่วยเหลือกิจกรรมเกือบทั้งหมด ในช่วงแรก มีปัญหาการสื่อสารกับผู้สูงอายุบ้าง ทั้งการได้ยินและการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน

เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลก็ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเตรียมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่กลับมา

ป่วยซ้ำโดยให้กิจกรรมพยาบาลตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองได้ อีกทั้งกรณีศึกษาที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุเช่นกัน การกลับไปอยู่บ้านจึงเน้นเรื่องการพลัดตกหกล้มไปด้วย

วัยสูงอายุมีประวัติการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อการล้มล้มอาหาร หรือประวัติการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ หากมีโรคประจำตัวซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแลจะทำให้สังเกตอาการได้ยากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน คือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่าย หากสามารถประเมินช่วงแรกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและได้รับการแก้ไขทันเวลาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้มาก พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการใช้ทักษะประเมินความเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะ และดูแลให้ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ถึงวิกฤต พื้นฟู จนถึงจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องสามารถปฏิบัติตัวได้ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- 1.Perara T.Pulmonary emergencies in the elderly.In: Kahn J H, Magauran BG, Olshaker JS, editors. Geriatric emergency medicine : principles and practice.New York: Cambridge University Press; 2014.185-197
- 2.กนก พิพัฒน์เวช. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี sepsis ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์.วารสารวันโรค โรคทางอกและบำบัดวิกฤต 2551; 29, 135-144.
- 3.สรุปผลงานรอบ 9 เดือน ปี 2563 สาขาโรคติดเชื้อและ Pneumonia.แหล่งข้อมูล [https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads\\_file/20200716114714.pdf](https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20200716114714.pdf). (internet).(เข้าถึงเมื่อ 5 กค .2565)
- 4.กัญญารัตน์ ภูศรี และคณะ.การศึกษาเฉพาะกรณี Septicemia/Sepsis เอกสารประกอบการเรียนวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น.มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 2562.
- 5.จิรภา ละอองนวล.การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ.โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร.29 (1) (ม.ค.-มิ.ย. 2563) 15-24.
- 6.ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และสุรัตน์ ทองอยู่.การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High flow nasal cannula.เวชบันทึกศิริราช 2563, 13(1) 60-68.

## การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

### Nursing care for ectopic pregnancy with shock : a comparative case study 2 cases

(Received: July 12,2022 ; Accepted: August 10,2022)

นงเยาว์ จุลวงษ์<sup>1</sup> , พยบ.\*

Nongyao julawong , RN

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย

**วิธีการศึกษา :** กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก เปรียบเทียบ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่อง นานา ปี2564 โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ได้ใช้แบบประเมิน 11 แบบแผน ของกอร์ดอนนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน มาใช้เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัย เป็น Ectopic pregnancy with hypovolumic shock ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explored laparotomy with Right Sulpingectomy ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ :** การตั้งครรภ์นอกมดลูก, การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก

#### Abstract

This study aimed to compare the standardized nursing care of two mothers with ectopic pregnancy and shock. A case study of 2 ectopic pregnant women admitted to Pak Chong Nana Hospital in 2021, based on patient medical records. Taking history of patients and relatives Using Gordon's 11 Patterns Assessment Scale, the data was used to support the adoption of the 5-step nursing process as a standard for patient care.

**Result:** Both patients were diagnosed with ectopic pregnancy with hypovolumic shock and underwent Explored laparotomy with Right Sulpingectomy. Received treatment and nurses using a 5-step nursing process. Patients' symptoms improved respectively. No complications were found.

**Keywords:** ectopic pregnancy, nursing mothers with ectopic pregnancy with shock

#### บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูกร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ นอกจากนั้นอาจพบได้ที่รังไข่ ปากมดลูกและในช่องท้องอุบัติการณ์พบประมาณร้อยละ 0.5-0.75 หรือประมาณ 1:125 ถึง 1:200 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยเกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์<sup>1</sup> อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในระยะแรกอาจไม่พบอาการใดๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้

คลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยเกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์<sup>1</sup> อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในระยะแรกอาจไม่พบอาการใดๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้

<sup>1</sup> พว. พยบ. โรงพยาบาลปากช่องนานา

เกิดการแตกของท่อน้ำไข ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้อง อาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อคจากการเสียเลือดขึ้นได้ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อยตลอดเวลาในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมากอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม<sup>2</sup> การรักษา มี 2 วิธี ได้แก่วิธีการผ่าตัดและวิธีการไม่ผ่าตัด การวินิจฉัยอย่างถูกต้องรวดเร็วจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายจากการตกเลือดภายในช่องท้องได้ ดังนั้นการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก จำเป็นใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต พร้อมทั้งการวางแผนการพยาบาลในระยะต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวของตนเองได้อย่างปกติสุข<sup>3,6</sup>

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลปากช่องนานา ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดและผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางด้านนรีเวช จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2564 ที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 29, 38 และ 23 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวถือว่ามีจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น อัตราการเกิดภาวะช็อค ปี 2562 = 3.44 ปี 2563 = 10.52 ปี 2564 = 12.5<sup>7</sup> หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น หน่วยงานได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดนับตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต พร้อมทั้งการวางแผนการ

พยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งกรณีศึกษา 2 รายนี้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การชักประวัติ การเฝ้าระวังภาวะช็อค การบรรเทาความเจ็บปวด เตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน ดูแลภายหลังการผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค จำนวน 2 ราย

### วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบ ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกเปรียบเทียบ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานา ปี2564 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกเริ่มตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 3) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 4) เวชระเบียนผู้ป่วยฉบับเต็ม ของโรงพยาบาลปากช่องนานา โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย และการชักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมการป้องกัน การรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เป็น

เครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

**กรณีศึกษารายที่ 1** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 42 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพพนักงานโรงแรม ประวัติการตั้งครรภ์ G3P2A0L1 คุณกำเนิดโดยธรรมชาติ ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน LMP 1 กรกฎาคม 2564 ไม่รับรู้ว่ตนเองตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจเต้นช้า (รักษาโดยการสังเกตอาการ) มารักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 19 สิงหาคม 2564 เวลา 02.20 น ด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ไปซื้อยารับประทานเองอาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องมากมีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยจึงมาโรงพยาบาล แรกรับรู้สีกตัวดี มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา เวียนศีรษะ มือเท้าเย็น ความดันโลหิต 100/59 mmHg ชีพจรช้า 53 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที Hct = 25% ผล Urine Pregnancy test Positive ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ complete heart block rate 60 ครั้ง/นาที ผลการตรวจ Ultrasound พบมี ของเหลวอยู่ใน cul - de - sac และช่องท้อง แพทย์วินิจฉัย เป็น Ectopic pregnancy with hypovolumic shock ได้ให้การรักษา โดยให้ 0.9% NaCl iv load 500 cc then 60 cc/hr , G/M จอง PRC 4 unit FFP 4 unit ส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เวลา 02.45 น ผู้ได้รับการผ่าตัด Explored laparotomy with Right Sulpingectomy เวลา 3.10 น – 3.50 น สูญเสียเลือดขณะทำผ่าตัด 2,000 cc ได้รับ PRC Group B 1 unit ที่ห้องผ่าตัด หลังพักฟื้นที่ห้องฟักฟื้นจนพ้นระยะวิกฤติ ได้ส่งผู้ป่วยไป Admitted ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชโรงพยาบาลปากช่องนานา เวลา 4.30 น แรกรับรู้สีกตัวดี มีบาดแผลผ่าตัดบริเวณท้องน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลระดับ 3 Retain foley catheter ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่พบอาการเจ็บหน้าอก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1

องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นช้า 48 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/59 mmHg อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 100% ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีอาการท้องอืด ไม่พบอาการเจ็บหน้าอก แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ ปวดแผลระดับ 2-3 สัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.5 -37.2 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 50-54 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100-120 / 59 -70 mmHg อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 97-100% ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ได้เฝ้าระวังอาการผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นช้า ผู้ป่วยไม่พบอาการผิดปกติ ไม่พบอาการจุกแน่นหน้าอก Heart rate อยู่ระหว่าง 50-54 ครั้ง/นาที ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการช็อค Hct = 25% ไม่พบภาวะเลือดออกบริเวณอวัยวะอื่นๆ ได้รับ PRC Group B 1 unit และมีอาการชีพจรเต้นช้า 48-50 ครั้ง/นาที ได้เฝ้าระวังติดตามอาการชีพจรเต้นช้าทุก 2 ชั่วโมง ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีอาการท้องอืด ไม่พบอาการเจ็บหน้าอก แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ Hct หลังให้เลือด = 30% ได้เริ่มวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโดยเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 24 สิงหาคม 2564 รวมเวลาเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

**กรณีศึกษารายที่ 2** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 23 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ ทำงานบริษัท ประวัติการตั้งครรภ์ G1P0A0L0 ไม่ได้คุมกำเนิด ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน LMP 5 ตุลาคม 2564 รับรู้ว่ตนเองตั้งครรภ์ ยังไม่ได้ฝากครรภ์ ไม่มีโรคประจำตัว มารักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 14 พฤศจิกายน 2564 เวลา 12.10 น ด้วยอาการปวดท้องน้อย ปวดบิด ถ่ายเหลว 2 ครั้ง คลื่นไส้ ไม่อาเจียน

เวียนศีรษะ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นก่อนมา  
โรงพยาบาล 5 ชั่วโมง แรกรับรู้สีกตัวดี มีอาการปวด  
ท้องน้อย ความดันโลหิต 95/53 mmHg ชีพจร 110  
ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที Hct = 28%  
ผล Urine Pregnancy test Positive ผลการตรวจ  
Ultrasound พบมี ของเหลวในช่องท้อง แพทย์วินิจฉัย  
เป็น Ectopic pregnancy with hypovolumic shock  
ได้ให้การรักษา โดยให้ 0.9% Nacl iv load 500 cc x 4  
dose then 100 cc/ hr , G/M จอ PRC 2 unit ส่ง  
ผู้ป่วยไปผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เวลา 12.50 น ผู้ได้รับการ  
ผ่าตัด Exploratory laparotomy with Left  
Sulpingectomy เวลา 13.00-13.45 น สูญเสียเลือด  
ขณะผ่าตัด 1,800 cc ได้รับ PRC Group B 1 unit ที่  
ห้องผ่าตัด หลังพักฟื้นที่ห้องฟักฟื้นจนพ้นระยะวิกฤติ  
ได้ส่งผู้ป่วยไป Admitted ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช  
โรงพยาบาลปากช่องนานา เวลา 14.30 น แรกรับรู้สีกตัว  
ดี มีบาดแผลผ่าตัดบริเวณท้องน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือด  
ซึม ปวดแผลระดับ 4 Retain foley catheter ลักษณะ  
ปัสสาวะสีเหลืองใส สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศา  
เซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/68  
mmHg อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจน  
ปลายนิ้ว 100% ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้ให้การ  
พยาบาลตามแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการ

รักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด  
ไม่มีอาการท้องอืด แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ ปวดแผลระดับ  
3-4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.5 -36.9 องศา  
เซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 82-86 ครั้ง/นาที ความดัน  
โลหิตอยู่ระหว่าง 110-120 / 70 -80 mmHg อัตราการ  
หายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจน  
ปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 97-100% ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด  
ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้  
สัญญาณชีพปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มี  
อาการท้องอืด ได้เริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยเน้นการ  
ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
วันที่ 17 สิงหาคม 2564 รวมเวลาเข้ารักษาตัวใน  
โรงพยาบาล 3 วัน

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูก อาจมาโรงพยาบาล  
ด้วยอาการที่แตกต่างกัน การวางแผนการพยาบาลจะ  
ขึ้นอยู่กับ การประเมินอาการและอาการแสดง ที่ได้จาก  
การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ในแต่ละระยะของการ  
รักษาพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้กำหนดข้อ  
วินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดัง  
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                       | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>การพยาบาลระยะช็อค</b><br>1. มีภาวะช็อคจากการเสีย<br>เลือดในช่องท้อง เนื่องจากมี<br>การแตกของท่อนำไข่<br>พบในกรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2<br><b>เป้าหมาย</b> ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Prolong<br>shock | 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาและให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ตามแผนการรักษาของ<br>แพทย์<br>2. ติดตามประเมินอาการทุก 15-30 นาที จนกว่าอาการจะคงที่ โดยการวัดสัญญาณชีพ<br>ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95 % และการสอบถามอาการ<br>อาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่<br>สังเกตความรู้สึกตัว การได้ตอบรู้เรื่องหรือไม่ อาการใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ ที่แสดง<br>ถึงภาวะช็อค รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบสัญญาณชีพผิดปกติ<br>3. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนสบายดีที่สุด คือ ท่านอนราบ ยกเท้าสูงประมาณ 20-30 องศา ลำตัว<br>ราบและศีรษะอยู่ในระดับเดียวกับหน้าอกหัวเข่าตรง ไม่ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะต่ำ<br>หรือท่า Trendelenburg เพราะจะมีผลกระตุ้นเออร์ติก และแคโรติก รีเฟล็กซ์ ทำให้เลือด |

### ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                           | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>ไปเลี้ยงสมองไม่พอ ทำให้อวัยวะในช่องท้องตันกับกะบังลม ทำให้ช่องอกขยายไม่เต็มที่ หลอดเลือดโคโรนารีได้เลือดบรรจุไม่เพียงพอเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงได้</p> <p>4.ติดตามผล Hct ตามแผนการรักษา และจ้องเลือดเพื่อรักษาอาการช็อค</p> <p>5.งดอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในหลอดลมขณะดมยาทำผ่าตัด</p> <p>6.บันทึกจำนวนปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง จำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี ต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที</p> <p><b>การประเมินผล</b> หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Prolong shock</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากต้องทำการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเร่งด่วน</p> <p>พบในกรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ซึ่งครั้งที่ 2 จะมีการวิตกกังวลมากกว่าครั้งที่ 1</p> <p><b>เป้าหมาย</b> ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ</p>           | <p>1.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ผลดีของการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลบาดแผลลักษณะของบาดแผล ระยะเวลาในการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล และร่วมมือในการรักษาพยาบาล พร้อมลงนามยินยอมโดยให้ญาติมีส่วนร่วม</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามสิ่งที่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การหายของโรค การผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p><b>การประเมินผล</b> ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด</b></p> <p>3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่วง 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ ช็อค ท้องอืด ซีด คลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>พบภาวะช็อคในกรณีศึกษาครั้งที่ 2</p> <p><b>เป้าหมาย</b> ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p> | <p>1.ติดตามประเมินอาการทุก 15-30 นาที จนกว่าอาการจะคงที่ โดยการวัดสัญญาณชีพ ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95 % และการสอบถามอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่</p> <p>สังเกตความรู้สึกตัว การโต้ตอบรู้เรื่องหรือไม่ อาการใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ ที่แสดงถึงภาวะช็อค อาการท้องอืด ปวดแผล รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบสัญญาณชีพผิดปกติ</p> <p>2.ตรวจดูแผลผ่าตัดทุก 15-30 นาทีในระยะแรกหลังผ่าตัด เพื่อสังเกตการมีเลือดหรือ discharge ซึมจากแผลผ่าตัด</p> <p>3.สังเกตลักษณะผิดปกติของแผลผ่าตัดได้แก่ แผลผ่าตัดมีลักษณะบวมแดง ร้อน ปวด เนื่องจากมีการติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยก</p> <p>4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาและตามตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5.ติดตามผล Hct ตามแผนการรักษา ถ้าค่า Hct น้อยกว่า 28% วางแผนให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ (กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ค่า Hct =25%ได้รับ PRC Group B 1 unit )</p> <p>6.ดูแลด้านความสุขสบายของผู้ป่วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ</p> <p>7.อธิบายผู้ป่วยถึงการผ่าตัดที่ได้ทำไป พร้อมทั้งเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>8.ดูแลให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดตึง</p> <p><b>การประเมินผล</b> กรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีภาวะช็อคค่า Hct =25%ได้รับ PRC Group B 1 unit ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ ช็อค ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน แผลผ่าตัดติดเชื้อ ทั้ง 2 กรณีศึกษา</p> |
| <p>4.ปวดแผลระดับรุนแรงเนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดทางหน้าท้องพบในกรณีศึกษาครั้งที่ 1,2</p>                                                                                                                                         | <p>1. ประเมินระดับความปวดของแผลผ่าตัด (level of pain score) และดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>เป้าหมาย</b> อาการปวดลดลง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>3. จัดให้นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน</p> <p>4. กระตุ้นการหายใจแบบผ่อนคลาย (deep breathing exercise)</p> <p>5. จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p><b>การประเมินผล</b> อาการปวดลดลง ได้รับยา Paracetamol เพื่อระงับอาการปวด ทั้ง 2 กรณีศึกษา</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>การพยาบาลระยะต่อเนื่อง</b></p> <p>4. มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด</p> <p><b>เป้าหมาย</b> แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ</p> <p>5. วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D -M-E-T-H-O-D model พบในกรณีศึกษา รายที่ 1,2</p> <p><b>เป้าหมาย</b> ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องที่บ้าน</p> | <p>1. ดูแลทำแผลให้ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อวันละ 1 ครั้ง</p> <p>2. สังเกตลักษณะผิดปกติของแผลผ่าตัดได้แก่ แผลผ่าตัดมีลักษณะบวมแดง ร้อน ปวด เนื่องจากมีการติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยกเพื่อประเมินการติดเชื้อ</p> <p>3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการไข้</p> <p>4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลัก D -M-E-T-H-O-D model ดังนี้</p> <p>1.D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>2. M = Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด</p> <p>3. E = Environment แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเรียบร้อย</p> <p>4.T = Treatment แนะนำการดูแลบาดแผล ให้ทำแผลทุกวันที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ห้ามแผลโดนน้ำ ถ้าปวดแผลให้รับประทานยาแก้ปวดตามที่ระบุในซองยา</p> <p>4.2 การดูแลช่องคลอด รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทุกครั้งหลังอุจจาระ ปัสสาวะและซับให้แห้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อไม่เหม็นบวมหรือสวนล้างช่องคลอด</p> <p>4.3 งดการมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการติดเชื้อ</p> <p>4.5 แนะนำอาการเร่งด่วนที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ดังนี้</p> <p>- ใช้สูง ปวดท้อง และมีสิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอดมีกลิ่นเหม็น</p> <p>- เลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติใช้ผ้าอนามัยเกิน 3 – 4 ผืนต่อวัน</p> <p>- แผลผ่าตัดแยก เปียกน้ำปวดมาก มีเลือดหรือหนองซึม ขอบแผลบวมแดงให้รีบมาพบแพทย์ทันที</p> <p>- ปัสสาวะไม่ออก และปัสสาวะบ่อยวันละหลายครั้ง</p> <p>ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที</p> <p>5. H Health แนะนำการวางแผนครอบครัว ให้คุมกำเนิดไว้ก่อน จนกว่าจะแน่ใจว่าสามารถตั้งครรภ์ได้ ดูแลตนเองการบริหารร่างกายที่เหมาะสมและวิธีการผ่อนคลายความเครียด</p> <p>6. O: Out patient การมาตรวจตามนัดให้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา</p> <p>7. D=Diet แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบห้าหมู่ โดยเฉพาะอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดและเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย เช่น ดับสับตัวไข่แดง ผักสด ผลไม้ เป็นต้น</p> <p><b>การประเมินผล</b> ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ได้ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย กรณีศึกษา รายที่ 1,2 มาตรวจตามนัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดหลังตัดไหม ไม่พบการอักเสบ</p> <p>กรณีศึกษา รายที่ 1 วางแผนคุมกำเนิดโดยวิธีฉีดยาคุม กรณีศึกษา รายที่ 2 วางแผนคุมกำเนิดโดยวิธีกินยาคุมกำเนิด เพื่อเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป</p> |

## สรุป

ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อคส่วนใหญ่จะมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ทำให้การประเมินอาการล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ การประเมินอาการแรกเริ่ม การตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว การประสานงานร่วมกันกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว จะลดความเสี่ยงเรื่องการเสียชีวิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาพยาบาล

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของโรค เพื่อวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

2. พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่ม ทั้งการซักประวัติ และโรคประจำตัว รวมทั้งการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม จะช่วยให้วินิจฉัยโรคให้กับผู้ป่วยได้เร็วและถูกต้อง

3. ทีมการพยาบาลต้องมีทักษะในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆเกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและปลอดภัย เช่น การรายงานแพทย์ การส่งผู้ป่วยทำ Ultrasound การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมเลือดการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การเตรียมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

4. เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูควรวางแผนจำหน่ายและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพร้อมให้ความรู้ เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

## เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยื่อน ต้นนิรันดร. (2558). การตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูก. ใน : สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยื่อน ต้นนิรันดร, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. อีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, กิตติภัฏ เจริญขวัญ, อรวี ฉันทกานันท์. (2559). ครรภ์นอกมดลูก. ในอีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา ฉบับบอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ลักขมีรุ้งจำกัด.
3. ชวนพิศ นรเดชาพันธ์. (2554). ตกเลือดในหญิงมีครรภ์ : การประเมินและแผนการพยาบาล . กรุงเทพฯ ฯ :โรงพิมพ์จุฬารักษ์มหาวิทยาลัย.
4. นันทนา ธนาโนวรรณ. (2553) ตำราพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินต์.
5. วิทยา ถิฐาพันธ์. (2559). ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด.
6. สุนาญ เตชะงาม. (2555). OB-GYN Update :ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์, กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลปากช่องนานา หน่วยงานสูติ-นรีเวชกรรม. (2564). รายงานประจำปี 2562-2564. นครราชสีมา : โรงพยาบาลปากช่องนานา.

## การพยาบาลระยะฉุกเฉินผู้ป่วยในถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

### Emergency nursing care of acute calculous cholecystitis with septic shock : A case study

(Received: July 21,2022 ; Accepted: August 17,2022)

พัชรีย์ คำแก้ว<sup>1</sup>

Patcharee khakaew<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยในถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 29 เมษายน 2565 ด้วยอาการไข้ มีไข้สูงหนาวสั่น ปวดท้องด้านขวาบน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล จากการประเมินตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis พบว่า ผู้ป่วยมีอาการของ SIRS ครบทั้ง 4 ข้อ คือ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 26 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 116 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจเลือด CBC พบปริมาณเม็ดเลือดขาว 13,660 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ sepsis ส่งตรวจเอกซเรย์ในช่องท้องด่วนพบ การติดเชื้อในถุงน้ำดีเฉียบพลัน ให้การรักษาพยาบาลโดยรวดเร็ว ณ ห้องฉุกเฉิน ตาม 6 bundle เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและการขนส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลาย โดยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งตรวจเลือดเพาะเชื้อให้ยา Ceftriazone 2 gm intravenous drip, วัดความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท 0.9% NSS load 1,000 ml Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1:62.5) intravenous drip 15 ml/hr. ให้การพยาบาลฉุกเฉินโดยประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดและยาตามแผนการรักษาโดยใช้ infusion pump ใส่สายสวนปัสสาวะ วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 98/58 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก ได้รับการผ่าตัด ERCP วันที่ 30 เมษายน 2565 ภายหลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 9 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน

**คำสำคัญ :** การพยาบาลระยะฉุกเฉิน, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, การรักษาแบบไหลเวียนโลหิต, การให้สารน้ำ

#### Abstract

This study aimed to study nursing care of patient with septic shock.: A case study

**Result:** The 58-year-old man, walked in Kingnarai hospital at emergency room, on August 29 April, 2022. He had stupor, fever, chills and abdominal pain at upper quadrant for one day. Nursing assessment, body temperature 38.9 degree Celsius, respiratory rate 26 beats per minute, heart rate 116 beats per minute. The complete blood count WBC 13,660 cells/mm<sup>3</sup>. The diagnosis was sepsis. The computerized tomography at abdomen found acute calculous cholecystitis. Calculation based on the SIRS (systemic inflammatory response syndrome). The diagnosis was septic shock. For emergency care, particularly emergency room immediately. For supporting of circulatory system, Ceftriazone 2 gm intravenous drip, Levophed 4 mg. in D-5-W 250 ml. (1:62.5) intravenous drip 15 microdrop/min. On 0.9% NSS load 1,000 ml Emergency nursing care of septic shock, giving nursing assessment, nursing

<sup>1</sup> พว. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

diagnosis, nursing implementation and nursing evaluation. The 6 bundle guidelines, increase blood flow and oxygen transport. Control IV fluid with infusion pump and record urine per hour. The patient refused urinary catheter but he had adequate urine. Follow up blood pressure 98/58 mmHg. He was referred to ICU. He was received the surgery Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), on August 30 April, 2022. He has been treated and released from the shock quickly. He was admitted in Hospital for 9 days. He was discharged with continuity of care.

**Keywords:** Emergency nursing care, Septic shock, hemodynamic management, fluid resuscitation

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ของ Sepsis 77 รายต่อแสนประชากรในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ นอกจากนี้ยังพบ 240 รายต่อแสนประชากรใน สหรัฐอเมริกา อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30.8-62.57 ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ Sepsis ประมาณ 75-150 รายต่อแสนประชากร หรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี และอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 59.34 และ 56.19 ตามลำดับในปี 2560 และ 2561 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ มีสาเหตุมาจากการเกิดภาวะ Septic shock ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome : MODS) อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลวจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน รวมถึง การวินิจฉัยล่าช้าและการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้าและไม่เพียงพอ บริเวณที่ติดเชื้อและทำให้เกิดภาวะช็อกได้บ่อยคือการติดเชื้อในปอด ติดเชื้อในช่องท้อง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ Septic shock ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 1 ปี และผู้สูงอายุ ผู้ป่วยแผลไหม้ การผ่าตัดและการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าสู่ในร่างกาย<sup>1-4</sup>

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2562 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแส

เลือดปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 529 คน มีภาวะ Sepsis จำนวน 371 คน (ร้อยละ 70.13) Septic shock จำนวน 158 คน (ร้อยละ 29.87) ปีงบประมาณ 2561 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 532 คน มีภาวะ Sepsis จำนวน 339 คน (ร้อยละ 63.72) Septic shock จำนวน 193 คน (ร้อยละ 36.28) ปีงบประมาณ 2562 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 761 คน มีภาวะ Sepsis จำนวน 512 คน (ร้อยละ 67.27) Septic shock จำนวน 249 คน (ร้อยละ 32.73) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Septic shock คิดเป็นร้อยละ 54.43, 54.73 และ 52.45 ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น พบเชื้อก่อโรคอันดับหนึ่ง คือเชื้อ Escherichia coli (E.coli) ร้อยละ 24.3 รองลงมา E.coli ESBL ร้อยละ 21.2 ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอันดับหนึ่ง ร้อยละ 43.7 ทางเดินหายใจร้อยละ 35 ผิวหนังและเนื้อเยื่อร้อยละ 10.6

การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในทุกกระบวนการต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นไปในทางที่ดี บทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญในทุกกระบวนการ โดยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย<sup>5-8</sup> จากความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำรายงานการศึกษาผู้ป่วย เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยนิวโมเนียในอุ้งน้ำดีอีกเสบเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย Septic shock ตามแนวทางปฏิบัติ (Surviving Sepsis Campaign: SCC) ร่วมกับการรักษาแบบมุ่งเป้าภายใน

เวลา 6 ชั่วโมง (Early Goal Directed Therapy: EGDT)

#### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 29 เมษายน 2565 ด้วยอาการซึม มีไข้สูงหนาวสั่น ปวดท้องด้านขวาบน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :** 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดท้องบริเวณด้านขวาบน ซึมลง มีตัว ตาเหลือง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ตัว ตาเหลืองมากขึ้น ปัสสาวะสีเข้ม หายใจเหนื่อยญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ซึม ทำตามคำสั่งได้ หายใจเหนื่อย

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ปี 2554 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แพทย์ให้ยารับประทาน มารับยาสม่ำเสมอ

**การตรวจร่างกาย :** ชายไทย รูปร่างสมส่วน ผิวเหลือง ตามตอบรู้เรื่อง ซึม pupil 2 min react to light both eyes เหนื่อย ฟังเสียงปอดไม่มี Rhonchi, wheezing, O<sub>2</sub> saturation 96% ฟังเสียงหัวใจ เต้นแรงสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur EKG พบ Sinus tachycardia rate 116 ครั้ง/นาที วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 26 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 116 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท (MAP 53 mmHg)

**ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray :** วันที่ 29 เมษายน 2564 ผล ปกติ

**ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ :** วันที่ 29 เมษายน 2564 ผล Multiple distal CBD stone cause bilateral IHD & CBD dilatation and acute cholangitis, multiple gall stone 1.2x0.7 cm, acute diverticulitis.

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 13,660 cell/cu.m.m, Neutrophil 92.8%, Biochemistry Na 153

mmol/L, K 2.86 mmol/L, Cl 128 mmol/L, CO<sub>2</sub> 20.3 mmol/L, BS 436 mg/dl, Urine exam protein 1+, Glucose 3+, Ketone positive

**ผลตรวจทางพยาธิวิทยา :** Hemoculture ผล Gram negative bacilli

**การรักษาที่ได้รับ :** ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ load 0.9% NaCl 2,000 ml then rate 120 ml/hrs., Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1:62.5). เพื่อให้ได้ค่า MAP > 65 mmHg, ใส่ท่อช่วยหายใจ On Volume ventilator เพื่อแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลว และคงระดับ O<sub>2</sub> saturation > 90% ให้ยา Antibiotic Ceftriaxone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง, ให้ KCL 40 mEq in 0.9% Normal saline 1000 ml drip 80 ml/hr. เพื่อแก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำเจาะ Lab Electrolyte ติดตามผล, consult med แก้ไขภาวะ DKA เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl

**การผ่าตัด :** ERCP วันที่ 30 เมษายน 2564

**การวินิจฉัย:** Acute cholangitis with CBD stone with sepsis

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน นาน 65 นาที และจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด แพทย์ส่งต่อเข้ารักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก โดยมีการประเมินผู้ป่วยก่อนนำส่ง วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราหายใจเร็ว 20 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 112 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> Saturation 98% มีพยาบาลนำส่งผู้ป่วย พร้อมเครื่อง Infusion pump และอุปกรณ์วัด O<sub>2</sub> Saturation ป้อนกันอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของช็อก เกิดภาวะไหลเวียนโลหิตบกพร่องการเซลล์นำออกซิเจนไปสู่เซลล์ไม่เพียงพอและภาวะไตวาย ได้รับการดูแลรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ อาการดีขึ้นย้ายไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 9 วัน จึงจำหน่าย และ

ได้รับการดูแลจากญาติอย่างใกล้ชิด จากรายงาน  
ผู้ป่วยได้ให้การพยาบาลผู้ป่วย Septic shock ในระยะ  
ฉุกเฉินตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                        | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>การพยาบาลระยะก่อนตรวจ</b><br/><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1</b> ผู้ป่วยไม่<br/>สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง ปวดท้อง<br/><b>ข้อมูลสนับสนุน</b><br/>ผู้ป่วยบ่นปวดท้องด้านขวา<br/>บน pain score 9-10 คะแนน<br/>ท่าทางกระสับกระส่าย พลิกตัวไปมา<br/>วัดอุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศา<br/>เซลเซียส</p> | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. วัดสัญญาณชีพและบันทึกอุณหภูมิของผู้ป่วยใน OPD card</li> <li>2. เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำอุ่นเพื่อลดไข้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น</li> <li>3. ประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวดโดยสังเกต สีหน้า ท่าทาง และสอบถาม<br/>ความรุนแรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย Pain score ตำแหน่งที่ปวด เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย</li> <li>4. ดูแลการดื่มน้ำและอาหาร อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดื่มน้ำและอาหาร<br/>และน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การดื่มน้ำจะช่วย<br/>ลดการกระตุ้นทำให้อาการปวดท้องลดลง</li> </ol> <p><b>การประเมินผล</b><br/>ผู้ป่วยยังมีอาการปวดท้องเป็นพัก ๆ pain score 8 คะแนน ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การ<br/>หายใจ 24 ครั้ง/นาที</p>                                                                                                                                                       |
| <p><b>การพยาบาลระยะแพทย์ตรวจ</b><br/><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2</b> ผู้ป่วยมี<br/>ระดับน้ำตาลในเลือดสูง<br/><b>ข้อมูลสนับสนุน</b><br/>มีประวัติโรคเบาหวาน 10 ปี<br/>เจาะ DTX stat = 436 mg/dl</p>                                                                                            | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ RI 10 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย<br/>จากภาวะน้ำตาลสูง</li> <li>2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX ทุก 6<br/>ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl</li> <li>3. ดูแลให้ได้รับ RI ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดระดับน้ำตาล<br/>ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ DTX 201-250 mg/dl RI 4 unit sc, DTX 251-300 mg/dl RI 6<br/>unit sc, DTX 301-350 mg/dl RI 8 unit sc, DTX 351-400 mg/dl RI 10 unit sc, if &lt; 80 &gt;<br/>400 mg/dl notify ก่อนนอนเปลี่ยน RI เป็น NPH</li> <li>4. ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น<br/>กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ภายหลังได้รับ RI</li> </ol> <p><b>การประเมินผล</b><br/>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 114<br/>mg/dl</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3</b> เสี่ยงต่อ<br/>ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน<br/>เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจ<br/>ลดลง<br/><b>ข้อมูลสนับสนุน</b><br/>ผู้ป่วยบ่นหายใจไม่อิ่ม<br/>กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น<br/>อัตราหายใจเร็ว 26 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub><br/>Saturation 92%</p>       | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินลักษณะ อัตราการหายใจ ภาวะ Cyanosis เพราะอาการหายใจหอบ ชีพจร<br/>เบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว แสดงถึงมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน</li> <li>2. ดูแลจัดท่านอนราบยกปลายเท้าสูงเล็กน้อยในช่วงที่มีภาวะช็อก เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณ<br/>เลือดไหล กลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมภาวะช็อกได้ จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้<br/>กระบังลมหย่อนตัว ช่วยให้ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้มากขึ้น</li> <li>3. ดูแลให้ได้รับ On Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษา<br/>ของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง O<sub>2</sub> Saturation<br/>92% ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>4. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตรวจและบันทึกข้อมูลของการ<br/>ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม</li> </ol>                                                                      |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>5. ประเมิน SpO2 และประเมินดู capillary refill ทุก 30 นาที เพื่อดูระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด</p> <p>6. สังเกตตรวจเอกซเรย์ปอด เพื่อประเมินตำแหน่งต่อช่วยหายใจ ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดี อาการเหนื่อย หายใจหอบทุเลา SpO2 100% Capillary Refill น้อยกว่า 2 วินาที อัตราหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> Saturation 99%</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4</b> ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ต่อนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>แพทย์ ให้การวินิจฉัยว่า sepsis จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 13,660 cell/cu.m.m ผลตรวจเอกซเรย์ในช่องท้องพบการติดเชื้อในถุงน้ำดีเฉียบพลัน และมีภาวะ septic shock หลังจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดและยาตามแผนการรักษาแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำ 89/46 มิลลิเมตรปรอท</p> | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ระดับความรู้สึกตัว โดยจดบันทึกทุก 15 นาที keep MAP <math>\geq</math> 65 mmHg</p> <p>2. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1000 ml load ใน 1 ชั่วโมงแรก ดูแลให้ยา Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1:62.5) iv drip 5 ml/hr</p> <p>3. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต โดย keep urine output <math>\geq</math> 30 ml/hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนดรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป</p> <p>4. ส่งตรวจ Hemoculture และดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm iv drip in 1 hr</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตรปรอท MAP 70 mmHg</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5</b> อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Levophed</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>อาจเกิดภาวะยาคั่งเฉพาะที่ หรือรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดเกิดเนื้อตายได้</p>                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาเข้าทางหลอดเลือดดำใหญ่ ตรง antecubital vein โดยใช้ infusion pump</p> <p>2. ตรวจวัดความดันโลหิตและอัตราหัวใจเต้น ทุก 10 นาที</p> <p>3. เมื่อ IV ครบ 1,000 ml วัดความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราหัวใจเต้น 88 ครั้งต่อนาที จึง titrate Levophed เพิ่มทีละ 5 ml/hr. จนถึง 15 ml/hr</p> <p>4. ให้สารน้ำจนครบ 1,500 ml ประเมินผลความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราหัวใจเต้น 76 ครั้งต่อนาที</p> <p>5. หลังให้ยาสังเกตบริเวณผิวหนังว่าเกิด Extravasation หรือไม่ ได้แก่ ผิวหนังบวมแดง</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะ Extravasation หลังให้ยา ความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตร</p>                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6</b> ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Na 153 mmol/L, K 2.86 mmol/L, Cl 128 mmol/L, CO<sub>2</sub> 20.3 mmol/L</p>                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9% NSS 1,000 ml + KCL 40 mEq iv drip 80 ml/hr</p> <p>2. ควบคุมการหยดผ่าน Infusion pump</p> <p>3. บันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุก 15,30,45,60 นาทีและทุก 4 ชั่วโมงหลังให้</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                        | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>4. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึมสับสน กล้ามเนื้อเกร็ง อาการชัก และไม่รู้ตัว</p> <p>5. Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ</p> <p>6. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้โพแทสเซียมทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>การพยาบาลระยะหลังแพทย์ตรวจ</b></p> <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7</b> ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>ภรรยาร้องไห้หลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการติดสายอุปกรณ์ต่างๆ</p>  | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้น ๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในช่องท้องจากถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน จึงทำให้เกิดการติดเชื้อในการแสเลือด</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน</p> <p>3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย</p> <p>4. ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ</p> <p>5. ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เช็ดตัว ลดไข้</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษาแพทย์</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8</b> เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยหนัก</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต มีอุปกรณ์ติดตัวหลายอย่าง ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายออกซิเจน เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ถึงออกซิเจน</p> | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน 2. ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา</p> <p>3. ตรวจสอบสายยางออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน</p> <p>4. ผูกย้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง</p> <p>5. ตรวจสอบสภาพรถเข็น ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที</p> <p>6. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป</p> <p>7. จัดพยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย</p> |
| <p><b>การพยาบาลระยะติดตามเยี่ยม</b></p> <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9</b> ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>                                                                                  | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแผนการรักษาและการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น เป็นโรคติดเชื้อ ที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงแล้วยังทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่ด้วย</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                   | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เมื่อสอบถามว่าเคยทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือดมาก่อนหรือไม่ ผู้ป่วยและญาติตอบว่า “ไม่เคยรู้จัก” | 3. ให้ความรู้เรื่องวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด รักษา ความสะอาดช่องปากและฟัน อวัยวะสืบพันธุ์ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีไข้ ปวดท้อง ตัวเหลือง<br>4. ประเมินความรู้ย้อนกลับหลังจากให้คำแนะนำ<br><b>การประเมินผล</b><br>ผู้ป่วยและญาติรับทราบวิธีการปฏิบัติตัว เมื่อประเมินย้อนกลับ สามารถตอบคำถามวิธีการปฏิบัติ ตัวได้ถูกต้องปัญหานี้หมดไป |

## สรุป

การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย septic shock ได้มีประสิทธิภาพ คือ การพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของช็อก ผู้ป่วยรายนี้เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน พยาบาลประเมินเบื้องต้นโดยเร็ว พบภาวะ sepsis รายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาที่ ด้วยการให้สารน้ำ (fluid resuscitation) และให้ยาปฏิชีวนะโดยเร็ว แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ septic shock เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดี ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย มีการวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา levophed เสี่ยง ต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะมีไข้ กำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลทางการพยาบาลตั้งแต่แรก ซึ่งเป้าหมายในการรักษาระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วย septic shock คือ ให้มีการไหลเวียนโลหิตเพียงพอสำหรับเนื้อเยื่อส่วนปลายและเซลล์ต่างๆ ทำงานได้ตามปกติ ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราหายใจเร็ว 20 ครั้งต่อนาที O2 Saturation 99% อัตราหัวใจเต้น 110 ครั้งต่อนาที เข้ารับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนัก ได้รับการรักษาจนพ้นจากภาวะ

ช็อกอย่างรวดเร็วและย้ายออกมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 9 วัน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนการจำหน่าย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและได้รับการดูแลต่อเนื่อง

## อภิปรายผล

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องได้รับคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว ตั้งแต่การประเมินกลุ่มอาการ SIRS คือ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 26 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 116 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ เลือด CBC พบปริมาณเม็ดเลือดขาว  $13,660 \text{ cell/mm}^3$  เมื่อวินิจฉัย Sepsis แล้ว ต้องปฏิบัติตามขั้นตอน 6 bundle ทันที ให้ได้ตามเวลาที่กำหนด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ใช้ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงวินิจฉัย 40 นาที

การควบคุมปริมาตรสารน้ำในหลอดเลือด ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลจึงควบคุมปริมาตรของสารน้ำอย่างใกล้ชิด ประเมิน renal function เป็น ระยะ ๆ ดูแลการให้ Levophed ตามมาตรฐาน ซึ่งถือว่าเป็น inotropic ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม high alert drug ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ Phlebitis เมื่อเกิด extravasation ดังนั้นพยาบาลจึงต้องวางแผนการบริหารยา และประเมินภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด<sup>6-9</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. กนกพร เทียนคำศรี และธนพล บรรดาศักดิ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. **วารสารศูนย์ การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า**. 36(4): 347-55.
2. Bentley J, Henderson S, Thakore S. Donald M, Wang W. (2016). Seeking sepsis in the emergency department-identifying barriers to delivery of the sepsis 6. **BMJ**; 5(1): 1-6.
3. Epstein L, Dantes R, Magill S, Fiore A. (2016). Varying estimates of sepsis mortality using death certificates and administrative codes-United States, 1999-2014. **MMWR**; 65: 342-5.
4. Malvin T, Lise TG, Arne M, Inger B. , Liv JV, Jan KD. (2016). Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30 day survival. **Cri Care**; 20(1): 244.
5. ภัทรศร นพฤทธิ์, แสงไทย ไตรยวงศ์ และจรินทร์ โคตรพรหม. (2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือด โรงพยาบาลมุกดาหาร. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ** ; 37(1): 221-30.
6. ภาพิมล โกมล, รัชนี นามจันทรา และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2562). คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแส เลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. **สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ใน พระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี**; 6(2): 32-43.
7. สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และวิมลทิพย์ พวงเข้ม. (2563) . การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**; 30(1): 120-34.
8. สาร ธรรมเนียมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. **วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10**; 16(2): 58-68.
9. ทิตยา วาระนัง. (2562). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. **เขียงรายเวชสาร**; 11(1): 1-8.

## การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง

Nursing Care of upper gastrointestinal bleeding with esophagogastroduodenoscopy treatments : A case study

(Received: July 22,2022 ; Accepted: August 28,2022)

สมฤดี ยังเจริญ<sup>1</sup>

Somrudee Yangcharoen<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ด้วยอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม 2564 พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนส่องกล้อง 1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้องกระเพาะอาหาร 2) เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระยะขณะส่องกล้อง 1) เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร และออกเพิ่มจากการทำหัตถการส่องกล้อง 2) เสี่ยงต่อการเกิดเหตุสำคัญและภาวะพร่องออกซิเจนขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง 1) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องได้แก่ แผลทะลุจากการทำหัตถการ 2) ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการตรวจรักษาสามารถหยุดเลือดได้ ภายหลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการติดตามผลการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะช็อก, การส่องกล้อง

### Abstract

This study aimed to study nursing care of upper gastrointestinal bleeding with esophagogastroduodenoscopy treatments: A case study

Result: A 64-year-old Thai male patient was admitted to the intensive care unit, Phra Narai Maharaj hospital on 29 July 2021 with symptoms of bleeding in the upper gastrointestinal bleeding. The patient has congenital disease as diabetes and high blood pressure. From the data collected during 29 July 2021 to 3 August 2021. The patient was found to have the following problems: Pre-esophagogastroduodenoscopy period: 1) patient and their relatives are concerned about disease and gastric endoscopy 2) patient had a risk of hypoglycemia, Esophagogastroduodenoscopy period: 1) patient had a risk of shock due to gastric bleeding and extra bleeding from endoscopic procedures 2) patient had a risk of choking and hypoxia during endoscopy, Post-esophagogastroduodenoscopy period: 1) patient had a risk of complications after endoscopy such as perforating wound 2) patient and their relatives had a lack knowledge of self-care. After the examination, the bleeding can be stopped. After checking and treatment, the bleeding was stopped. After admission to hospital for 5 days, patient was discharged and the complications were not found after follow-up.

<sup>1</sup> พว. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**Keywords:** Nursing care, gastrointestinal bleeding, shock, esophagogastroduodenoscopy

## บทนำ

เลือดออกกระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น จากข้อมูลสถิติของสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร 94-100 รายต่อ 100,000 ประชากร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 72,300 ราย พบการเสียชีวิตประมาณ 4,000 ราย ต่อปี มีค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า 2 ล้านเหรียญต่อปี พบการเจ็บป่วยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 65-128 คนต่อ 100,000 ประชากรพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นร้อยละ 6-10 พบภาวะเลือดออกกระบบทางเดินอาหาร ได้ในทุกช่วงอายุและพบมากในวัยกลางคนขึ้นไป มักพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่า เพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงสูงทำให้เกิดการเสียชีวิต ในประเทศไทยไม่ได้รับบุโรคผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารโดยตรงแต่ระบุเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร พบผู้ป่วยสูงถึง 817 ราย ต่อแสนประชากร และพบว่าเป็นโรกระบบทางเดินอาหารลำดับที่ 5 ใน 10 กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตจากเลือดออกในทางเดินอาหารร้อยละ 10-20 โดยพบการเสียชีวิตช่วงแรกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่วมกับมีภาวะช็อกและเสียชีวิตตามมา สำหรับสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี พ.ศ. 2562-2564 ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องทางเดินอาหารด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจำนวน 979 ราย, 951 ราย และ 987 รายตามลำดับ โรคที่พบจากการส่องกล้อง 3 อันดับแรกได้แก่ 1) Gastritis 2) Gastric ulcer 3) Esophageal varices<sup>1,2,3</sup>

การส่องกล้องเข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) เป็นการตรวจโดยการใส่เครื่องมือ คือ กล้องเข้าไปในปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) เพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น นำ

สารคัดหลั่งต่างๆ หรือมีการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ไปตรวจร่วมด้วยในผู้ป่วยบางราย โดยผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับ เช่น diazepam, dormicum ทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผ่อนคลายและได้รับ atropine เพื่อลดการหลั่งเมือก และยาชา Xylocaine ฟันคอเพื่อลด gag reflex ขณะตรวจ การตรวจใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาทีและยังเป็นวิธีที่ใช้ในการรักษาด้วยการฉีดยา epinephrine โดยใช้ Epinephrine ผสมเป็น 1:10,000 ฉีดรอบ ๆ จุดเลือดออกจะทำให้อัตราการไหลของเลือดลดลงจากการหดตัวของหลอดเลือดการจี้ด้วยความร้อน และการรักษาด้วยวิธีการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligation; EVL) หรือ การ ฉีด ด้วย กาว (Glue injection)<sup>4,8</sup>

จากสถิติที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการส่องกล้องเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยและรักษา ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานปฏิบัติงานในห้องส่องกล้องมีความตระหนักถึงความสำคัญถึงการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง และหลังส่องกล้องในภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วสามารถประเมินความผิดปกติและแก้ไขได้ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการพัฒนาการพยาบาลส่องกล้องให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลตรวจพิเศษ

## วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี รับส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลพบุรี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ด้วยอาการ

สำคัญ ปวดท้องได้ลึ้นปี อาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 200 ซีซี 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :** 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องได้ลึ้นปี ซึ่ยอมารับประทานเอง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดท้องมากขึ้น จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลโคกสำโรง ได้ยากลับมารับประทานที่บ้าน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 200 ซีซี ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6 ปี รับประทานยาให้ประวัติดื่มสุราเป็นประจำ หยุดดื่ม 2 ปี ซึ่ยอมารับประทานเป็นประจำ

**การตรวจร่างกาย :** ชายไทย รูปร่างผอม ผิวเหลือง รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ On ET-tube หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เสียงปอดปกติ O<sub>2</sub> saturation 99% ฟังเสียงหัวใจ เต้นแรงสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur EKG พบ Sinus tachycardia rate 110 ครั้ง/นาที วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที อัตราชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/72 มิลลิเมตรปรอท

**ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray :** วันที่ 29 กรกฎาคม 2564 ผล ปกติ

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 10,300 cell/cu.m.m, Neutrophil 88%, Hct 22% Biochemistry Na 130 mmol/L, K 3.12 mmol/L, Cl 128 mmol/L, CO<sub>2</sub> 20.3 mmol/L, BS 86 mg/dl,

**การรักษาที่ได้รับ :** ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 120 ml/hr, ใส่ท่อช่วยหายใจ On Volume ventilator เพื่อแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลว และคงระดับ O<sub>2</sub> saturation >95% ให้ยา Antibiotic Ceftriaxone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง, ยาลดกรด Omeprazole 40 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง ให้ KCL 40 mEq in 0.9% Normal saline 1000 ml drip 80 ml/hr. เพื่อแก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำเจาะ Lab Electrolyte ติดตามผล, เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl, ส่งส่งกล้อง EGD วันที่ 30 กรกฎาคม 2564

**การวินิจฉัย :** Upper gastrointestinal bleeding with hypovolemic shock due to acute gastric ulcer

**ผลการส่องกล้อง EGD:** Gastric ulcer with NBW (Forrest IIA) S/P adrenaline 20 ml with gold probe and hemoclip

#### ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                           | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การพยาบาลระยะก่อนส่องกล้อง<br>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้องกระเพาะอาหาร<br>ข้อมูลสนับสนุน<br>1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจ EGD เป็นครั้งแรก<br>2. ญาติกลัวจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย กลัวเลือดออกไม่หยุด | กิจกรรมการพยาบาล<br>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยคำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน ใช้คำพูดที่เหมาะสม สั้น กระชับ ง่ายต่อการเข้าใจ ตอบคำถามของญาติ พร้อมทั้งให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และซักถามข้อสงสัยต่างๆ<br>2. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ<br>3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารอาหารต่างๆ การได้รับยาละลายลิ่มเลือด ประเมินภาวะเสี่ยงขณะส่องกล้อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและการเซ็นใบยินยอมทำหัตถการ<br>4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงขั้นตอนและวิธีการส่องกล้อง ว่ากล้องส่งตรวจที่ใช้ส่องเข้าไปในปาก เพื่อตรวจอวัยวะตั้งแต่หลอดคอ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น มีเลนส์ติดที่ส่วนปลายเชื่อมต่อกับทีวีแสดงภาพการส่องตรวจระบบทางเดิน |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>อาหาร ทำให้มองเห็นพยาธิสภาพของโรคทางเดินอาหารได้ชัดเจน สามารถรักษาให้เลือดหยุดได้ โดยไม่ต้องผ่าตัด</p> <p>5. นำแผนปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งกล้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติฟัง และอธิบายให้พยาบาลประจำหน่วยงานเข้าใจ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลหอบุคลากรเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องได้ถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>6. ให้ข้อมูลว่าการดูแลขณะส่งกล้องจะมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลใกล้ชิด</p> <p>7. การทำความสะอาดร่างกาย ปากและฟัน ให้เรียบร้อยก่อนมาส่งกล้องอธิบายขั้นตอนวิธีการส่งกล้องให้ผู้ป่วยรับทราบโดยละเอียด เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้รับทราบ</p> <p>8. บันทึกอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนส่งกล้อง ขณะไปเยี่ยม และคำแนะนำต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย ลงในบันทึกทางการพยาบาลโดยละเอียด เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแล</p> <p>9. ตรวจสอบการเซ็นยินยอมทำส่งกล้องในเวชระเบียน</p> <p>10. ประเมินความเข้าใจ และสังเกตอาการวิตกกังวลซ้ำ</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการส่งกล้องกระเพาะอาหาร</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2</b> เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวาน</p> <p>2. แรกรับระดับน้ำตาล (DTX) 86 mg/dl และงดน้ำและอาหารต่อ</p>                                                                                                                                     | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ตรวจสอบการงดดื่มน้ำเบาหวานวันที่มาส่งกล้อง</p> <p>2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น</p> <p>3. เจาะตรวจค่า DTX ก่อนส่งกล้อง หากต่ำกว่า 70 mg/dl รายงานแพทย์แก้ไขทันที</p> <p>4. เตรียม 50% glucose 50 ml ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะ Hypoglycemia</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ก่อนเข้ารับการส่งกล้อง ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น DTX 105 mg/dl</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>การพยาบาลระยะขณะส่งกล้อง</b></p> <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1</b> เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร และออกเพิ่มจากการทำหัตถการส่งกล้อง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. ขณะมาส่งกล้องยังมีเลือดออกสีแดงผ่านทางสาย NG tube</p> <p>2. ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/54 มิลลิเมตรปรอท</p> | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. วัดสัญญาณชีพและ O<sub>2</sub> saturation ทุก 5 นาที</p> <p>2. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ การหายใจลำบาก ซึม สับสน กระสับกระส่าย อาการเขียวคล้ำปลายมือ ปลายเท้า หากพบอาการดังกล่าวขณะส่งกล้อง รายงานแพทย์ทันที</p> <p>3. ประเมินการเสียเลือดจากการทำหัตถการส่งกล้องและจากอาเจียน</p> <p>4. ขณะส่งกล้องดูแลปรับสารน้ำ 0.9%NaCl 1000 ml iv drip 120 ml/hr</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/68 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดจากการทำหัตถการประมาณ 50 ซีซี</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2</b> เสี่ยงต่อการเกิดสудสำคัญและภาวะพร่องออกซิเจนขณะส่งกล้อง</p>                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ตรวจสอบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยอีกครั้ง ฟันโยก ฟันปลอม วัดสัญญาณชีพ O<sub>2</sub> saturation</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                                                                                                            | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ข้อมูลสนับสนุน</b><br>1. ก่อนส่องกล้องผู้ป่วย ได้รับ Topical anesthesia ได้แก่ 10 % Xylocaine Spray ฟันคอ<br>2. เมื่อมีการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปจะมีโอกาสเกิด gag reflex<br>3. ขณะมาส่องกล้องยังมีเลือดออกผ่านทางสาย NG tube | 2. พ่นยาชาที่คอ เพื่อให้เกิดอาการชาบริเวณช่องปาก คอ เมื่อพ่นยาชาเสร็จ สังเกตอาการข้างเคียงหลังพ่นยา<br>3. จัดท่าผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ก้มศีรษะในลักษณะคางจรดหน้าอก อม Mouth Gard และกัดไว้เบาๆ แพทย์ทำการสอดใส่กล้องเข้าไปในปาก<br>4. ขณะส่องกล้องเข้าไป วางที่ดูดน้ำลาย เสมหะ ( Oral Suction ) ไว้ที่มุมปากผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสำลัก<br>5. ขณะที่แพทย์ทำการส่องตรวจ สังเกตอาการของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ และดูทางเดินหายใจไม่ให้ท้อหายใจพ่นออก ตลอดการทำหัตถการ<br>6. อธิบายให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่เกร็ง ไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ เพื่อบรรเทาอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่ให้เกิดอาการกระสับกระส่าย ระหว่างส่องกล้อง<br>7. เผื่อระวังสังเกตอาการเจ็บปวด ความรู้สึกตัว เหงื่อออก ความเย็น ความชื้น และสีของผิวหนังเป็นระยะๆ คลำบริเวณหน้าท้อง ประเมินว่ามีท้องอืด แน่นท้องมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อระบบหายใจ<br>8. บีบมือให้กำลังใจขณะทำหัตถการ และบันทึกภาพผลการส่องกล้อง<br>9. เมื่อการส่องตรวจเสร็จแพทย์ดึงกล้องออกจากปากผู้ป่วย ดูแลดูดเสมหะ mouth care จัดท่าผู้ป่วย ตรวจสอบท่อช่วยหายใจว่ามีการเลื่อนหลุดหรือไม่ ตรวจวัดสัญญาณชีพจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ<br><b>การประเมินผล</b><br>ไม่เกิดสุดสักรและภาวะพร่องออกซิเจนขณะส่องกล้อง ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/68 มิลลิเมตรปรอท |
| <b>การพยาบาลระยะหลังส่องกล้อง</b><br><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1</b> เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้อง ได้แก่ แผลทะลุจากการทำหัตถการ<br><b>ข้อมูลสนับสนุน</b><br>จากการส่องกล้อง พบ แผลในกระเพาะอาหารขนาด 1.2 เซนติเมตร       | <b>กิจกรรมการพยาบาล</b><br>1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด<br>2. สังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติเกี่ยวกับการมีเลือดออก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสด แน่นท้อง ปวดท้อง ลักษณะและสีของอุจจาระเป็นเลือดสด ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว วางแผนว่าหากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที<br>3. ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 120 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระดับปริมาณน้ำและเกลือแร่ในร่างกายให้สมดุล<br>4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับการรักษาที่ทำไป คือ การฉีดยาหยุดเลือด การจี้ด้วยความร้อน การใช้คลิปหนีบแผล<br>5. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และแผนการพยาบาลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย รวมทั้งต้องประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง<br><b>การประเมินผล</b><br>หลังส่องกล้อง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีถ่าย หรืออาเจียนเป็นเลือดสด ภายหลังส่องกล้อง มีอาการแน่นอึดอัดท้องเล็กน้อย สัญญาณชีพ ชีพจร 90-106 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 -130/90 มิลลิเมตรปรอท Hct 29 % ภายหลังกลับห้องหออผู้ป่วยหนักอายุรกรรม                                                                                              |
| <b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2</b> ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ                                                                                              | <b>กิจกรรมการพยาบาล</b><br>1. ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้และคำแนะนำ<br>2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค สาเหตุเกิดจากการดื่มสุรา ยาแก้ปวด ไม่รับประทานอาหารตรงเวลา ทำให้กระเพาะอาหารมีแผลและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                             | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ข้อมูลสนับสนุน</b><br>1. มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ หยุดดื่ม 2 ปี ซ้ำยาแก้ปวดเมื่อยมารับประทานเป็นประจำ<br>2. สอบถามการปฏิบัติตัวไม่มีความรู้ | 3. อธิบายการรักษาขณะส่องกล้อง ได้ทำการฉีดยาหยุดเลือด การจี้ด้วยความร้อน และใช้คลิปหนีบแผล ซึ่งจะต้องรักษาด้วยการรับประทานยารักษาแผลในกระเพาะอาหารต่ออีกสักระยะ<br>4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติถามข้อสงสัยในปัญหาต่างๆ<br><b>การประเมินผล</b><br>ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ<br>จากการติดตามเยี่ยมภายหลังการส่องกล้องจำนวน 2 ครั้ง พบว่า 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังส่องกล้อง ไม่พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำ 3 วันต่อมา หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ เริ่มรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อนตามลำดับ ไม่มีเลือดออกซ้ำ ได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 3 สิงหาคม 2564 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 5 วัน และนัดตรวจติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรง จากการติดตามผู้ป่วยพบว่าไม่มีอาการปวดท้อง ขับถ่ายปกติ สุขภาพแข็งแรงขึ้น |

## สรุป

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ ต้องอาศัยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจวินิจฉัยจากการส่องกล้อง พยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค และการจัดการดูแลตนเอง ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การพยาบาลก่อนส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติคลายความวิตกกังวล และมั่นใจในการรักษา ด้วยการส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรคเป็นอย่างดี มีการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องกล้อง รวมถึงการ

ทำหัตถการต่างๆเพื่อหยุดเลือด ที่ทำให้การส่องกล้อง สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวดเร็ว และปลอดภัย รวมถึงการรักษาความสะอาดและบำรุงรักษาให้พร้อมใช้งาน และการพยาบาลหลังส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหายจากโรคที่เป็นอยู่สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ในระยะฟื้นฟูสภาพ วางแผนการพยาบาล โดยแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลและอาการกำเริบ เช่น การรับประทาน อาหารตรงเวลา รสไม่จัด ไม่ซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง งดดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการ เลือดออกซ้ำในระบบทางเดินอาหาร เพื่อเสริมสร้าง กำลังใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถจัดการดูแล ตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>4-10</sup>

## เอกสารอ้างอิง

- Boonpongmanee S, Fieischer DE, Pezzullo JC, Collier K, Mayoral W, Al-Kawas F et al. (2013). The frequency of peptic ulcer as a cause of upper -GI bleeding is exaggerate. Gastrointes Endosc; (59):78-94.
- สมยศ สุขเสถียร. (2562). สาเหตุและปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. เวชสาร โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา; 41(1): 21-28.

3. อนงค์ คำบุตดา. (2561). การพยาบาลเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 15(3): 187-97.
4. นกชนก รักษาเคน. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: บทบาทของพยาบาลในการป้องกัน เลือดออกและเลือดออกซ้ำ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ; 37(3): 13-19.
5. นิษา เรืองกิจอุดม และวาทีณี เขียวสุคนธ์. (2557). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหารที่มีการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นด้วยการรัดยาง. งานการพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. พงศ์ประสพชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ, สมชายลีลากุลวงศ์. (2555). การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯ เวชสาร.
7. สมชาย อมรโยธิน. (2561). การระงับความรู้สึกลำไส้สำหรับหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
8. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย. (2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย.
9. ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2562). การปฏิบัติการพยาบาลทางอายุรกรรม. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณภัณฑ์ สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
10. วันดี โตสุขศรีและคณะ (บรรณาธิการ). (2559). การพยาบาลอายุรศาสตร์2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : เอ็นพีเพรส.

## กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในโรงพยาบาลชุมชน Case Study: Nursing care of Corona virus 2019 in community hospital

(Received: July 5,2022 ; Accepted: July 26,2022)

มัญญกานต์ ตันติไพศาลกิจ<sup>1</sup>  
Muntakant Tantipaisalkit<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน วิธีการศึกษาประวัติผู้ป่วย บันทึกทางการแพทย์ บันทึกทางการพยาบาล การสัมภาษณ์ประวัติจากญาติ รวมถึงการตรวจร่างกายและให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 39 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว อาการนำส่งโรงพยาบาลคือ มีอาการไอ มีไข้ วัดกักขฬเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การขาดรายได้ อาการอื่นๆคือ ปวดท้อง เมื่อได้รับการรักษาที่ห้องแยกโรงพยาบาล ผลลัพธ์สุดท้ายจำหน่ายโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 53 ปี โรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน เป็นผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูงจึงได้รับการตรวจโดยไม่มีอาการอื่นๆ เมื่อเข้ารับการรักษา พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน อาการแสดงคือ เหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม พบระดับออกซิเจนในกระแสเลือด น้อยกว่า 95% มีพยาธิสภาพที่ปอด ผลลัพธ์สุดท้ายคือส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด

การพยาบาลผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 พยาบาลต้องคำนึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเพื่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อการรักษาอย่างทันที่

**คำสำคัญ:** การพยาบาล ผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

### ABSTRACT

This study aimed to Gordon's 11 Functional Health Patterns in Coronavirus 2019 patient based on community hospital. This studied method by patient's history, nursing record, medical record, interviewed history form relatives, physical examination and self-nursed care based on nursing process; assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation.

The result showed that Case study 1, female 31 years old, no underlying disease, The symptoms for hospitalization were coughing, fever, anxiety about illness, lack of income, other symptoms were abdominal pain. Treated at a separate hospital room, the end resulted discharge without complications. Case study 2, Male 53 years old, the underlying disease was diabetes. He was a high-risk exposure, so he was tested without any other symptoms. In admitted It was found that

<sup>1</sup> พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

there were complications. The symptoms were fatigue, shortness of breath. Blood oxygen levels were less than 95%. Pulmonary pathology. The final result is referral to the provincial hospital.

Nursing care for coronavirus patients 2019, nurses must consider the safety of nurse practitioners by aseptic precaution and give importance to patients in the group with congenital diseases to monitor for complications that may occur for timely treatment.

## บทนำ

โคโรนาไวรัส 2019 ได้รับการรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรก ในเดือนธันวาคม 2562 ประเทศจีน ต่อมาองค์การอนามัยโลก ได้ออกมาระบุว่า ไวรัสชนิดดังกล่าว คือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19 (ย่อมาจาก CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease และ 19 แทน 2019) ตามการประกาศชื่ออย่างเป็นทางการที่ใช้เรียก โรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ขององค์การอนามัยโลก และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก จากนั้นในวันที่ 11 มีนาคม 2563 ได้ประกาศเป็น COVID-19 ระบาดใหญ่ (Coronavirus Pandemic)<sup>1</sup>

ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทยเมื่อวันที่ 12 มกราคม ๒๕๖๓ และเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยชาวไทยรายแรก อาชีพขับรถแท็กซี่ ซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ ต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผล บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID - 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ต่อมามีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางเป็นเหตุให้รัฐบาลยกระดับ การบริการ

จัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย ให้อยู่ในวงจำกัด โดยสั่งการให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน ภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ ตามกฎหมาย และจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (ศบค.) เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 การยกระดับมาตรการในการเฝ้าระวัง และควบคุม การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และขอให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ และเอกชนทุกแห่งดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยมาตรการดังกล่าว แบ่งออกเป็น 2 มาตรการสำคัญ ประกอบด้วย 1) การป้องกันและสกัดกั้นการนำเข้าเข้าสู่ประเทศไทย 2) การยับยั้งการระบาดภายในประเทศ<sup>2</sup>

โรงพยาบาลเกาะลันตาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีประชากรในพื้นที่ประมาณ 35,000 คน ด้วยภูมิประเทศที่เป็นเกาะ และมีทะเลล้อมรอบ จึงมีนักท่องเที่ยว ผู้ประกอบกิจการค้าขาย พนักงานบริการเข้ามาพักอาศัยจำนวนมากทำให้มีประชากรแฝง ประมาณ 100,000 คน/ปี<sup>3</sup> อำเภอเกาะลันตาพบผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019 ในการดูแลผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019

การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้มีการพัฒนาโดยทีมวิชาการในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีการศึกษาเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา<sup>4,5</sup> ในด้านการพยาบาล สภาการพยาบาลได้มีแนวทางในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่ม

เจ็บป่วยรุนแรง และผู้เสียชีวิตอย่างไรก็ตาม การพยาบาลผู้ป่วยประกอบด้วยศาสตร์และศิลป์ โดยผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยนำเอา แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 2019 ให้มีความปลอดภัยและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 2019 โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

### วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษา 2 ส่วน คือ 1) การศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 2019 และ 2) การศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ป่วย ติดเชื้อโควิด-19 2019 กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ด้วยกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) โภชนาและการเผาผลาญสารอาหาร การขับถ่าย 3) กิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) การพักผ่อนนอนหลับ 5) สติปัญญาและการรับรู้ 6) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 7) บทบาทและสัมพันธภาพ 8) เพศและการเจริญพันธุ์ 9) การ

ปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด 10) คุณค่า และ 11) ความเชื่อ

### ผลการศึกษา

**กรณีศึกษา ที่ 1** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 39 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนา อิสลาม อาชีพ หมอนวด ตามชายหาด เจ็บคอก่อนมา รพ. 3 วัน ให้ประวัติว่า เมื่อ 10 วันก่อนมา รพ. เริ่มมีอาการเจ็บแน่นท้องได้ 1 สัปดาห์ มีอาการเจ็บคอเล็กน้อย ไปพบแพทย์ที่คลินิก 3 วันก่อนมา รพ. ไอ เจ็บคอ มากขึ้นจึงมา รพ. ตรวจพบว่า มีการติดเชื้อโควิด-19 จึงเข้ารับการรักษาที่ห้องแยกโรค ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้อง อ่อนเพลีย และวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจ รายได้ จนครบ 14 วัน และกลับบ้าน

**กรณีศึกษาที่ 2** ผู้ป่วยเพศชายไทย อายุ 53 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนา อิสลาม อาชีพ ทำสวน เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง จึงเข้ารับการตรวจ พบว่าผล เป็นบวก จึงเข้ารับการรักษามีประวัติ โรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน รักษาต่อเนื่องที่ รพ. แรกผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์ วินิจฉัยเป็น COVID-19 infection with DM. จึงเข้ารับการรักษาในห้องแยกโรค วันที่ 1 ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ DTX 330 mg% CxR ปกติ วันที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้ ไม่ไอ อาการทั่วไป ปกติ วันที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดแน่นท้อง ถ่ายเหลวเป็นน้ำ DTX 232 mg% วันที่ 4 ผู้ป่วยเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร O<sub>2</sub> sat = 97 % DTX 248 mg% วันที่ 5 ผู้ป่วยเหนื่อยเพลีย นอนตลอด มีอาการปวดแน่นท้อง คลื่นไส้ DTX 220 mg% O<sub>2</sub> sat = 95 % วันที่ 6 ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลียมาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้องตลอดเวลา ได้ยาแล้วไม่ทุเลา O<sub>2</sub> sat = 92-94 % DTX 432 mg% ส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อรับการรักษาต่อ

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลตามแผนสุขภาพของกอร์ดอน (กรณีศึกษา 2 ราย)

| แบบแผนสุขภาพ                            | กรณีศึกษาที่ 1                                                                | กรณีศึกษาที่ 2                                                                           |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง | รับรู้ว่าเป็นโรคติดเชื้อโควิด 19                                              | รับรู้ว่าเป็นโรคติดเชื้อโควิด 19                                                         |
| โภชนาการและการเผาผลาญ                   | รับประทานอาหารทั่วไปวันละ 2-3 ครั้ง                                           | รับประทานอาหารเบาหวาน วันละ 3 ครั้ง                                                      |
| การขยับถ่ายของเสีย                      | ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ถ่ายอุจจาระ 1-2 วัน/ครั้ง                              | ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง อุจจาระ วันละ 1 ครั้ง                                             |
| การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม           | ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 4 วัน                                                    | ไม่ได้ออกกำลังกาย                                                                        |
| การพักผ่อนนอนหลับ                       | นอนหลับประมาณ 22.00 น. ตื่นประมาณ 04.30 น.                                    | นอนหลับประมาณ 21.00 น. บางวันตื่นกลางดึก ประมาณ 02.00 น. แล้วไม่หลับต่อ บางวันหลับต่อได้ |
| สติปัญญาและการรับรู้                    | สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ จบการศึกษา ปวช.                           | สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ จบการศึกษา ม.3                                       |
| การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์            | รับรู้การเจ็บป่วยตนเอง                                                        | รับรู้การเจ็บป่วยตนเอง                                                                   |
| บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว            | เป็นสมาชิกในครอบครัว และเป็นผู้หารายได้จุนเจือครอบครัว                        | เป็นหัวหน้าครอบครัว มีสมาชิกในครอบครัว ช่วยกันหารายได้                                   |
| เพศและการเจริญพันธุ์                    | เพศตรงกับเพศสภาพ มีบุตร และคุมกำเนิดโดยฉีดยา                                  | เพศตรงกับเพศสภาพกำเนิด                                                                   |
| การเผชิญและทนต่อความเครียด              | มีความกังวลในด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคระบาดที่รุนแรง และภาวะสุขภาพของตน | มีความกังวลในเรื่องโรคและการเจ็บป่วยของตน                                                |
| คุณค่าและความเชื่อ                      | นับถือศาสนาอิสลาม                                                             | นับถือศาสนาอิสลาม                                                                        |

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

**ตารางที่ 2** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                 | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง (กรณีศึกษาที่ 2)           | 1. ประเมินและบันทึก จำนวนครั้งการหายใจ เสียงและลักษณะการหายใจ<br>2. ประเมินระดับออกซิเจนในภาวการณ์หายใจปกติ บันทึกและรายงานกรณีมีระดับต่ำกว่าที่กำหนด (95% room air)<br>3. แนะนำการจัดท่านอนเพื่อให้สามารถหายใจได้สะดวก    |
| 2. มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในร่างกาย (กรณีศึกษาที่ 1,2)               | 1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. หรือ ทุก 1 หรือ 2 ชม. ตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย<br>2. ติดตามผลเอกซเรย์ปอดผู้ป่วยและรายงานแพทย์<br>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา<br>4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
| 3. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อผู้อื่น (กรณีศึกษาที่ 1,2) | 1. วางแผนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่แรกเริ่มและการให้การพยาบาลแต่ละครั้ง                                                                                                             |

## ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                     | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                             | <p>2. เตรียมความพร้อมการใช้ห้องความดันลบ โดยการตรวจสอบระดับแรงดันลบ อุณหภูมิ และความชื้น ของห้องแยกความดันลบทุกเวร พร้อมบันทึกเป็นหลักฐาน เมื่อเกิดความผิดปกติ แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน พร้อมเตรียมการดูแลกรณีห้องความดันลบไม่พร้อม</p> <p>3. ใส่และถอดชุด PPE และอุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกต้องทุกครั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาล</p> <p>4. จำกัดการปฏิบัติการพยาบาลเท่าที่จำเป็นที่สุด รวบรวมการปฏิบัติการพยาบาลในหลายกิจกรรมเพื่อดำเนินการในครั้งเดียวเพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วย</p> <p>5. กำหนดเวลาเก็บผ้า ขยะ อุปกรณ์ที่ใช้ในหอผู้ป่วย ส่งต่อตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างเคร่งครัด</p>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4. มีภาวะน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเกิดการติดเชื้อในร่างกาย (กรณีศึกษาที่ 2)                         | <p>1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษาที่กำหนด</p> <p>2. ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ในการสังเกตอาการผิดปกติและให้แจ้งเจ้าหน้าที่ผ่านโทรศัพท์</p> <p>3. สอบถามอาการผิดปกติผ่านทางโทรศัพท์</p> <p>4. ให้ยาตามแผนการรักษา</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 5. ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง (กรณีศึกษาที่ 1)                                                               | <p>1. ประเมินระดับความเจ็บปวด อาการและอาการแสดง</p> <p>2. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>3. แนะนำผู้ป่วยแจ้งต่อเจ้าหน้าที่กรณีพบอาการผิดปกติ เพื่อให้การรักษา</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการขาดความรู้ในเรื่องโรค ข้อปฏิบัติการดูแลตนเอง (กรณีศึกษาที่ 1,2) | <p>1. ประเมินความรู้สึกรู้สึกกังวล ของญาติและผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ ด้วยเครื่องมือประเมินความเครียด ซิมเคร้า วิตกกังวล</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกลับข้อใจและรับฟังด้วยความใส่ใจ</p> <p>3. แจ้งเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแก่ญาติเป็นประจำ</p> <p>4. อธิบายถึงโรค อาการของโรค และแนวทางการรักษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามในข้อสงสัย</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7. การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย (กรณีศึกษาที่ 1,2)                                                      | <p>1. ใช้กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ D- M-E-T-H- O-D เพื่อช่วยลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังนี้</p> <p>D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น อาการไอ เหนื่อยหายใจไม่อึด การสัมผัสกลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง เป็นต้น</p> <p>M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย</p> <p>E Environment /Economy การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ</p> <p>T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การใส่-ถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การล้างมือที่ถูกต้อง รวมถึง การเฝ้าสังเกตอาการตนเอง และแจ้งให้พยาบาลทราบ</p> <p>H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ</p> |

## ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | <p>Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลักเลี้ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ</p> <p>2. ให้คำแนะนำ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส-2019 โดยใช้หลัก D-M-H-T-T</p> <p>D : Social Distancing เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด</p> <p>M : Mask Wearing การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา วิธีการใส่-ถอด-ทิ้ง หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การไอ จาม ที่ถูกวิธี</p> <p>H : Hand Washing ล้างมือบ่อยๆ อย่างถูกต้อง ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์</p> <p>T : Testing การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย</p> |

## สรุป

กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 39 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว อาการนำส่งโรงพยาบาลคือ มีอาการไอ วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การขาดรายได้ อาการอื่นๆ คือ ปวดท้อง เมื่อได้รับการรักษาที่ห้องแยกโรงพยาบาล พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีพยาธิสภาพที่ปอด ผลลัพธ์สุดท้ายจำหน่ายโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และยังคงติดตามอาการปวดท้องที่ทุเลาและอาจกำเริบซ้ำได้

กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 53 ปี โรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน เป็นผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูง จึงได้รับการตรวจโดยไม่มีอาการอื่นๆ เมื่อเข้ารับการรักษา พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน อาการแสดงคือเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม พบระดับออกซิเจนใน

กระแสเลือด น้อยกว่า 95% มีพยาธิสภาพที่ปอด ผลลัพธ์สุดท้ายคือส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งยังคงต้องติดตามผลการรักษาหลังการส่งต่อเพื่อวางแผนการให้การพยาบาลครอบครัวต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโดยการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ในการติดตาม ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ถือเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report -160. [Internet]. [cited 2022 June 24]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200628-cov-id-19-sitrep-160.pdf?sfvrsn=2fe1c658\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200628-cov-id-19-sitrep-160.pdf?sfvrsn=2fe1c658_2)
2. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง(ออนไลน์).(ค้นเมื่อ 16 มิ.ย. 2565) จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.

3. สำนักงานจังหวัดกระบี่. ระบบฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการจังหวัดกระบี่.(ออนไลน์). (ค้นเมื่อ 12 มิ.ย.2565)  
จาก<http://123.242.168.130/krabisys/frontpageWord> Health Organization. Corona virus diseases pandemic. [Internet]. [cited 2022 May 22]. Available from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> World Health Organization. Q&A on coronaviruses (COVID-19). [Internet]. [cited 2022 June 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
4. สุนันทา ทองสาร. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 7(1):108-119.
5. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม. แนวเวช ปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง 8 เมษายน 2563. [Internet]. [cited 2020 June 29]. Available from: <https://www.mhesi.go.th/home/index.php/pr/all-media/55-covid-19/covid-km/1429-2019-covid-19-8-2563> 9. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet]. [cited 2020 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-covid-19>

## การประเมินผลการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

### Evaluation of COVID-19 Preventive and Control on Community Isolation in Ban-phai District, Khon-kaen Province

(Article submitted: AUG, 2022; final version accepted: SEP, 2022)

สุมาลี นีละพันธุ์<sup>1\*</sup>

Sumalee Neelapunt<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model (2003) เพื่อ ประเมินความสำเร็จการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน และศึกษารูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 ถึงสิงหาคม 2565 พื้นที่ศึกษา คัดเลือกจาก Community Isolation ที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ เขตเทศบาลเมืองเพี้ย บ้านลานและหนองน้ำใส กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารระดับอำเภอ 2) ผู้บริหารระดับตำบล 9 คน 3) เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน Community Isolation 31 คน 4) กลุ่มแกนนำชาวบ้าน 9 คนและ 5) กลุ่มผู้รับบริการ HICI 443 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1)แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารระดับอำเภอและตำบล (2)แบบสอบถามความคิดเห็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถานการณ์ และการดำเนินงานการจัดตั้ง Community Isolation (3)แนวทางสนทนากลุ่มแกนนำ และ(4)แบบเก็บข้อมูลผู้รับบริการ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า1) ด้านบริบท หลังจากรับนโยบายระดับจังหวัด เครือข่ายอำเภอบ้านไผ่ มีการประชุมเพื่อนำสู่การปฏิบัติ มอบหมายความรับผิดชอบระดับปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามผู้ติดเชื้อสู่ระบบHICI มี Cup manager ได้แก่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ /นักระบาดวิทยา/แพทย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมการปฏิบัติงานในCommunity Isolation ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ความพร้อมของทรัพยากร ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในภาพรวมไม่เพียงพอ 3) ด้านกระบวนการ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ มีการสำรวจข้อมูล ประเมินปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลและหาทางแก้ไขร่วมกัน ประชุมร่วมกันเป็นระยะ ๆ มีการบูรณาการแผนงาน (ร้อยละ 66.6) ชี้แจงแนวทาง แบ่งบทบาทหน้าที่ มีเครือข่ายชุมชนเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่มาร่วมหารือ กำหนดบทบาท จัดขอรับบริจาคสิ่งของและเครื่องใช้ ทำให้ผ่านอุปสรรคได้ 4) ด้านผลผลิต พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เข้า Home Isolation และ Community Isolation ได้มีที่อยู่กักตัว และได้รับการอย่างเป็นระบบ ผู้ติดเชื้อหายดีกลับบ้านได้ ไม่มีผู้ติดเชื้อหลังดำเนินการ

คำสำคัญ: การประเมินผล, Community Isolation อำเภอบ้านไผ่, โรคโควิด 19.

#### Abstract

This evaluation research have a purpose To study the prevention and control of COVID-19 in Ban Phai District Khon Kaen Province . Using the conceptual framework CIPP Model (2003) to assess

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านไผ่

\*Correspondence to: E-mail: Bettermomsumaree@gmail.com

the success of establishing Community Isolation in the prevention and control of COVID-19 in the community, and to study the model of community isolation establishment. The study was conducted during June 2021 to August 2022. The study areas were selected from community isolation that met the criteria, i.e. Mueang Pia Sub-district, Ban Lan and Nong Nam Sai Subdistricts. The sample groups consisted of: 1) District executives 2) 9 sub-district administrators 3) 31 community isolation practitioner networks 4) 9 village leaders and 5) 443 HICI service recipients. of district and sub-district executives (2) A questionnaire for the opinions of the network operators about the situation and the implementation of the establishment of Community Isolation (3) Guidelines for the main group discussion and (4) the service recipient data form data analysis quantitative data used descriptive statistics and qualitative data used content analysis.

The results of the study found that: 1) Contextual, after adopting provincial-level policies, Ban Phai District Network. There is a meeting to put into practice. Assign operational responsibilities as well as tracking infected people to HICI with a Cup manage , including primary care service personnel /epidemiologist/doctor/director of Tambon Health Promoting Hospital. Follow up on operations in Community Isolation with local officials. 2) Input factors, availability of resources, personnel, budget, materials and equipment as a whole is not enough 3) Process has appointed a committee .There were data surveys, problem assessments, data analysis and solutions together. meeting together periodically, plans were integrated (66.6 percent). Clarify the guidelines, divide the roles and duties. There is a community network as a social cost that exists to participate in discussions, define roles, arrange for donations of items and equipment. 4) In terms of productivity, it was found that infected people who entered Home Isolation and Community Isolation had a quarantine address. and receive systematic service Those who have recovered can go home. There were no infections after the procedure.

**Keywords:** Evaluation, Community Isolation, Phai District, Covid-19.

## บทนำ

ประเทศไทย เมื่อวันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2564 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดในประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2564)<sup>(1)</sup> พบผู้ป่วยรายใหม่ 1,335 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม 35,910 ราย หายป่วยแล้ว 28,322 ราย เสียชีวิตสะสม 97 ราย โดยประเทศไทย อยู่ในอันดับที่ 112 ของโลก เป็นการระบาดของสายพันธุ์อัลฟา (อังกฤษ)ถึงร้อยละ 85-90 ซึ่งระบาดเร็วกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม (อู่ฮั่น) 60-70 % ระยะต่อมา ที่ปรึกษาศูนย์บริหารได้ประกาศสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไวรัสกลายพันธุ์เดลตา(อินเดีย) โดยพบว่า แต่เดือนมิถุนายน-

กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบสายพันธุ์เดลตาทั่วประเทศ ร้อยละ 30 ซึ่งถือว่าการระบาดเร็วมาก (เร็วกว่าสายพันธุ์อัลฟา 40 %) โดยเฉพาะ กรุงเทพฯและปริมณฑล พบมากถึงร้อยละ 50 กระทรวงสาธารณสุขสั่งการให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในต่างจังหวัดจัดทำแผนจัดระบบดูแลการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการกักตัวในชุมชน (Community Isolation) รองรับผู้ป่วยโควิด 19 กลับภูมิลำเนา (รัฐบาลไทย ข่าวกระทรวงสาธารณสุข, 2564)<sup>(2)</sup> จัดทำแนวทางการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 ของแต่ละจังหวัดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยการบริหารจัดการในแต่

ละจังหวัด บริหารจัดการเตียง และระบบดูแลการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการกักตัวในชุมชน (Community Isolation) โดยนำแนวทางที่กระทรวงกำหนดปรับใช้ให้ตรงกับบริบทแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ให้กรมควบคุมโรครับผิดชอบจัดทำกล่องสำหรับดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น จัดส่งไปยังจังหวัดต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าระบบรักษาตัวที่บ้าน ลดอาการป่วยหนักและเสียชีวิต ซึ่งภายในประกอบด้วย โปรท็อกซ์ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ยาพาราเซตามอล ยาฟ้าทะลายโจร หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ พร้อมจัดส่งยาฟ้าวิพราเวียร์ให้แก่จังหวัด 2-3 หมั่น

รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด (เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบ้านไผ่, 2564)<sup>(3)</sup> พบว่า ผู้เข้ารับบริการโรงพยาบาลบ้านไผ่ในช่วงมีการระบาดทั้งหมด 3,828 ราย ผู้ป่วยในอำเภอบ้านไผ่สะสมเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวน 67 ราย รักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ 43 ราย มาจากต่างอำเภอ 12 ราย จากพื้นที่เสี่ยงมีภูมิลาเนาที่อำเภอบ้านไผ่ 31 ราย รับใหม่พื้นที่เสี่ยง 11 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลบ้านไผ่ได้เร่งดำเนินการจัดหาเตียงรองรับผู้ป่วยโควิด 19 สามารถรองรับได้ 40 เตียง ซึ่งไม่พอกับจำนวนผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในอำเภอบ้านไผ่ จึงได้จัดตั้ง Community Isolation ตามพื้นที่ตำบล หมู่บ้านต่าง ๆ ในเดือนกรกฎาคม 2564 ใช้เป็นสถานที่แยกผู้ติดเชื้อ เพื่อลดการแพร่เชื้อในชุมชน ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นที่จะศึกษาประเมินผลการจัดตั้ง Community Isolation ในชุมชน ลดการระบาดโรคโควิด-19 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ศึกษาเป็นแนวทางการตัดสินใจในการบริหารหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การกำกับ ติดตามและประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค อันจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนศึกษารูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด

## วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP ของ Stufflebeam (2003)<sup>(4)</sup> ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ปี พ.ศ. 2564 ถึง สิงหาคม ปี พ.ศ. 2565

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา คัดเลือกจาก Community Isolation ที่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งได้แก่ Community Isolation เขตเทศบาล ตำบลเมืองเพีย บ้านลานและหนองน้ำใส ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ/ปลัดอำเภอและนายกเทศมนตรี ผู้บริหารระดับตำบลประกอบด้วย 1) นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น /ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 9 คน เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานใน CI ของหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 31 คน กลุ่มแกนนำชาวบ้าน ได้แก่ ผู้นำชุมชนเขตเมือง ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 9 คนและกลุ่มผู้รับบริการ HI-CI ทั้งหมดในอำเภอบ้านไผ่ จำนวน 443 คน

## วิธีดำเนินการ

**ระยะที่ 1** ระยะเตรียมการ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2564 – กรกฎาคม ปีพ.ศ.2565

1) เป็นการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการระบาดวิทยาของโรค

2) ออกแบบ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3) ประสานบุคลากรสาธารณสุขพื้นที่คัดเลือกอย่างไม่เป็นทางการ จากนั้นจัดทำหนังสือราชการถึงผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป้าหมาย ขอความอนุเคราะห์เข้าเยี่ยมและรวบรวมข้อมูล

**ระยะที่ 2** ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นผู้บริหารต่อการดำเนินการได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน HIC โดยตรง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่เทศบาล/องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus group interview) แกนนำเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุเพื่อทราบถึงกิจกรรมและความพร้อมด้านต่าง ๆ ในการดำเนินงานในพื้นที่ตัวอย่าง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ปีพ.ศ.2565

**ระยะที่ 3** ระยะรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ แปรผล จากเก็บข้อมูลที่ได้มา ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ปีพ.ศ.2565

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ได้แก่ (1)แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารระดับอำเภอและตำบล (2)แบบสอบถามความคิดเห็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถานการณ์ และการดำเนินงานการจัดตั้ง Community Isolation (3)แนวทางสนทนากลุ่มแกนนำ และ(4)แบบเก็บข้อมูลผู้รับบริการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### ผลการศึกษา

**การประเมินด้านบริบท** พบว่า อำเภอบ้านไผ่ แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 10 ตำบล 113 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง ได้แก่ เทศบาล 2 แห่ง อบต. 9 แห่ง หน่วยบริการสาธารณสุข CUP บ้านไผ่ มีโรงพยาบาลบ้านไผ่ (โรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU)จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 แห่ง มีประชากร 67,665 คน จำนวน 24,799 หลังคาเรือน บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ แพทย์ 23 คน พยาบาลวิชาชีพ 143 คน นักวิชาการสาธารณสุข 32 คน มีวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรที่มุ่งให้บริการที่มีคุณภาพ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีในระดับพื้นที่ เมื่อได้รับนโยบายร่วมระดับประเทศ จังหวัดขอนแก่นมีคณะทำงานการสนับสนุนการให้บริการและรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ COVID-19 มีการชี้แจงแนวทางและคำแนะนำในการจัดการยาสำหรับผู้ป่วยใน Community Isolation จัดทำระบบรายงานการจัดการยาในระบบ CI ซึ่งมีรายงานในระบบตามเว็บไซต์ของจังหวัด แนวทางการติดตามการใช้ยาใน Home isolation และ Community isolation และขั้นตอนรับส่งผู้ป่วยโควิดเข้าสู่ Home Isolation และ Community Isolation จังหวัดขอนแก่น

อำเภอบ้านไผ่ มี community Isolation รวม 13 แห่ง รองรับผู้ติดเชื้อเข้าพัก 140 เตียง ซึ่ง Cup Managerประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 2 คน นักระบาดวิทยา 1 คนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 13 แห่ง PCUเมือง(หน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง) 4 แห่ง ทั้งนี้ จะมีการประชุมทีมทุกวัน โดยมีนักระบาดวิทยารายงานสถานการณ์การตรวจเชื้อ หน่วยปฐมภูมิ

เป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานจัดตั้ง community Isolation แพทย์ประจำพื้นที่ตามหลักการ “3 หมอ (ก่อนนอนโรงพยาบาล, หลังออกจากโรงพยาบาล, โรงพยาบาลสนาม ) ศูนย์พักคอยอำเภอ (community Isolation) เริ่มจัดตั้งขึ้นในเดือนกรกฎาคม 2564 โดยความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ สำนักงานอำเภอ เทศบาลเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีตำรวจภูธร สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาขอนแก่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ วัด โรงเรียน ฯลฯ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีสถานที่พักคอยในระหว่างการรอเตียงเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ให้บริการผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม ปีพ.ศ.2564 โดยได้จัดเป็น community Isolation

ได้แก่ ศูนย์พักคอยโนนสว่างหรือศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาขอนแก่น และในแต่ละตำบล ก่อนที่จะให้เข้าสู่ชุมชน

### การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

#### ด้านความพร้อมและเหมาะสมด้านทรัพยากร

จากการสอบถามความคิดเห็นผู้บริหารและของผู้ปฏิบัติงานต่อความพร้อมทรัพยากร พบว่าทรัพยากรไม่เพียงพอทุกด้าน โดยความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า ด้านบุคลากรเพียงพอเพียงร้อยละ 27.6 งบประมาณเพียงพอร้อยละ 40.0 และวัสดุอุปกรณ์เพียงพอร้อยละ 23.3 ส่วนความคิดเห็นของต่อความพร้อมด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์มีเพียงพอต่อการปฏิบัติงานร้อยละ 50.0

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อความพร้อมทรัพยากร(ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สื่อ เผยแพร่

| ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ | เพียงพอ       | ไม่เพียงพอ    |
|--------------------------------------------|---------------|---------------|
|                                            | จำนวน(ร้อยละ) | จำนวน(ร้อยละ) |
| ด้านบุคลากร( N=31)                         | 8(27.6)       | 21(72.4)      |
| ด้านงบประมาณ( N=30)                        | 12(40.0)      | 18(60.0)      |
| ด้านวัสดุอุปกรณ์( N=30)                    | 7(23.3)       | 23(76.7)      |
| ด้านสื่อเผยแพร่ เอกสารสิ่งพิมพ์( N=30)     | 15(50.0)      | 15(50.0)      |

### การประเมินด้านกระบวนการ

ผลการประเมินกระบวนการดำเนินการ พบว่า ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ จัดตั้ง Home Isolation และ Community Isolation ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 93.5 มีปฏิทินการปฏิบัติการร้อยละ 83.3 มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ตำบล ได้ทราบและเห็นด้วยร้อยละ 96.8 มีการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดตั้ง Home Isolation และ Community Isolation ร้อยละ 87.1 มีการสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบร้อยละ 93.5 และนำข้อมูลที่สำรวจได้มากำหนดเป้าหมายของแต่ละอำเภอ/ตำบลร้อยละ 90.3 มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร้อยละ มีการณรงค์

เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการร้อยละ 87.1 นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การจัดหาทรัพยากรด้วยการขอรับบริจาคจากภาคเอกชน และออกพื้นที่ชี้แจง/ประสานกับชุมชนโดยตรง จากการสอบถามผู้ปฏิบัติงานไม่ได้มีการเขียนโครงการแยกเนื่องจากเป็นโครงการเร่งด่วน ใช้การบูรณาการโครงการสาธารณสุขเดิมของ อบต. สนับสนุน ในส่วนของเครือข่ายภาคประชาชน ได้ดำเนินการเขียนโครงการของงบประมาณ/ขอรับบริจาคสิ่งของจากภาคเอกชน นักการเมืองในพื้นที่ โดยงบประมาณในช่วงแรกอาจจะไม่เพียงพอ เนื่องจากใช้เฉพาะงบประมาณทางกระทรวงสาธารณสุข มีการตั้งคณะทำงาน บูรณาการแผนทุกภาคส่วน ประชุมก่อนดำเนินงาน ประชุมประเมินเป็นระยะ ๆ จากการ

จัดการแบบเป็นระบบ เตรียมพร้อมเจ้าหน้าที่สถานที่  
อุปกรณ์ ทำให้มีสถานที่สำหรับผู้ติดเชื้อ ลดการแพร่  
ระบาดเชื้อในชุมชนได้ ในหน่วยบริการจะนำข้อมูลมา  
วิเคราะห์ ถึงความจำเป็น/ต้องการแต่ละราย และมี  
การมอบหมายตามบทบาทเกี่ยวข้อง ไม่สามารถ  
กำหนดเป้าหมายผู้ใช้บริการได้ชัดเจนเพราะเป็นการ  
ส่งกลับภูมิลำเนาจากต่างถิ่น ดังนั้นมีภาคีเครือข่าย

สาธารณสุขที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน  
เกิดการแบ่งงาน มีเครือข่ายชุมชนเป็นต้นทุนทาง  
สังคมที่มีอยู่มาร่วมกำหนดบทบาท สนับสนุนการ  
จัดบริการให้เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด ในระดับ  
หมู่บ้าน มีการประชุมชมหมู่บ้าน ประชุมชาวบ้าน/ผู้มี  
ส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชน ดัง  
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน(N=31)

| ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน                                             | การดำเนินงาน |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
|                                                                                    | ดำเนินการ    | ไม่ได้ดำเนินการ |
| 1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดตั้ง Home Isolationและ Community Isolation | 29(93.5)     | 2(6.5)          |
| 2. ทำแผนงานโครงการฯ ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร มีปฏิทินการปฏิบัติการ                 | 25(83.3)     | 5(16.7)         |
| 2.1 มีการนำข้อมูลและปัญหาในพื้นที่มาใช้ในการวางแผน                                 | 28(90.3)     | 3(9.7)          |
| 2.2 นำผลวิเคราะห์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ผ่านมาประกอบในการวางแผน                | 27(87.1)     | 4(12.9)         |
| 2.3 มีการกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน                                | 30(96.8)     | 1(3.2)          |
| 3. มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอทราบ             | 30(96.8)     | 1(3.2)          |
| 4. มีการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดตั้ง Home Isolationและ Community Isolation | 27(87.1)     | 4(12.9)         |
| 5.สำรวจข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ                             | 29(93.5)     | 2(6.5)          |
| 6. นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำกำหนดเป้าหมายของแต่ละอำเภอ/ตำบล                            | 28(90.3)     | 3(9.7)          |
| 7. ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง                                         | 30(96.8)     | 1(3.2)          |
| 8. มีการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการฯ                                         | 27(87.1)     | 4(12.9)         |
| 9. อื่น ๆ เช่น จัดหาทรัพยากร ด้วยการขอรับบริจาคจากภาคเอกชน                         | 13(54.8)     | 16(55.2)        |

จากสนทนากลุ่มผู้นำ แกนนำชุมชน 9 คน  
ได้แก่ ผู้นำชุมชนเมือง 2 คนผู้ใหญ่บ้าน 2 คน  
อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน พระภิกษุ 1 รูป พบว่า  
ในการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีภาคีเครือข่าย  
สาธารณสุขที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน  
เกิดการแบ่งงาน ซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่มาร่วม  
หารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้  
เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด มีการประชุมชมหมู่บ้าน  
ประชุมชาวบ้าน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสร้างความ  
เข้าใจของชุมชน ซึ่งบริบทในบางพื้นที่ ชาวบ้านเกรง  
ว่าจะมีจุดพักคอยคนติดเชื้ออยู่ใกล้และจะทำให้เชื้อ  
ระบาดสู่ชุมชน ในการเข้าเยี่ยมผู้รับบริการ มีการไปที่  
บ้าน ระยะเวลาต่อมาได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข จึงใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ ดังข้อมูล  
จากการสนทนากลุ่ม

แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ท่านหนึ่งกล่าว  
ว่า

“อาสาสมัครสาธารณสุขประสานงานกับ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลอดค่ะ เช่น จะมี  
ชาวบ้านที่สงสัย/ล้มป่วยเชื้อ จึงมีการตรวจเป็นระยะ ๆ  
จะต้องกักตัวรอฟังผล เมื่อผลบวก หมอโทรมาให้  
เตรียมคนไข้ ก็จะไปแจ้งให้เตรียมตัวไป จะมี  
โรงพยาบาลมารับ”

พระภิกษุจากวัดแห่งหนึ่ง ให้ความเห็นว่า  
“ญาติโยมสนับสนุนร่วมบริจาคอาหารน้ำ  
ดื่ม กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อดูแลซึ่งกันและกัน

ผู้ใหญ่บ้าน ท่านหนึ่งกล่าวว่า  
 “มีการปิดหมู่บ้าน อบต.ให้ความ  
 สนับสนุนข้าวสารอาหารแห้ง พระวัดจันทร์ จ้างแม่  
 ครวทำข้าวกล่อมมาแจก ตั้งเต็นท์หน้าหมู่บ้าน มีทีม  
 เข้ามาเยี่ยมทุกวัน โดยเฉพาะ ผอ.รพ.สต.”

### การประเมินด้านผลผลิต

ภาวะสุขภาพผู้ติดเชื้อที่เข้า Home Isolation และ Community Isolation จำนวน 443 คน แยก เป็น HI 157 ราย ร้อยละ 34.5 CI 258 รายร้อยละ 64.3 ส่วนใหญ่ภูมิลำเนาอยู่ในตำบลเมืองเพีย ร้อยละ 18.5 เพศชายจำนวน 247 ร้อยละ 55.8 เพศหญิง 196 ร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 25-49 ปี ร้อยละ 47.9 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 47.4 โดยใช้ สิทธิเบิกค่ารักษาจากประกันสังคมนอกเขตร้อยละ 33.4 ในกลุ่มอายุ 15ปี ขึ้นไปมีจำนวน 370 ราย มี น้ำหนักเกิน 70 kg ถึงร้อยละ 25.4 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ ( $18.5-23.4 \text{ kg/m}^2$ ) ร้อยละ 45.1 ลักษณะอาการในระยะเข้าพัก HICI พบว่า ส่วน หนึ่งไม่มีอาการใด ๆ ร้อยละ 46.0 ผู้ที่มีอาการ จะมีไอ ร้อยละ 28.9 รองลงมาจะมีน้ำมูกเสมหะร้อยละ 20.1 มีไข้ร้อยละ 13.1 เจ็บคอร้อยละ 10.4 ปวดตาม กล้ามเนื้อร้อยละ 10.8 หายใจลำบากร้อยละ 3.2 เหนื่อยหอบร้อยละ 7.7 ปวดศีรษะร้อยละ 8.8 ไม่ได้ กลิ่นร้อยละ 13.5 ถ่ายเหลวร้อยละ 1.8 จำหน่ายจาก HICI โดยกลับบ้านร้อยละ 99.5

ปัจจัยทำให้ผลการดำเนินงานให้บรรลุตาม เป้าหมาย ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์เร่งด่วนไม่มีใน แผนงานปกติ ผู้บริหารทั้งหมดเห็นว่ามีการทำงาน ร่วมกับเครือข่าย มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข พร้อมทั้งแกนนำชุมชนได้ประสานงาน/ดูแลผู้ติดเชื้อ ร่วมกัน ทำให้บรรลุตามเป้าหมาย นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชนมีสถานที่พักเพื่อลดการแพร่ระบาด เชื้อในชุมชน มีการดำเนินงานตามแผนบูรณาการ มี การดำเนินการโดยประชุมชี้แจง แบ่งงานกันทำ ทำ ตามขั้นตอนกับทีมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่

เกี่ยวข้อง มีระบบการสื่อสารตัวต่อตัวผ่าน line โทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

### สรุปและอภิปรายผล

1. ในระดับพื้นที่เมื่อได้รับนโยบายร่วม ระดับประเทศแล้ว จึงได้ดำเนินการโดยมีคณะทำงาน การสนับสนุนการให้บริการและรักษาพยาบาลผู้ติด เชื้อ COVID-19 ได้มีแนวทางและคำแนะนำในการ จัดการยาสำหรับผู้ป่วย ใน Community Isolation จัดทำระบบรายงานการจัดการยาในระบบ CI ซึ่งมี รายงานในระบบตามเว็บไซต์ของจังหวัด แสดงให้เห็น ว่า นโยบายระดับประเทศลงสู่พื้นที่มีอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นที่จะป้องกันและลดการแพร่เชื้อ ภายใน อำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน ประชุมร่วมกัน แบ่งงานกันทำ ซึ่งพินิจ พ้าอำนวยการ (2564)<sup>(5)</sup> ศึกษาสถานการณ์ และความต้องการ กำลังคนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า ใน สถานการณ์จริงในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลส่วนใหญ่ สามารถรับมือกับสถานการณ์การ ระบาดได้ ในสถานการณ์จริงในพื้นที่ สามารถบริหาร จัดการในพื้นที่ โดยการระดมบุคลากรจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอ มาช่วยกันในการ ค้นหาเชิงรุกในแต่ละแห่งได้ โดยการแบ่งเป็นทีมและ ผลัดกันทำกิจกรรมในแต่ละวัน โดยอาจจะลดกิจกรรม ในสถานการณ์ปกติบางอย่างลง

2. พื้นที่ขาดความพร้อมด้านบุคลากรจาก ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรเพียงพอเพียง ร้อยละ 27.6 การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ เพียงพอ ร้อยละ 40.0 และวัสดุอุปกรณ์เพียงพอเพียงร้อยละ 23.3 ความพร้อมด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ มีน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานร้อยละ 50.0 ซึ่ง จากความคิดเห็นจากผู้บริหารก็เช่นกัน พบว่า คณะกรรมการฯ มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ ปรับลด ขั้นตอนการทำงาน กรณีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่ ไม่เพียงพอ ได้จัดหน่วยรับบริจาคจากภาคเอกชน ชุมชน นอกจากนี้เครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นจัดหาสถานที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี

ความคุ้นเคยเป็นกันเองกับแกนนำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ให้คำแนะนำ ประกอบกับมีต้นทุนทางสังคม/ชุมชน เดิมเป็นอย่างดี ทำให้เข้าถึงผู้ติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ (2564)<sup>(6)</sup> พบว่า กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ การพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน และรูงทิวา มากอ้อม และคณะ(2563)<sup>(7)</sup> ศึกษาการดำเนินการป้องกันและควบคุมการระบาดของ โควิด-19 โดยเทศบาลเมือง อ่างทอง พบว่าผู้นำในพื้นที่มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการสถานการณ์ ผ่านประสบการณ์เมื่อมีภัยพิบัติที่เกิดขึ้น เช่น ไข้หวัดนก น้ำท่วม ก็สามารถรับมือจนประชาชน มีความมั่นใจ และหันมาปรึกษาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ข้าวสาร อาหารแห้ง อาหาร สด หรือ คุปองรับอาหารที่ร้านอาหารต่าง ๆ ทำให้ทรัพยากรเพียงพอต่อการให้บริการ

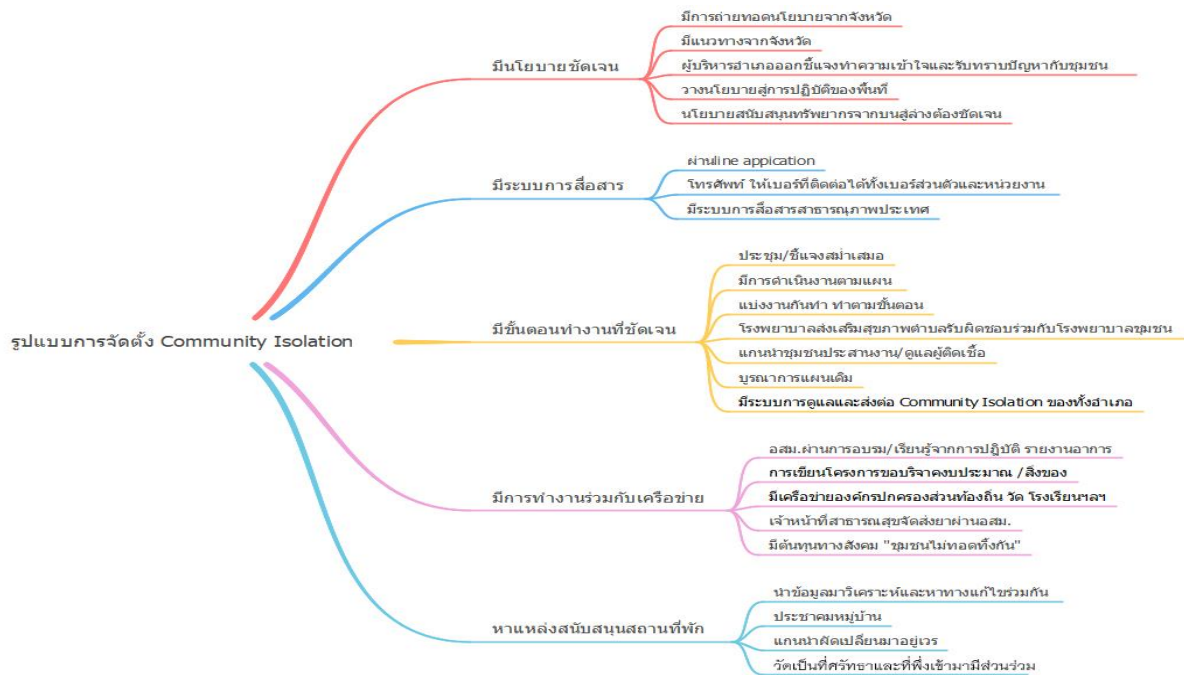
3. การดำเนินงาน เพื่อลดการระบาดของโรคโควิด 19 เครือข่ายอำเภอบ้านไผ่ ได้มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดตั้ง Home Isolation และ Community Isolation ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 93.5 มีปฏิทินการปฏิบัติการร้อยละ 83.3 มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ตำบล ได้ทราบและเห็นด้วยร้อยละ 96.8 มีการสำรวจข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ประเมินปัญหา นำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขร่วมกัน จะมีการประชุมกันเป็นระยะ ๆ ร้อยละ 66.6 มีการบูรณาการแผนงานชี้แจง แบ่งงานกันทำตามมติที่ประชุม ร้อยละ 50.0 สอดคล้องกับแนวคิดโมเดล CIPP โดยผู้ดำเนินงาน ควรประเมินกระบวนการขณะปฏิบัติอยู่ โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดำเนินโครงการได้อย่างเหมาะสม การประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการในระหว่างที่มีการปฏิบัติการหรือ การดำเนินงานตามแผนนั้น เพื่อหาข้อมูลต่าง ๆ ที่จะ

นำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ

4. ปัจจัยทำให้ผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย ผู้บริหารเห็นว่าการทำงานร่วมกับเครือข่ายมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข พร้อมทั้งแกนนำชุมชนได้ประสานงาน/ดูแลผู้ติดเชื้อร่วมกัน หากอยู่ในช่วงสถานการณ์เร่งด่วน มีการดำเนินการโดยประชุมชี้แจง แบ่งงานกันทำ แกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุขทำตามขั้นตอนกับทีมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีการสื่อสารตัวต่อตัวโดย / ระบบ การ สื่อ สาร ผ่าน line Application โทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าหอกระจายข่าวบางแห่งเครื่องเสียงใช้ไม่ได้ ดังเช่น WHO (2019) <sup>(8)</sup> กล่าวว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมมือกันอย่างแข็งขันในการควบคุมโรค เป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จในประเทศไทย เช่นเดียวกันกับบัณฑิต เกียรติจตุรงค์ (2564)<sup>(9)</sup> วิจัย การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ วางแผนแก้ไข มีส่วนร่วมในการดำเนินการและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งทุกขั้นตอน อีกทั้งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้เรื่องโรค COVID -19 แก่ประชาชนในพื้นที่ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ในตอนเช้าทุกวัน มีส่วนร่วมเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนลดลงอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับฉวีวรรณ ศรีดาวเรืองและคณะ (2564)<sup>(10)</sup> ศึกษาแบบป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันตนเอง การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เพื่อนำความรู้และทักษะไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่

การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย  
การจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกต  
อาการ 14 วัน การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม  
อาการในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบร่วมกับทีมผู้นำ  
ชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่

5. สังเคราะห์รูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการจัดตั้ง Community Isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน

### ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มศักยภาพการผลิตและกระจายทรัพยากรสุขภาพและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นภายในประเทศสู่ระดับปฏิบัติรากหญ้า การจัดให้มีการสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติงานอาจจัดให้มีเพิ่มเติมมากขึ้นตามความเหมาะสมรวดเร็วต่อสถานการณ์โควิด 19 และภาวะเศรษฐกิจ
2. ควรเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และศักยภาพประชาชนไทย ให้สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Self-care) ได้มากขึ้น เพื่อลดการไปสถานพยาบาล การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ และเวชภัณฑ์ ให้สามารถประมวลผลได้อย่างแม่นยำรวดเร็ว โดยต้องเป็นระบบที่ไม่สร้างภาระเพิ่มเติมในการทำงาน

3. ควรมีรูปแบบและช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย ครอบคลุมในทุกมิติของข้อมูล มีผู้สื่อสารที่มีอิทธิพลทางสังคม ควรเป็นองค์ประกอบที่ครบถ้วนตามหลักการสื่อสาร คือมีกระบวนการและกลไกการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน โดยเฉพาะการสื่อสารไปยังระดับภูมิภาคและระดับจังหวัด อำเภอ

4. การมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation) เป็นองค์ประกอบที่ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าช่องทางทางมีส่วนร่วมของประชาชนยังมีจำกัด การมีที่ปรึกษา/ ผู้รู้ชี้แนะต่อการสอบถามข้อกังวล และคำถามต่าง ๆ

### เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. “ไวรัสสหทัยสายพันธุ์อังกฤษ โควิดระลอก 3 ลามไทย”. [ม.ป.พ.]; [เข้าถึงเมื่อ 27 ต.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30682>.
- 2.รัฐบาลไทย ข่าวกระทรวงด้านสังคม. [อินเทอร์เน็ต]. “สธ. ให้ สสจ. และรพ.ในต่างจังหวัด เตรียมรับผู้ป่วยโควิด 19 กลับภูมิลำเนา”. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่: 22 ก.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ต.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/44033>.
- 3.เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบ้านไผ่. รายงานการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาในระบบ Home Isolation และ Community Isolation. เอกสารอัดสำเนา. ประกอบการประชุมคณะกรรมการฝ่ายระวาง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษาผู้ป่วยโควิด. วันที่ 16 สิงหาคม 2564.
- 4.Daniel L.Stufflebeam. [อินเทอร์เน็ต]. The CIPP Model for Evaluation. International Handbook of Educational Evaluation. Kalamazoo. Michigan University :The Evaluation CenterWestern; (2003) [cited 2021 Oct 27]; Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-0309-4\\_4](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-0309-4_4).
- 5.พินิจ ฟาอานวยผล. การศึกษาสถานการณ์และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ. [กรุงเทพฯ]: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564. น. 95-96.
- 6.จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร, และไพศาล เขียวถาวร. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครสวรรค์: โรงพิมพ์สยามศิลป์; 2564.
- 7.รุ่งทิพา มากอัม, จิตติกร โตโพธิ์ไทย, และชมพูนุท โตโพธิ์ไทย. บทเรียนจากการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอ่างทอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 14; 4(ตุลาคม-ธันวาคม). 2563: 489-506.
- 8.World Health Organization (WHO). [Internet]. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report – 12 April 2020. [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-04-12-tha-sitre-50-covid19-finala0161210534642308b23a2965a57a44c.pdf?>
- 9.บัณฑิต เกียรติจตุรงค์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 3; 2(กรกฎาคม –ธันวาคม 2564): 193-208.
- 10.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ดิษฐพล ใจซื่อ, อภิรติ เจริญกุล, ทิพาพรรณ สมจิต, ชลดา กิมมาลา, และปณิตา ครองยุทธ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. เอกสารอัดสำเนา. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง  
จังหวัดอุดรธานี

MENTAL HEALTH SITUATION AND ASSOCIATED FACTORS WITH THE MENTAL HEALTH  
PROBLEMS IN NONGSANG DISTRICT, UDONTHANI PROVINCE

(Received: July 18,2022 ; Accepted: August 17,2022)

ไชยวัฒน์ แพงพรมมา<sup>1</sup>

Chaiwat pangpromma<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) ศึกษาแบบภาพตัดขวาง ณ จุดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เป็นตัวทำนาย การเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 380 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ (Frequency) เป็นค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไทล์ ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min) สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติ Chi-Square, Odds Ratio, 95% Confidence Interval of OR โดยกำหนดการมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และสถิติ Binary Logistic Regression

ผลการศึกษา 1) ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สำหรับกลุ่มผู้ที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การประเมินภาวะความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย สำหรับกลุ่มผู้ที่มีระดับความเครียดสูง ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าต่ำ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ การมีโรคประจำตัว ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา 3) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ การมีโรคประจำตัว (OR Adjusted = 1.93, 95 % CI=1.10-3.36) และความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (OR Adjusted = 1.80, 95 % CI=1.06-3.06)

**คำสำคัญ:** ภาวะสุขภาพจิต, ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

Abstract

This research is an analytical study (Cross-Sectional Study) to study the state of mental health, including factors that are related to the occurrence of mental health problems and personal factors. Predicting the occurrence of mental health problems of the people of Nong Saeng District, Udon Thani Province. The sample group is the population aged 15 years and older living in Nong Saeng District, Udon Thani Province. There are 380 people. Data collection using questionnaires. Data analysis using descriptive statistics. Frequency distribution. (Frequency) is a percentage value (Percentage) Average value (Mean) Standard deviation (Standard Deviation) Median value (Median) Percentile average value

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี

Maximum value (Max) and minimum value (Min) Analytical statistics Use Chi-Square statistics, Odds Ratio, 95% Confidence Interval of OR by defining significance at the 0.05 level and Binary Logistic Regression statistics

The results of the study 1) The mental health status of the people of Nong Saeng District found that most of them have mental health equal to the general population for the group of people with lower mental health level than the general population. There is a high level of stress. Assessing depression using the depression screening form of the Department of Mental Health found that most of them have low depression. There is a relationship with the occurrence of mental health problems, including marital status, average monthly income, sufficiency of income, having an illness, suffering in the past 1 month. 3) Variables that are related to the occurrence of mental health problems such as There is a statistical significance at the 0.05 level for two variables, namely having a medical condition (OR Adjusted = 1.93, 95 % CI = 1.10-3.36) and distress in the past 1 month (OR Adjusted = 1.80, 95 % CI = 1.06-3.06)

**Keywords:** Mental health situation, Associated factors with the mental health

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย คาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พบว่า โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ติด 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลกระทบต่อความพิการเรื้อรัง เป็นภาระทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>1</sup>

สำหรับสถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย พบประชากรประมาณ 1 ใน 5 ของประเทศมีความผิดปกติทางจิตหรือป่วยเป็นโรคทางจิตเวช จากข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทย ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2556 พบว่าความชุกตลอดชีพของโรคจิตเวชสูงสุดคือ ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ร้อยละ 13.90 รองลงมา คือ โรคจิตเภท ประสาทหลอนหรือหูแว่ว ร้อยละ 5.90 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.80 ซึ่งกรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health

Intervention and Technology Assessment Program : HITAP) ประเมินพบว่าประเทศไทย มีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิตเภทในประเทศไทย พบอัตราการป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่อายุน้อยระหว่าง 15 – 30 ปี และจากสถิติของกรมสุขภาพจิตเรื่องผู้มาเข้ารับบริการผู้ป่วยใหม่ของภาครัฐ ในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น ในช่วงปี 2553 – 2554 เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 (จากตัวเลข 70,717 ราย เป็น 88,432 ราย) นั้นหมายถึงผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชจึงสามารถเข้าถึงบริการได้ แต่หากมองอีกนัยหนึ่งก็เป็นไปได้ว่าเกิดจากโรคทางจิตเวชที่เพิ่มขึ้น ส่วนสถิติจำนวนการฆ่าตัวตายของคนไทยต่อประชากร 100,000 คน พบว่าตั้งแต่ปี 2006 – 2010 อยู่ที่ 5.9 คนต่อประชากร 100,000 คนมาตลอด ไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่ได้อลดลง นั่นแสดงว่าปัญหา ด้านสุขภาพจิตไม่ได้ดีขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และคนไทยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 5 อันดับแรก ดังนี้ 1. โรคซึมเศร้า (Depression) 2. โรคจิตเภท (Schizophrenia) 3. โรควิตกกังวล (Anxiety) 4. โรคจิตเวชเนื่องมาจากสารเสพติด (Substance

Induced Mental Illness) 5. โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorder) (ที่มา : หนังสือพิมพ์โลกวันนี้วันสุข โดย นพ.กฤษกร สุขวัฒน์วิบูลย์) จากข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยทางจิตของประชากรประเทศไทยที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสภาวะสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี<sup>2</sup>

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี ข้อมูลรายงานจากกรมสุขภาพจิตที่รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตเมื่อปี 2558 – 2564 พบว่า อำเภอหนองแสง มีผู้ป่วยทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยแยกโรคทางจิตเวช 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) โรคจิตเภท (Schizophrenia) พบว่า มีอัตราป่วย 215.81 , 300.26 , 315.90 , 322.16 , 350.31 , 390.97 และ 372.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ 2) โรควิตกกังวล (Anxiety) พบว่า มีอัตราป่วย 53.17 , 306.52 , 331.54, 203.30, 103.22 , 65.68 และ 71.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ 3) โรคซึมเศร้า (Depression) พบว่า มีอัตราป่วย 28.15 , 21.89 , 21.89 , 43.79 , 50.04 , 325.28 และ 112.60 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ 4) โรคจิตเวชเนื่องมาจากสารเสพติด (Substance Induced Mental Illness) พบว่า มีอัตราป่วย 15.64 , 87.58 , 190.79 , 278.37 , 162.64 , 403.48 และ 350.31 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ 5) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorder) พบว่า มีอัตราป่วย 3.13 , 3.13 และ 6.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย (การตั้งใจทำร้ายตัวเอง) ในปี 2558 – 2564 มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย (การตั้งใจทำร้ายตัวเอง) 18.77 , 15.64 , 9.38 , 25.02 , 21.89 , 15.64 และ 31.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ<sup>3</sup> ข้อมูลรายงานผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (การตั้งใจทำร้ายตัวเอง) ดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาสุขภาพจิตของอำเภอหนองแสง ได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาภาวะสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัย

ที่เป็นตัวทำนาย การเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี เพื่อได้ข้อมูลในการนำไปดำเนินการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชากรอำเภอหนองแสง และเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยต่อไปถึงปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละโรคต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต ภาวะความเครียด และภาวะซึมเศร้าของประชาชน อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) ศึกษาแบบภาพตัดขวาง ณ จุดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เป็นตัวทำนาย การเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี จำนวนทั้งหมด 31,972 คน<sup>4</sup> โดยกำหนดคุณสมบัติประชากรในการศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองแสง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยไม่มีการโยกย้าย 3) เป็นผู้ที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา 5) ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียนรักษาของสถานบริการสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กำหนดขนาดตัวอย่าง** ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบขนาดประชากร<sup>5</sup> ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 380 คน สุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stages Sampling Technique) โดยมีขั้นตอน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความทุกข์และความสุขในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และภาระการเลี้ยงดูครอบครัว จำนวน 12 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต โดยแบ่งเป็น

2.1 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย (Thai Mental Health Indicator : TMHI-54) ที่พัฒนาโดยอภิชัย มงคล และคณะ (2548)<sup>6</sup> จำนวนข้อคำถาม 54 ข้อ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านจิตใจ มิติด้านสมรรถภาพของจิตใจ มิติด้านคุณภาพของจิตใจ และมิติด้านปัจจัยสนับสนุน โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและตอบคำถาม โดยให้สำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเองว่าเป็นอย่างไรใน 1 เดือนที่ผ่านมา

2.2 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ชุด 20 ข้อ (SPST-20) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์ และคณะ (2541)<sup>7</sup> ประเมินความเครียดจากเรื่องงาน เรื่องส่วนตัว ครอบครัว สภาพสังคม สภาพแวดล้อม และเรื่องการเงิน โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและตอบคำถาม โดยให้สำรวจตนเองว่ามีเหตุการณ์ใดที่เกิดขึ้นกับตนเองบ้างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ถ้าเหตุการณ์ใดไม่ได้เกิดขึ้นไม่ต้อง

ตอบ แต่ถ้าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจริงให้ประเมินว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์เหล่านั้น

2.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ เพื่อวัดหาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและตอบคำถาม โดยให้สำรวจตนเองว่ามีเหตุการณ์ใดที่เกิดขึ้นกับตนเองบ้างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ถ้าเหตุการณ์ใดไม่ได้เกิดขึ้นไม่ต้องตอบ แต่ถ้าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจริงให้ประเมินว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์เหล่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ในแง่ของความเชื่อถือได้ ความแม่นยำ ความไว และความจำเพาะของเครื่องมือ เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกและนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ แล้วไปทดลองใช้ (Try-Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม และ ได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการป้องกันผลเสียและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ ชักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกคน ทุกเมื่อหากไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล

โดยไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่าง  
สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือจะต้องมีการเซ็น  
ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการหรือยินยอมโดยวาจา

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. **สถิติเชิงพรรณนา** แสดงลักษณะข้อมูล  
คุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา  
สุขภาพจิต ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) เป็น  
ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธย  
ฐาน (Median) ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นไทล์ ค่าสูงสุด (Max)  
และค่าต่ำสุด (Min)

### 2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการ  
วิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate Analysis) เพื่อดู  
ความสัมพันธ์อย่างหยาบ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลตัว  
แปรอื่นๆ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-Square, Odds  
Ratio, 95% Confidence Interval of OR โดย  
กำหนดการมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

2.2 การศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการ  
วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัว  
แปรที่สนใจหลายตัวแปรพร้อมกัน (Multivariate  
Analysis) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ  
กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงอิทธิพลของ  
ตัวแปรอื่นๆ ด้วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Binary  
Logistic Regression

2.3 การศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการเกิด  
ปัญหาสุขภาพจิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Binary  
Logistic Regression

### ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลคุณทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ข้อมูล  
คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น  
เพศหญิง มีอายุระหว่าง 50–64 ปี รองลงมาอายุ 35–  
49 ปี และอายุ 65–79 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.43 ปี

(S.D. = 16.82) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 85 ปี มี  
สถานภาพสมรสคู่ รองลงมาเป็นหม้าย และโสด จบ  
การศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาระดับ  
มัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมา  
ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000  
บาท รองลงมา 1,000 – 1,999 บาท รายได้ต่อเดือน  
ต่ำสุด 500 บาท สูงสุด 36,000 บาท ค่ามัธยฐาน  
เท่ากับ 2,000 บาท (Q.D. = 2,237.50) มีรายได้ไม่  
พอเพียง ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วน  
ใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มที่มี โรคประจำตัว  
ส่วนใหญ่เป็นโรคอื่นๆ (แผลในกระเพาะอาหาร/  
ภูมิแพ้/โรคคอพอก/โรคเกาต์) รองลงมาโรคความดัน  
โลหิตสูง มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา  
ข้อมูลด้านอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ภาวะ  
หนี้สิน ส่วนใหญ่ไม่มีภาระหนี้สิน และภาระเลี้ยงดู  
ครอบครัว ส่วนใหญ่มีภาระเลี้ยงดูครอบครัว

### 2. ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอ

**หนองแสง** ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของ  
ประชาชนอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้  
แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย (Thai  
Mental Health Indicator : TMHI-54) จำนวนข้อ  
คำถาม 54 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคน  
ทั่วไป รองลงนามีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป สำหรับ  
กลุ่มผู้ที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การ  
ประเมินภาวะความเครียด โดยใช้แบบประเมิน  
ความเครียดของกรมสุขภาพจิต ชุด 20 ข้อ (SPST-  
20) พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย รองลงนามี  
ความเครียดปานกลาง สำหรับกลุ่มผู้ที่มีระดับ  
ความเครียดสูง ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้  
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต พบว่า  
ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าต่ำ

3. **ภาวะสุขภาพจิตจำแนกตามข้อมูลทั่วไป**  
**ของกลุ่มตัวอย่าง** ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน  
อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี เมื่อจำแนกตาม  
ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ ภาวะ  
สุขภาพจิตของประชาชนส่วนมีระดับภาวะสุขภาพจิต  
เท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระดับภาวะ

สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุ ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 50–64 ปี มีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปส่วนใหญ่ช่วงอายุ 50–64 ปี และ มีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 50–64 ปี สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ มีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และมีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษา มีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษา และ มีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพหลัก ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร มีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร และ มีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท และ 6,000 บาทขึ้นไป มีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท และมีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ความพอเพียงของรายได้ ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง มีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง และมีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง ส่วนภาวะสุขภาพจิตของประชาชน เมื่อจำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของ

ประชาชนมีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว และระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ภาวะสุขภาพจิต เมื่อจำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาระหนี้สิน ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนมีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่ไม่มีภาระหนี้สิน ระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่ไม่มีภาระหนี้สิน และมีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ส่วนภาระการเลี้ยงดูครอบครัว ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนมีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีภาระการเลี้ยงดูครอบครัว มีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปส่วนใหญ่ไม่มีภาระการเลี้ยงดูครอบครัว และมีระดับภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่มีภาระการเลี้ยงดูครอบครัว

**4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่**  
**ทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิต** เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (Univariate Analysis) เพื่อดูความสัมพันธ์อย่างหยาบ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลตัวแปรอื่นๆ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ตัวแปร ดังนี้

**สถานภาพสมรส** พบว่า กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.0) รองลงมา หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ (ร้อยละ 28.2) ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.0) รองลงมา โสด

(ร้อยละ 21.4) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.001) กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 2.14 เท่า ( $OR=2.14$ , 95 %  $CI=1.07$ -4.31) และ 3.94 เท่า ( $OR=3.94$ , 95 %  $CI=1.77$ -8.87) ของผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด

**รายได้เฉลี่ยต่อเดือน** พบว่า กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,000 – 2,999 บาท (ร้อยละ 32.2) รองลงมา รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 31.0) ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 29.8) รองลงมา รายได้ระหว่าง 1,000 – 2,999 บาท (ร้อยละ 25.6) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.007) กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 3,000 – 4,999 บาท รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท และรายได้ระหว่าง 1,000 – 2,999 บาท มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 1.73 เท่า ( $OR=1.73$ , 95 %  $CI=1.66$ -2.81) 2.41 เท่า ( $OR=2.41$ , 95 %  $CI=1.25$ -4.65) และ 2.42 เท่า ( $OR=2.42$ , 95 %  $CI=1.28$ -4.60) ของผู้ที่มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไป

**ความพอเพียงของรายได้** พบว่า กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง (ร้อยละ 81.7) และมีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 18.3) ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง (ร้อยละ 63.4) และมีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 36.6) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิด

ปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 2.57 เท่า ( $OR=2.57$ , 95 %  $CI=1.52$ -4.38) ของผู้ที่มีรายได้พอเพียง

**การมีโรคประจำตัว** พบว่า กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.8) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 47.2) ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.6) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 29.4) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) กล่าวคือ ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 2.69 เท่า ( $OR=2.69$ , 95 %  $CI=1.74$ -4.14) ของผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

**ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา** พบว่า กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 70.4) และไม่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 26.9) ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ไม่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 54.6) และมีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 45.4) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) กล่าวคือ ผู้ที่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 2.87 เท่า ( $OR=2.87$ , 95 %  $CI=1.84$ -4.46) ของผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต : การวิเคราะห์ทีละตัวแปร

| ตัวแปร                                                         | กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต<br>(n=142) | กลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหา<br>สุขภาพจิต (n=238) | OR   | 95 % CI   | p-value ** |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|------|-----------|------------|
|                                                                | จำนวน (ร้อยละ)                         | จำนวน (ร้อยละ)                             |      |           |            |
| <b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b>                                      |                                        |                                            |      |           |            |
| <b>เพศ</b>                                                     |                                        |                                            |      |           |            |
| ชาย *                                                          | 64(45.1)                               | 106(44.5)                                  | 1.00 |           |            |
| หญิง                                                           | 78(54.9)                               | 132(55.5)                                  | 0.98 | 0.64-1.49 | 0.920      |
| <b>อายุ</b>                                                    |                                        |                                            |      |           |            |
| ต่ำกว่า 20 ปี                                                  | 9(6.3)                                 | 38(16.0)                                   | 0.39 | 0.15-1.00 | 0.300      |
| 20 – 40 ปี *                                                   | 30(21.1)                               | 50(21.0)                                   | 1.00 |           |            |
| 41 - 60 ปี                                                     | 60(42.3)                               | 116(48.7)                                  | 0.86 | 0.48-1.55 | 0.596      |
| มากกว่า 60 ปี                                                  | 43(30.3)                               | 34(14.3)                                   | 0.47 | 0.24-0.94 | 0.201      |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                             |                                        |                                            |      |           |            |
| โสด *                                                          | 14(9.9)                                | 51(21.4)                                   | 1.00 |           |            |
| คู่                                                            | 88(62.0)                               | 150(63.0)                                  | 2.14 | 1.07-4.31 | 0.019      |
| หม้าย/หย่า/แยก                                                 | 40(28.2)                               | 37(15.5)                                   | 3.94 | 1.77-8.87 | <0.001     |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                           |                                        |                                            |      |           |            |
| ไม่ได้เรียน                                                    | 7(4.9)                                 | 13(5.5)                                    | 1.72 | 0.36-8.57 | 0.431      |
| ประถมศึกษา                                                     | 115(81.0)                              | 159(66.8)                                  | 2.31 | 0.78-8.29 | 0.103      |
| มัธยมศึกษา                                                     | 15(10.6)                               | 50(21.0)                                   | 0.96 | 0.27-3.92 | 0.579      |
| อนุปริญญาขึ้นไป *                                              | 5(3.5)                                 | 16(6.7)                                    | 1.00 |           |            |
| <b>อาชีพหลัก</b>                                               |                                        |                                            |      |           |            |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ                                              | 20(14.1)                               | 18(7.6)                                    | 1.91 | 0.82-4.44 | 0.098      |
| เกษตรกร                                                        | 84(59.2)                               | 134(56.3)                                  | 1.08 | 0.62-1.86 | 0.776      |
| อื่น ๆ (แม่บ้าน รับจ้าง/<br>รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/<br>ค้าขาย * | 32 (22.5)                              | 55 (23.1)                                  | 1.00 |           |            |
| นักเรียน นักศึกษา                                              | 6(4.2)                                 | 31(13.0)                                   | 0.33 | 0.10-0.94 | 0.203      |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>                                    |                                        |                                            |      |           |            |
| ต่ำกว่า 1,000 บาท                                              | 44(31.0)                               | 54(22.7)                                   | 2.41 | 1.25-4.65 | 0.004      |
| 1,000 – 2,999 บาท                                              | 50(35.2)                               | 61(25.6)                                   | 2.42 | 1.28-4.60 | 0.003      |
| 3,000 – 4,999 บาท                                              | 24(16.9)                               | 52(21.8)                                   | 1.73 | 1.66-2.81 | 0.036      |
| 5,000 บาทขึ้นไป *                                              | 24(16.9)                               | 71(29.8)                                   | 1.00 |           |            |
| <b>ความเพียงพอของรายได้</b>                                    |                                        |                                            |      |           |            |
| ไม่เพียงพอ                                                     | 116(81.7)                              | 151(63.4)                                  | 2.57 | 1.52-4.38 | <0.001     |
| เพียงพอ *                                                      | 26(18.3)                               | 87(36.6)                                   | 1.00 |           |            |
| <b>การมีโรคประจำตัว</b>                                        |                                        |                                            |      |           |            |
| มี                                                             | 75(52.8)                               | 70(29.4)                                   | 2.69 | 1.75-4.14 | <0.001     |
|                                                                |                                        |                                            |      |           |            |

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต : การวิเคราะห์ที่ละตัวแปร

| ตัวแปร                                   | กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต<br>(n=142) | กลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหา<br>สุขภาพจิต (n=238) | OR   | 95 % CI   | p-value ** |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|------|-----------|------------|
|                                          | จำนวน (ร้อยละ)                         | จำนวน (ร้อยละ)                             |      |           |            |
| ไม่มี *                                  | 67(47.2)                               | 168(70.6)                                  | 1.00 |           |            |
| <b>ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา</b> |                                        |                                            |      |           |            |
| มี                                       | 100(70.4)                              | 108(54.4)                                  | 2.87 | 1.84-4.46 | <0.001     |
| ไม่มี *                                  | 42(29.6)                               | 130(54.6)                                  | 1.00 |           |            |
| <b>ภาระหนี้สิน</b>                       |                                        |                                            |      |           |            |
| มี                                       | 60(42.3)                               | 118(49.6)                                  | 0.74 | 0.49-1.13 | 0.169      |
| ไม่มี *                                  | 82(57.7)                               | 120(50.4)                                  | 1.00 |           |            |
| <b>ภาระการเลี้ยงดูครอบครัว</b>           |                                        |                                            |      |           |            |
| มี                                       | 73(51.4)                               | 143(60.1)                                  | 0.70 | 0.46-1.07 | 0.109      |
| ไม่มี *                                  | 69(48.6)                               | 95(39.9)                                   | 1.00 |           |            |

\* reference group      \*\* p-value of Chi – Square test

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นหลายตัวแปรพร้อมกัน (Multivariate Analysis) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ด้วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 2 ตัวแปร เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

**การมีโรคประจำตัว** ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 1.93 เท่า (OR Adjusted = 1.93, 95 % CI=1.10-3.36) ของผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

**ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา** ผู้ที่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็น 1.80 เท่า (OR Adjusted = 1.80, 95 % CI=1.06-3.06) ของผู้ที่ไม่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต : การวิเคราะห์ตัวแปร หลายตัว

| ตัวแปร                            | กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต<br>(n=142) | กลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหา<br>สุขภาพจิต (n=238) | OR<br>(95 % CI) |                 | p-value ** |
|-----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|-----------------|------------|
|                                   | จำนวน (ร้อยละ)                         | จำนวน(ร้อยละ)                              | Unjusted        | Adjusted        |            |
| การมีโรคประจำตัว                  |                                        |                                            |                 |                 |            |
| มี                                | 75(52.8)                               | 70(29.4)                                   |                 |                 |            |
| ไม่มี *                           | 67(47.2)                               | 168(70.6)                                  | 2.69(1.75-4.14) | 1.93(1.10-3.36) | 0.021      |
| ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา |                                        |                                            |                 |                 |            |
| มี                                | 100(70.4)                              | 108(54.4)                                  | 2.87            | 1.80            | 0.030      |

## ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต : การวิเคราะห์ตัวแปร หลายตัว

| ตัวแปร  | กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต<br>(n=142) | กลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหา<br>สุขภาพจิต (n=238) | OR<br>(95 % CI)         |                         | p-value ** |
|---------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|
|         | จำนวน (ร้อยละ)                         | จำนวน(ร้อยละ)                              | Unjusted<br>(1.84-4.46) | Adjusted<br>(1.06-3.06) |            |
| ไม่มี * | 42(29.6)                               | 130(54.6)                                  |                         |                         |            |

\* reference group

\*\* p-value of Chi – Square test

เมื่อทำการตรวจสอบความเหมาะสมทางสถิติของสมการจำแนก โดยกำหนดจุดตัดทางสถิติ (Cut off point) เท่ากับ 0.50 ด้วยการตรวจสอบภาวะแนบสนิทของข้อมูล (Goodness of fit) ด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow Test พบว่า สมการสุดท้ายที่มีความเหมาะสมกับข้อมูล (Chi-square = 6.96, df = 8, p-value = 0.541) โดยสมการสามารถทำนายความถูกต้องได้ร้อยละ 69.2 โดยมีสมการการถดถอยลอจิสติก แสดงได้ดังนี้

$$\text{Logit } P(x) = a + b_1\text{DIS} + b_2\text{UNH}$$

เมื่อ

Logit P (x) = การเกิดปัญหาสุขภาพจิต

a = ค่าคงที่

b<sub>1</sub> = สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร

การมีโรคประจำตัว

DIS = ตัวแปรการมีโรคประจำตัว

b<sub>2</sub> = สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร

ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

UNH = ตัวแปรความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือน

ที่ผ่านมา

ซึ่งแทนค่าในสมการ ได้ดังนี้

$$\text{Logit } P(x) = 0.965 + 0.655\text{DIS} + 0.587\text{UNH}$$

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย (Thai Mental Health Indicator : TMHI-54) จำนวนข้อ

คำถาม 54 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 43.4 รองลงมามีปัญหาจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 37.4 และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 19.2 ตามลำดับ สอดคล้องผลการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2552)<sup>8</sup> ที่พบว่า ความสุขของประชาชนทุกภาคของประเทศไทย ส่วนใหญ่มีระดับความสุขเท่ากับคนปกติทั่วไป ร้อยละ 43.7 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 31.9 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 24.4 และจำลองลักษณะจามรโชติและคณะ (2550)<sup>9</sup> ที่พบว่า ความสุขของประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 14 พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ โยธธร และ ศรีสะเกษ ส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 48.0 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 26.9 และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 25.1 แม้ว่าการศึกษารุ่นนี้จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเฉพาะพื้นที่อำเภอหนึ่งของจังหวัดอุดรธานี ซึ่งอาจจะมีแตกต่างกันทางโครงสร้างทางสังคม ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมประเพณี วิธีการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ และศึกษาในช่วงเวลาที่ต่างกัน แต่ผลการศึกษาก็ไม่แตกต่างกันกับการศึกษาในพื้นที่ระดับจังหวัดหรือประเทศ

2. ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเมื่อทำการประเมิน ภาวะความเครียดพบว่า มีความเครียดสูง ร้อยละ 13.4 และผู้ที่มีระดับความเครียดสูง เมื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.5 ทำให้สามารถสะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาสุขภาพจิตที่แท้จริงของพื้นที่อำเภอหนองแสง

แต่เป็นอย่างดี ได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตาย (การตั้งใจทำร้ายตนเอง) และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอหนองแสง ตั้งแต่ปี 2560 – 2564 ที่มีรายงานผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 22 ราย จากจำนวนทั้งหมด 44 ราย โดยปีที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ปี 2562 จำนวน 9 ราย รองลงมาคือปี 2564 จำนวน 6 ราย ปี 2563 จำนวน 4 ราย ปี 2561 จำนวน 2 ราย และ ปี 2560 จำนวน 1 ราย<sup>3</sup>

3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมีโรคประจำตัว และความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

3.1 การมีโรคประจำตัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.8 การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สอบถามภาวะสุขภาพโดยผู้ตอบทำการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่า มีปัญหาสุขภาพหรือไม่หรือเจ็บป่วยไม่สบายเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์แล้ว ซึ่งผู้ที่ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว มักจะมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องกังวลใจอยู่กับรักษาความเจ็บป่วยของตนเอง เกิดความเครียด ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลรายงานการสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายของอำเภอหนองแสง ตั้งแต่ปี 2560 – 2564 ที่พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตาย จำนวน 22 ราย จากทั้งหมด 44 ราย (ร้อยละ 50) เจ็บป่วยและมีโรคประจำตัว<sup>3</sup> นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2552)<sup>8</sup> และสุพิทยา สังฆะพิลา (2546)<sup>10</sup> ที่พบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไปและการมีปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ผลการศึกษาของ อลิสา วัชรสินธุ และคณะ

(2549)<sup>11</sup> และเทพไชย โชติชัย (2547)<sup>12</sup> ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและมีความสัมพันธ์กับความเครียด

3.2 ความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 70.4 ผู้ที่มีความทุกข์ใจหรือเรื่องไม่สบายใจ ต้องวิตกกังวลกับปัญหาหรือเรื่องความทุกข์ใจ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามมา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลรายงานการสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแสง ตั้งแต่ปี 2560 – 2564 ที่พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายจำนวน 22 ราย จากทั้งหมด 44 ราย (ร้อยละ 50.0) มีความเครียด วิตกกังวล และเรื่องไม่สบายใจ<sup>3</sup> นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552)<sup>8</sup> ที่พบว่า ผู้ที่มีความทุกข์ใจมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ความทุกข์เป็นสิ่งที่ตรงข้ามความสุข เมื่อบุคคลมีความทุกข์ใจ ย่อมทำให้ทำให้ระดับสุขภาพจิตลดลงเช่นเดียวกัน และยังพบว่าความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1 จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนอำเภอหนองแสง มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 37.4 และกลุ่มดังกล่าวเมื่อประเมินความเครียด พบว่ามีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 21.8 และมีความเครียดสูง ร้อยละ 13.4 ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถให้คำปรึกษา การดูแลรักษาพยาบาล และเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และควรจัดให้มีคลินิกบริการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานบริการ ทำการคัดกรองประเมิน เพื่อจำแนกภาวะสุขภาพจิตของประชาชน โดยกลุ่มเสี่ยงที่มี

ปัญหาสุขภาพจิต จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับสภาพปัญหา

2 ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ควรจัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มดังกล่าวอย่างเร่งด่วน โดยจัดกิจกรรมบริการสุขภาพที่มีการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

3 ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มกลุ่มผู้ที่มีความทุกข์ใจ ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิต และจิตเวชตามมา ควรเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะสุขภาพจิต และส่งต่อโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

4 สถานบริการสาธารณสุขควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชน ทำการประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีวิธีการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น หรือขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกรณีที่ประเมินพบว่าภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี ทุกๆ 1-2 ปี เพื่อทราบแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตและเป็นข้อมูลพื้นฐานกำหนดแนวทางในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นโดยแบบประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือในการวิจัย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หากทำการวิจัยในครั้งต่อไป ควรนำผลการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น ไปปรึกษาจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่แน่ชัดมากยิ่งขึ้น และหากพบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะได้ให้บริการรักษาพยาบาลหรือให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพจิตต่อไป

3. ควรศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนแต่ละกลุ่มอายุ เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตของแต่ละประชาชนแต่ละกลุ่มอายุอาจไม่เหมือนกัน มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ทำให้ทราบข้อมูลที่จะกำหนดแนวทางส่งเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนแต่ละกลุ่มได้

4. ควรมีการศึกษาหารูปแบบของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มผู้ที่มีความทุกข์ใจ ซึ่งเป็นกลุ่มมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติของภาวะสุขภาพจิต เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคที่จะดำเนินต่อไป

5. เนื่องจากปัจจุบันสถานบริการสาธารณสุขมีเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของประชาชน เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 ข้อ (2Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) ควรมีการวิจัยประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือดังกล่าว เปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อม จำกัด.
2. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2555) สุขภาพจิตคนไทย สุขภาพจิตคนไทย . [ออนไลน์] [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2563] [เข้าถึงได้จาก]

[http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47:2012-07-08-14-19-16&catid=35:2012-07-05-15-49-01](http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/index.php?option=com_content&view=article&id=47:2012-07-08-14-19-16&catid=35:2012-07-05-15-49-01)

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแสง. (2565). รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขปีงบประมาณ 2565. เอกสารอัดสำเนา.
4. งานทะเบียนราษฎร ที่ว่าการอำเภอหนองแสง. (2565). ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี
5. อรุณ จิรวัดนกุลและคณะ. (2542). ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
6. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วชิร หัตถพนม, วรธรณ จุฑา และคณะ . (2548). การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
7. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์ และคณะ. (2541). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง, 13 (3), 1-20.  
72.14.235.104/search?q=cahe: jmyYGWfjDU4J:www.nurse.cmu.ac.th/web. (07 April 2009).
8. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2552). การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
9. จำลองลักษณ์ จามรโชติ, อรินทร์ ชำคม และชนิษฐา ศรีเรือนทอง. (2550). ความสุขของประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 14. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์.
10. สุพิทยา สังฆะพิลา. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและการแก้ปัญหาของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด : กรณีศึกษาอำเภอศรีสมเด็จและธวัชบุรี. ร้อยเอ็ด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
11. อลิสา วัชรสินธุ, ปรีชวัน จันทร์ศิริ, ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และคณะ (2549). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตแนวทางการเสริมสร้างพัฒนาป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. เทพไชย โชติชัย. (2547). ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

## รูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

### Developing a Model for Solving The Problem of Road Accident Deaths with Participation by District Health Board (DHB) of Life Improvement Network

Khon Sawan District Chaiyaphum Province.

(Received: July 25,2022 ; Accepted: August 17,2022)

เกษมสุข กันชัยภูมิ<sup>1</sup>

Kasemsuk Kanchaiyaphum<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (2) พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม (3) การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ เครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ และประชาชนที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ คือ PM C2 Model ประกอบด้วย (1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (P= Public Relations) (2) การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (M=Management) (3) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ (C=Connection) และ (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจร ขับขี่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร (C= Change)

2. ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจรหลังการปรับเปลี่ยนดีกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจรป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** รูปแบบการแก้ไขปัญหา, อุบัติเหตุทางถนน, เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

#### Abstracts

This research was to develop a model for solving the problem of road accident deaths with participation by the District Health Board (DHB) of life improvement network. Khon Sawan District Chaiyaphum

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

Province. The combined data collection consisted of 3 steps: (1) The study situations and factors affecting road accident deaths; (2) The develop a model for solving the problem of participatory road accident fatalities; Solving the problem of road accident deaths with participation. Evaluation of the experimental model for solving the problem of road accident death with participant by district quality of life improvement network Khon Sawan District Chaiyaphum Province. The samples consisted of District Health Board (DHB) and injured in a road accident. Statistic used for this research study were the frequency, mean, percentile, standard deviation and paired – t - test.

The results showed that:

1. The model for solving the problem of mortality from road accidents with participation by the District Health Board (DHB) improvement network Khon Sawan District Chaiyaphum Province at PM C2 Model : (1) Public relations campaign to educate people on road accident prevention (P = Public Relations) (2) Managing the risk of road accidents (M=Management) (3) Building an information network on accidents at the district level (C=Connection) and (4) Modification of safe driving behavior Maintain traffic discipline (C= Change)

2. The knowledge of traffic rules and motorcycling behavior of motorcyclists had a traffic accident or those broke the road traffic rules after the modification was significantly better than before the road accident prevention behavior modification was statistically significant ( $p < .05$ )

**Keywords:** problem solving model, road accidents, District Health Board (DHB)

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชากรในประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรประมาณ 1.2 ล้านคน และบาดเจ็บประมาณ 50 ล้านคน ซึ่งอุบัติเหตุทางท้องถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของไทยอันดับที่ 5 และไทยก็มีอันดับอัตราการเสียชีวิตจากท้องถนนสูงสุดเป็นอันดับที่ 37 ของโลก (กรมควบคุมโรค, 2564) โดยเฉพาะช่วงเทศกาลหรือวันหยุดติดต่อกัน อาทิ เทศกาลปีใหม่หรือสงกรานต์ ส่งผลให้ประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนาอย่างไร้ที่ติตาม สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนระหว่าง พ.ศ. 2559 – 2563 พบว่า “กลุ่มวัยรุ่น” ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด โดยเฉพาะเทศกาลปีใหม่ 2564 วันที่ 29 ธันวาคม 2563 ถึง 4 มกราคม 2564 กลุ่มอายุ 20 – 24 ปี ประสบอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ (1) ตัวผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์

และรถยนต์ (2) ทักษะและประสบการณ์ในการขับขี่ (3) รูปแบบของการเกิดอุบัติเหตุ และ (4) สภาพถนนและสิ่งแวดล้อม (มูลนิธิเมาไม่ขับ, 2564) ทั้งนี้ การขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วมากกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เมื่อประสบอุบัติเหตุจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่า ร้อยละ 40 โดยสาเหตุมาจากการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 66 เช่นเดียวกับรายงาน “การสื่อสารสงกรานต์ปลอดภัย ถนนปลอดภัย ในสถานการณ์โควิด-19” พบว่าการเสียชีวิตในช่วงสงกรานต์ปี 2563 ส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เสียชีวิต ร้อยละ 84.3% และไม่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 75.6<sup>1</sup>

รายงานผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 111, 115 และ 104 ราย ตามลำดับ สำหรับอำเภอคอนสวรรค์ พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 5 , 6 และ 8 ราย ตามลำดับ (คำมัยฐาน พ.ศ.

2560-2562 เท่ากับ 5 ราย) จะเห็นได้ว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนด้วยการขับเคลื่อนและขยายผลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบันพบว่า แนวโน้มการลดลงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนยังคงทรงตัว เนื่องจากจำนวนยานพาหนะและการสัญจรที่เพิ่มขึ้น โดยมีสาเหตุ ดังนี้ (1) ด้านบุคคล พบว่าประชาชนยังขาดความตระหนักในความปลอดภัย โดยพิจารณาได้จาก อัตราการสวมหมวกนิรภัยที่ยังน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังเพิ่มขึ้น การขับเร็ว การดื่มแล้วขับ รวมถึงค่านิยมต่าง ๆ ที่ไม่ปลอดภัย การให้เยาวชนน้อยกว่าอายุ 15 ปี ขับขี่รถจักรยานยนต์ การโดยสารท้ายกระบะรถบรรทุก (2) ด้านการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี โดยมีความจำเป็นในการแก้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ การไม่ชำระค่าปรับเชื่อมโยงกับการต่อภาษีประจำปี หรือการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ การตัดคะแนนใบอนุญาตขับรถ การใช้กล้อง CCTV สำหรับตรวจจับการฝ่าสัญญาณไฟจราจร ความเร็ว และการไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น ซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการแก้กฎหมายที่ต้องใช้ระยะเวลานาน (3) ด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การจัดการปัญหาในระดับอำเภอถือว่า มีความเหมาะสมในการดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชนและท้องถิ่น โดยใช้กลไกผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และเชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.ท้องถิ่น) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพ (4) ด้านนโยบายและกลไกการทำงาน พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีข้อจำกัดการทำงานหากไม่เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.ท้องถิ่น) โดยเฉพาะเครือข่ายในอำเภอที่มีหน้าที่โดยตรง และมีมุมมองว่าเป็นงานของ

ฝ่ายสาธารณสุข และระดับนโยบายยังไม่ถูกกระตุ้นการทำงานในทิศทางเดียวกันจากหน่วยงานส่วนกลาง ทำให้เกิดการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ พบว่าจุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุจราจรอยู่ที่การขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมกัน และขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมว่าการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบแผนการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพเกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ถูกต้องตรงตามความต้องการของพื้นที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ดังนี้

1. ประชากร คือ ประชาชนที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ปี 2560-2563 จากฐานข้อมูล Thai Road จำนวน 2,847 คน โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ ความครบถ้วน ถูกต้องของฐานข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,356 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยเป็นแบบคัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูล Thai Road ประกอบด้วย เพศ อายุ ช่วงเวลา ประเภทผู้ประสบอุบัติเหตุ ประเภทยานพาหนะ ประเภทถนน มาตรการการป้องกันความปลอดภัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสภาพหลังเกิดอุบัติเหตุ

3. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression Adjusted odds ratio ที่ระดับนัยสำคัญ .05

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

กำหนดแนวทางและจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ที่ประกอบด้วย 1) การถกปัญหา (ORID Method) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ องค์ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนและขับเคลื่อนงานฯ จำนวน 30 คน

**ระยะที่ 3** ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ใช้โปรแกรมคำนวณของ G\* ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก

Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มร้อยละ 50 คิดเป็น 13.5 คน  $\approx$  14 คน รวม 41 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจร อายุระหว่าง 18-60 ปี สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีความผิดปกติหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว มีนังพุดไม่ชัด เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม คือ รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจร เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่ปลอดภัย ด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรม การขับขี่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1991) จากการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร เพราะการกำกับตนเองได้สำเร็จนั้น ส่วนหนึ่งได้มาจากการสังเกตตนเอง มีการวางแผน และตั้งเป้าหมายให้เกิดพฤติกรรม การขับขี่ปลอดภัยทุกครั้ง รวมทั้งบันทึกพฤติกรรม การขับขี่ปลอดภัย ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม 2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) มีการใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคมให้บุคคลเห็นตัวแบบทางวิถีทัศน์ที่มีพฤติกรรมในทางบวก

และลบของพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่งผลให้มีการตัดสินใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) กระบวนการตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction) โดยการใช้กระบวนการทำหน้าที่ตอบสนองต่อผลประเมินพฤติกรรมของตนเองให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนความรู้สึกของตนเองต่อการมีพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยและให้เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ พร้อมทั้งให้รางวัลหรือลงโทษตนเองหากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการยกย่อง ชมเชยและสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการกำกับตนเองให้คงอยู่ต่อไป

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ ใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ การสวมหมวกนิรภัยขณะประสบอุบัติเหตุ ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับกฎจราจร

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) ไม่ทราบ (0 คะแนน) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC เท่ากับ .86) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน)

ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

3. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้หมายเลขรับรอง 15/2565 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2565

### ผลการวิจัย

#### ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ปี 2561-2563 จำนวนอุบัติเหตุทางถนน 2,356 ราย (4,325.87 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.9 อายุ 23-60 ปี (วัยทำงาน) ร้อยละ 50.0 เกิดอุบัติเหตุช่วงเวลา 18.00 น. -21.59 น. ร้อยละ 25.4 ผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะ ร้อยละ 88.0 ยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 90 ประเภทถนนในหมู่บ้าน ร้อยละ 45.4 ต้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 36.4 ไม่สวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย 78.9 ผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต 40 ราย (ร้อยละ 1.7) และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ เพศ ช่วงเวลา ประเภทผู้ประสบอุบัติเหตุและมาตรการการป้องกันความปลอดภัย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

| ตัวแปร | เสียชีวิต |      | บาดเจ็บ |       | Crude OR | Adj OR | 95% CI    | P-value |
|--------|-----------|------|---------|-------|----------|--------|-----------|---------|
|        | n         | %    | n       | %     |          |        |           |         |
| เพศ    |           |      |         |       |          |        |           |         |
| ชาย    | 30        | 2.00 | 1570    | 98.00 | 1.90     | 0.20   | 0.04-0.96 | 0.045*  |

|                                      |    |      |      |       |      |       |             |        |
|--------------------------------------|----|------|------|-------|------|-------|-------------|--------|
| หญิง                                 | 10 | 1.05 | 746  | 98.94 | 1    | 1     | 1           |        |
| ช่วงเวลา                             |    |      |      |       |      |       |             |        |
| กลางวัน (06.00-17.59 น.)             | 35 | 2.54 | 1340 | 97.45 | 5.09 | 5.21  | 1.17-23.09  | 0.030* |
| กลางคืน (18.00-05.59 น.)             | 5  | 0.51 | 976  | 99.49 | 1    | 1     | 1           |        |
| ประเภทผู้ประสบอุบัติเหตุ             |    |      |      |       |      |       |             |        |
| ผู้ขับขี่                            | 27 | 1.27 | 2093 | 98.72 | 0.53 | 0.15  | 0.04-0.59   | 0.006* |
| ผู้โดยสาร                            | 13 | 5.51 | 223  | 94.49 | 1    | 1     | 1           |        |
| มาตรการการป้องกันความปลอดภัย         |    |      |      |       |      |       |             |        |
| ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย | 25 | 5.03 | 473  | 94.98 | 6.49 | 18.52 | 1.53-222.96 | 0.020* |
| สวมหมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัย      | 15 | 0.81 | 1843 | 99.19 | 1    | 1     | 1           |        |

\*  $p < 0.05$ 

## ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ผู้วิจัยได้ประชุมเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 นำเสนอสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ในระยะที่ 1 ได้แก่ ปัจจัยด้าน เพศ ช่วงเวลา ประเภทผู้ประสบอุบัติเหตุ และมาตรการการป้องกันความปลอดภัย ใช้เป็นข้อมูลป้อนเข้า (Input data) ในกระบวนการออกแบบการวิจัยร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมระดมความคิดและประสบการณ์ที่ผ่านมาของสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ด้วยแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) เพื่อประมวลสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ เป็นต้น จำนวนการบาดเจ็บ เสียชีวิต อัตราต่อประชากรแสน

คน ช่วงวัย ประเภทที่เกิดเหตุมากที่สุด การใช้อุปกรณ์นิรภัย ให้เป็นสารสนเทศเพื่อสะท้อนปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุในชุมชน ด้วยรูปแบบ “คุย คุย เชี่ย” เพื่อวิเคราะห์เงื่อนไขปัจจัยที่เอื้อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ให้ครอบคลุมภายใต้กรอบคิด “สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ประกอบด้วย (1) พฤติกรรมส่วนบุคคล คือ มาแล้วขับย้อนศร อายุต่ำกว่ากฎหมายกำหนด ข้ามถนนโดยไม่ระวัง ขับรถเร็ว แซงทางโค้ง มาสุรา กลุ่มวัยรุ่น คี๊คะนอง เพศชาย (2) เกิดจากสภาพแวดล้อม คือ มีต้นไม้บดบังวิสัยทัศน์ มีร่องน้ำข้างทาง ทางโค้ง ทางร่วม ทางแยก ไม่มีป้ายเตือน ไฟส่องสว่างไม่เพียงพอ ถนนเป็นหลุม ทางเป็นเนิน ไม่มีไหล่ทาง (3) เกิดจากสภาพของรถ คือ รถมีสภาพที่ไม่พร้อมใช้ ไฟเลี้ยว เบรก แตร สภาพของยาง และ (4) ด้านระบบ คือ ประสิทธิภาพของมาตรการการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน การรับรู้บทบาทของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.ท้องถิ่น)

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำแผนงานโครงการแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิจากการประชุมร่วมระดมความคิดของเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ สามารถสรุปแผนงานโครงการแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ดังนี้ (1) การ

รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (2) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ (3) การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร

### ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไข ปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม โดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

นำรูปแบบรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. พัฒนาเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับชุมชน เป็นการขยายจำนวนและรักษาแหล่งข่าวด้านอุบัติเหตุ ให้สามารถแจ้งข่าวได้อย่างต่อเนื่อง เน้นผู้นำชุมชน จิตอาสา อาสาสมัคร จัดประชุมพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ในการการแจ้งข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับชุมชน และสร้างช่องทางแจ้งข่าวให้เชื่อมโยงกันเข้าสู่ศูนย์รับแจ้งข่าว ตามหลักการของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา คือ รู้เร็ว แจ้งข่าวเร็ว และในแต่ละหมู่บ้านมีการรายงานข้อมูล เฝ้าระวัง และสถานการณ์ผ่านทาง Line Group เพื่อส่งข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน ไปที่ศูนย์กลางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ ซึ่งตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบล

2. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จัดกิจกรรมรณรงค์กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตามเทศกาลต่าง ๆ ได้แก่ เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ วันเข้าพรรษาและเทศกาลตามปฏิทินชุมชน ได้แก่ ประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ โดยมาตรการ 4 ห้าม 3 ต้อง คือ 1) ไม่ขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด 2) ไม่เมาขับ 3) ไม่โทรขับ 4) ไม่ง่วงไม่

ขับ 5) ต้องสวมหมวกนิรภัย 6) ต้องคาดเข็มขัดนิรภัย 7) ต้องมีใบอนุญาตขับรถ

3. การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ลักษณะจุดเสี่ยงและการจัดการจุดเสี่ยงในชุมชน พบว่าลักษณะจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนมีทั้งหมด 8 จุด แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1. ถนนที่มีลักษณะเป็นทางแยก 2. ถนนที่มีลักษณะเป็นทางแยก ดังแกนนำท่านหนึ่งได้กล่าวว่า “ในการจัดการจุดเสี่ยงที่เป็นทางโค้ง การตัดป้ายทางโค้ง และป้ายทำให้ผู้ใช้รถมีความระมัดระวังลดความเร็วในชุมชน” นอกจากนี้ การแก้ไขสิ่งบดบังทัศนวิสัย “ชุมชนสามารถแก้ไขโดยการร่วมมือร่วมใจกันช่วยกันตัดแต่งกิ่งไม้ตามข้างทางได้”

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจร เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย ด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1991) จากการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ (1) การสังเกตตนเอง (Self-observation) ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร เพราะการกำกับตนเองได้สำเร็จนั้น ส่วนหนึ่งได้มาจากการสังเกตตนเอง มีการวางแผน และตั้งเป้าหมายให้เกิดพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยทุกครั้ง รวมทั้งบันทึกพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม (2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) มีการใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคมให้บุคคลเห็นตัวแบบทางวิถีทัศน์ที่มีพฤติกรรมในทางบวกและลบของพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่งผลให้มีการตัดสินใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (3) กระบวนการตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction) โดยการใช้กระบวนการทำหน้าที่ตอบสนองต่อผลประเมินพฤติกรรมของตนเองให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนความรู้สึกของตนเอง

ต่อการมีพฤติกรรมกำชับขี่ปลอดภัยและให้เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ พร้อมทั้งให้รางวัลหรือลงโทษตนเอง หากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการยกย่อง ชมเชยและสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการกำกับตนเองให้คงอยู่ต่อไป

4.1 ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำชับขี่ปลอดภัย ด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมกำชับขี่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 87.80 อายุระหว่าง 14 – 20 ปี ร้อยละ 34.15 รองลงมา คือ อายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 29.27 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.29 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 26.83 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.34 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.39 มีประสบการณ์ขี่รถจักรยานยนต์ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 56.10 รองลงมา คือ 1 – 5 ปี และ 6 - 10 ปี ร้อยละ 19.51 มีใบอนุญาตในการขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 58.54 สวมหมวกนิรภัยขณะประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 58.54

4.2 การเกิดอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์จากการเลี้ยวรถ ร้อยละ 41.46 รองลงมา คือ การลื่นไถลของรถ ร้อยละ 24.39 การออกรถและขี่รถทางตรง ร้อยละ 14.63 ตามลำดับ การเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับกฎจราจร พบว่า ขี่รถตัดหน้ารถคันอื่น และ

การขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนด ร้อยละ 29.27 รองลงมา คือ การแซงรถคันอื่น ร้อยละ 19.51 ตามลำดับ

4.3 การเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับคู่กรณีพบว่า ขี่จักรยานยนต์ล้มเองหรือแหกโค้ง ร้อยละ 70.73 รองลงมา คือ ขี่ชนคน สัตว์หรือสิ่งของ ร้อยละ 21.95 ขี่ชนกับรถคันอื่น ร้อยละ 7.32

4.4 ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรของผู้ขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจร ( $\bar{X}$  = 15.92, S.D.=1.34) ดีกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $\bar{X}$  = 11.73, S.D.=1.34) โดยภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4.19 คะแนน (95% CI = 3.54 to 4.84, P-value < 0.001) (ตารางที่ 2)

4.5 ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำชับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจร ( $\bar{X}$  = 2.84, S.D.=1.13) ดีกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $\bar{X}$  = 1.82, S.D. = 0.16) โดยภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมกำชับขี่รถจักรยานยนต์ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1.02 คะแนน (95% CI = 0.95 to 1.09, P-value < 0.001) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมกำชับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจร อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

| ตัวแปร                        | ก่อน      |      | หลัง      |      | t      | p-value |
|-------------------------------|-----------|------|-----------|------|--------|---------|
|                               | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. |        |         |
| ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร       | 11.73     | 1.34 | 15.92     | 1.33 | 13.090 | .000 *  |
| พฤติกรรมกำชับขี่รถจักรยานยนต์ | 1.82      | 0.16 | 2.84      | 1.02 | 29.007 | .000 *  |

## อภิปรายผล

ระยะที่ 1 สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ปี 2561-2563 จำนวนอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 2,356 ราย (อัตราอุบัติการณ์ 4,325.87 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.9 เนื่องจากลักษณะนิสัยของเพศชายเป็นเพศที่ชอบเสี่ยงภัย ความตื่นเต้นขับรถเร็ว หรือใช้เวลาในการขับขี่ยาวนานกว่า ดังนั้นผู้ชายจึงเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ (2562)<sup>2</sup> ที่พบว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน คือ เพศชายวัยรุ่น เนื่องจากช่วงวัยดังกล่าวเป็นวัยที่กระตือรือร้น อยากรู้อยากเห็น และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ความเชื่อมั่น ความต้องการตลอดจนความปรารถนาต่าง ๆ เป็นไปอย่างรุนแรงปราศจากความยั้งคิด ชอบทำ อะไรตามใจ หรือตามความนึกคิดของตน ต้องการเป็นที่ยอมรับนับถือในหมู่เพื่อนฝูง โดยพยายามทำอะไรให้คล้าย ๆ กัน เลียนแบบตามกัน จึงทำให้ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่เกิดอุบัติเหตุได้มากที่สุด<sup>3</sup> ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ คือ ช่วงเวลา 18.00 น. -21.59 น. ร้อยละ 25.4 เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงหลังเลิกงาน ทำให้มีความอ่อนล้าจากการคร่ำเคร่งทำงานมาทั้งวัน เมื่อขับซึ่งรถจักรยานยนต์เพื่อเดินทางกลับบ้านจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรพงษ์ เรือนคำ (2562)<sup>4</sup> ที่พบว่า การเกิดเหตุมากในช่วงเวลา 15.00-23.59 น. และสูงสุดที่เวลา 19.00-19.59 น. ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุในช่วงวันหยุดหรือวันหยุดเทศกาล เมื่อจำแนกรายเดือนที่พบการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุด คือ เดือนธันวาคมถึงมกราคม รองลงมา คือ เดือนเมษายนถึงพฤษภาคมซึ่งเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ทำให้มีการขับขี่สูงขึ้นมากกว่าปกติ ประเภหผู้ประสบอุบัติเหตุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ารถจักรยานยนต์เสียชีวิตจากเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ร้อยละ 5.51 ส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 88.03 เนื่องจากรูปแบบการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ที่มักแทรกตัวไปตามกระแสจราจร

ขนาดตัวรถที่สังเกตเห็นได้ยากเมื่อเทียบรถยนต์ รวมถึงประสิทธิภาพระบบห้ามล้อของรถจักรยานยนต์ที่อาจมีประสิทธิภาน้อย ทำให้ผู้ขับซึ่งรถจักรยานยนต์เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ซึ่งรถจักรยานยนต์เกิดอุบัติเหตุมากกว่ารถยนต์<sup>5</sup> ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุที่พบมากที่สุด คือ การลื่น แลลเอง ร้อยละ 54.55<sup>6</sup> ทั้งนี้ มาตราการการป้องกันความปลอดภัย ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 5.03 สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการสวมหมวกนิรภัย ของผู้ใช้จักรยานยนต์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559 พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ คือ ร้อยละ 43 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ขับขี่พบว่า มีอัตราการสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 51 และอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้โดยสารมีเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่น้อยมาก

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 และนำผลการวิเคราะห์มากำหนดแผนปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ โดยมุ่งที่จะพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน โดยใช้กลไกของเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงการทำงานสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนรวมถึงภาคประชาชนที่เข้ามามีบทบาทในการร่วมแก้ไขปัญา วิเคราะห์และชี้จุดเสี่ยงร่วมกัน นอกจากนี้พบว่า การป้องกันหรือแก้ไขปัญาอุบัติเหตุจราจรอยู่ที่การวิเคราะห์ข้อมูล และมีการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมว่าการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนนทำให้เกิดรูปแบบการแก้ไขปัญาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ คือ PM C2 Model ประกอบด้วย(1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (P= Public Relations) (2) การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (M=Management) (3) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ (C=Connection) และ (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจร (C= Change)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม โดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎจราจรดีกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าว เกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อวีดิทัศน์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของอุบัติเหตุทางถนน ประเภทของอุบัติเหตุทางถนน สาเหตุของการเกิด การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน การขับขี่อย่างปลอดภัยและความสูญเสียของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์พิชชา หนูบุญ (2557)<sup>7</sup> ที่ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานนครราชสีมา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน และค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการกำกับตนเองที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสำรวจพฤติกรรมจราจรสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยการ

สังเกตตนเอง ทำให้บุคคลทราบถึงพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจรของตนเองและนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจรอย่างต่อเนื่องและด้วยการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเอง (Bandura, 1991) ที่กล่าวว่า กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) จะทำให้บุคคลเกิดการวินิจฉัยพฤติกรรมของตนเอง และมีการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมรวมทั้งบันทึกพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย ด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา แซ่แต้ (2560)<sup>8</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพปอดของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหืดดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กิจกรรมในกระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับชมตัวแบบเชิงบวกและเชิงลบเกี่ยวกับพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัยผ่านทางวีดิทัศน์ สะท้อนให้เห็นถึงอันตรายและความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ตระหนักถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ และรับรู้ว่าจะเกิดอุบัติเหตุได้ทั้งในช่วงเวลาปกติและเร่งรีบหรือระยะทางใกล้ไกล ทำให้เกิดการเปรียบเทียบพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัยของตนเองกับตัวแบบ และหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัยสอดคล้องกับการศึกษาผลของภาฤดี พันธุ์พรม (2560)<sup>9</sup> โปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองต่อดัชนีมวลกายของประชาชนที่มีน้ำหนักเกินในอำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรีที่มีการฉายวีดิทัศน์ และให้บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์

การควบคุมน้ำหนักให้ได้ผล ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ ควรสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและวินัยการจราจรในงานบุญงานประเพณีอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน รวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุจราจรบนสายรองที่เชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้าน และนำรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุเข้าไปใช้ใน

สถานศึกษาและจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขนักเรียนอุบัติเหตุในโรงเรียน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายระยะเวลาการวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลและความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและทางจราจรในกลุ่มเยาวชนหรือกลุ่มวัยเรียน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์พิศิษฐ์ พวงนาค ข้าราชการบำนาญ ที่ได้อนุเคราะห์เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

7. กานต์พิชชา หนูบุญ. (2557). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของ นักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. ชลธิชา คำสอ และปัญญ์ จันทร์พานิชย์. (2560). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร สำนักโรคไม่ติดต่อ
8. จิตติมา แซ่แต้. (2560). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสมรรถภาพปอดของเด็กวัยเรียนโรคหืด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา
3. พรณิ สุรินทชัย. (2557). การเกิดอุบัติเหตุจราจรและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา; 1: 3-14.
6. พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. นครราชสีมา: สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และปิยพงษ์ จิวัฒนกุลไพศาล. (2562). รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ.2561-2562. เข้าถึงจาก [http://www.roadsafetythai.org/uploads/userfiles/file\\_20160112050838.pdf](http://www.roadsafetythai.org/uploads/userfiles/file_20160112050838.pdf)
9. ภาณุดี พันธุ์พรม (2560). ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองต่อดัชนีมวลกายของประชาชนที่มีน้ำหนักเกินในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. Journal of Public Health Nursing 31 (1) (August 24, 2017): 44-59.
4. วัชรพงษ์ เรือนคำ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2562). อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย: มุมมองทางวิทยาการ ระบาด. วารสารวารสาร มฉก. วิชาการ, 23(1), 146- 160
1. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน มูลนิธิถนนปลอดภัย. (2564). ภาคิ สสส.ถกสื่อถอดบทเรียนสงกรานต์แก้ปัญหาสูญเสียทุกปี. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2564 จาก [https://www.roadsafetythai.org/content\\_hotissue](https://www.roadsafetythai.org/content_hotissue)

## การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับ การล้างไตทางช่องท้อง

### Nursing care for end stage chronic renal failure patients with respiratory failure who received peritoneal dialysis

(Received: August 9,2022 ; Accepted: August 30,2022)

อารยา ดำรงกิจ<sup>1</sup>

Arya Damrongkit<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยพระภิกษุ อายุ 45 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ วันที่ 14 กรกฎาคม 2564 ด้วยอาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แพทย์วินิจฉัย End stage renal disease with Volume overload ให้เข้ารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แรกเริ่มมีอาการไอ นอนราบไม่ได้ บวมรอบดวงตา หน้า ขาบวมกดบวม 2+ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก มี Both lung infiltrate, Alveola edema, Cardiomegaly ให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะน้ำเกิน ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน โดยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลา 7 วัน จากนั้นแพทย์ทำผ่าตัดใส่สาย Tenckhoff catheter วันที่ 23 กรกฎาคม 2565 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการวางสายล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการทดสอบล้างไต มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 16 วัน จากการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยมารับการสอนล้างไตทางหน้าท้องจำนวน 3 ครั้ง ภายหลังจำหน่าย ไม่พบอาการผิดปกติ

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ภาวะหายใจล้มเหลว, การล้างไตทางช่องท้อง

#### Abstract

This study aimed to study the nursing care for end stage chronic renal failure patients with respiratory failure who received peritoneal dialysis

**Results:** A monk patient, 45 years old, Thai nationality, Thai nationality, was admitted to Ban Mee Hospital on July 14, 2021 with the symptom of breathless abdominal pain, nausea, and vomiting for 1 day before admission to hospital. The patient has a congenital disease as diabetes and high blood pressure for 4 years and did not take medication regularly. Doctors diagnosed that patient has end stage renal disease with volume overload. Patient was admitted in the male internal medicine ward. Patient has a symptom of coughing, unable to lie down, the swollen of eyes and face area, pitting edema of legs. From chest x-ray, the results showed both lung infiltrate, alveola edema, cardiomegaly. The patient was received nursing care to reduce water overload and intubation for 7 days to prevent hypoxia. After that, the patient was received the surgery and inserted

<sup>1</sup> โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

Tenckhoff catheter on July 23, 2022. After surgery, the complications from peritoneal dialysis tube insertion was careful surveillance. Patient is safe without complications from surgery and dialysis tests and good balance of water and electrolytes in the body. The patient was discharged on July 30, 2022, total hospital admission of 16 days. From follow-up treatment, the patient was taught peritoneal dialysis for 3 times. After patient discharge, abnormal symptoms of patient were not found.

**Keywords:** nursing care, end stage chronic renal disease, respiratory failure, peritoneal dialysis

## บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เนื่องจากมีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความบกพร่องและสูญเสียหน้าที่การทำงานของไต ทำให้ของเสียในร่างกายเกิดการคั่งและส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ในประเทศไทยพบว่ามีรายงานอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2562-2564 มีอัตราความชุกของผู้ป่วยเป็น 1,073.3 คน 1,198.8 คน และ 1,306.6 คน ต่อประชากรหนึ่งล้านคน<sup>1</sup> ทั้งนี้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ใน ปี 2562-2564 จำนวน 28,260 คน 30,024 คน และ 30,722 คน ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลบ้านหมี่ ในปี 2562-2564 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังจำนวน 83 ราย, 89 ราย และ 65 ราย ตามลำดับ มีภาวะหายใจล้มเหลวขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 9 ราย , 11 ราย และ 8 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 5, 6, และ 6 ราย ตามลำดับ<sup>2</sup> โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุการตายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค และภาวะยูรีเมีย บทบาทพยาบาลที่สำคัญต้องมีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมใน ทุกมิติเพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาเฉพาะราย ช่วยให้เกิดในการป้องกัน การแก้ไข ปัญหาและให้การดูแล ผู้ป่วยได้

อย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้อย่างรวดเร็ว ความสามารถของไตคงอยู่และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมตัวระยะจำหน่ายที่ผู้ป่วยต้องได้รับการล้างไตต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้อง และลดการกลับเป็นซ้ำของภาวะหายใจล้มเหลว

## วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

## วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ

ตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา

7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

### กรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยพระภิกษุ อายุ 45 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ วันที่ 14 กรกฎาคม 2564 ด้วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** ให้ประวัติว่า 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 1 วัน หายใจเหนื่อยหอบ มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาการรุนแรงขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตรวจพบมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 1 ปี ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ หยุดได้ประมาณ 10 ปี

**แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ** การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยทราบเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเองที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องล้างไตทางช่องท้อง แต่ปฏิเสธการล้างไต สุขนิสัยการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา ซึ่อาหารรับประทานเป็นส่วนใหญ่ ชอบรับประทานอาหารรสจัด และ รส

หวาน ชอบรับประทานผักดิบ ดื่มน้ำวันละ 3-5 แก้ว ต่อวัน

การนอนหลับพักผ่อน ช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมานอนไม่หลับจากอาการเหนื่อย

**การตรวจร่างกาย** : ชายไทย รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ถามตอบรู้เรื่อง ชีพ pupil 2 min react to light both eyes เหนื่อย ฟังเสียงปอดมีเสียง Creptitation ปอด 2 ข้าง , O<sub>2</sub> saturation 97% ฟังเสียงหัวใจ เต้นแรงสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur EKG พบ Sinus tachycardia rate 112 ครั้ง/นาที วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 24 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 112 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 181/115 มิลลิเมตรปรอท

**ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray** : วันที่ 14 กรกฎาคม 2564 ผล Both lung infiltrate, Alveola edema, Cardiomegaly

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 10,300 cell/cu.m.m, Neutrophil 91%, Biochemistry BUN 80 mg/dL, Creatinine 10.20 mg/dL, K 3.6 mmol/L, Na 131 mmol/L, Cl 90 mmol/L, CO<sub>2</sub> 24 mmol/L, eGFR 5

**การวินิจฉัย** End stage renal disease with volume overload

**อาการแรกเริ่ม** ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM ให้เข้ารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แรกเริ่มผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง เหนื่อยหอบ มีอาการไอ นอนราบไม่ได้ บวมรอบดวงตา หน้า ขาบวมกดบ่ม 2+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 181/115 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> saturation 97%

### กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนจากมีภาวะน้ำเกิน มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น 30

ครั้ง/นาที่  $O_2$  saturation 93% ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก มี Both lung infiltrate, Alveola edema, Cardiomegaly ดูแลจัดให้ออกซิเจนสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ปอดในการรับออกซิเจน และสังเกตอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ประเมินสีผิว ค้นหาอาการเขียวคล้ำซีด ประเมินการหายใจ บันทึกอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ว่ามีอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือลักษณะการหายใจ ที่ผิดปกติ เช่น การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อาการหายใจลำบาก อาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ พบว่า ผู้ป่วยเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์การช่วยชีวิต ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ No.8 มุมปาก 22 cms ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอพร้อมทั้งดูแลให้เครื่องทำงานอย่างสม่ำเสมอ ปรับตั้งเครื่อง Ventilator PCV mode, PI 16, PEEP 5,  $FiO_2$  0.4, RR 16 ประเมิน Tidal volume และวัด  $O_2$  saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อปรับการหายใจให้เหมาะสม ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 80 mg iv stat เพื่อขจัดน้ำเกิน ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินซ้ำ ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย บวม ฟังเสียงปอดมีเสียง Creptitation และติดตามผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 2 วัน หลังรับไว้ดูแลผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อยหอบ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกมี Pulmonary congestion เสมหะเหลวสีชมพู มีอาการกระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง ยังคงได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix 160 mg iv drip in 30 min จำกัดน้ำดื่ม 1000 ml/day 5 วัน ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่  $O_2$  saturation 99% ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก minimal infiltrate ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนให้

การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ วัด Tidal volume ทุก 5-10 นาที จนกระทั่งคงที่ ต่อมาประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดย Try wean to PSIMV RR 8, IP 12, PSV 8, PEEP 5,  $FiO_2$  0.4 ได้ 24 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็น T-piece 10 LPM ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่เหนื่อยหอบ แพทย์พิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกให้หมด ปลดลมนออกจาก cuff ถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว On Mask with bag 10 LPM  $O_2$  saturation 98% ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในวันที่ 21 กรกฎาคม 2564

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง 4 ปี ขาดยาประมาณ 1 เดือน วัดความดันโลหิตแรก 181/115 มิลลิเมตรปรอท ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต NTG (1:5) iv drip 5 ml/hr keep SBP < 140 mmHg Monitor NIBP สังเกตอาการใกล้ชิด ระดับความดันโลหิต 138/98-150/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับน้ำตาลแรก 328 mg/dl ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินซูลินตามแผนการรักษา ได้แก่ Insulin RI 10 unit (sc) เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด จากนั้นติดตามระดับ DTX ทุก 6 ชั่วโมง สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็วระหว่างได้รับยาอินซูลิน ระดับน้ำตาล DTX 126-130 mg/dl ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ DKA และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผู้ป่วยมีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายจากไตเสียหายที่ ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรัง 1 ปี เกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ BUN 80 mg/dl, Creatinine 10.20 mg/dl, K 3.6 mmol/L, Na 131 mmol/L, Cl 90 mmol/L,  $CO_2$  24 mmol/L, eGFR 5 ตรวจสอบสัญญาณชีพและวัด

ทุก 1 ชั่วโมง ต่อมาวัดทุก 4 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ เพื่อประเมินภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ ประเมินอาการบวมกดบวม จำกัดน้ำวันละ 1000 ซีซี เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อขจัดน้ำเกิน ปรีกษาแพทย์โรคไต ให้ล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการล้างไต เนื่องจากขาดความรู้ ซึ่งแพทย์วางแผนผ่าตัดใส่สาย Tenckhoff catheter วันที่ 23 กรกฎาคม 2565 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดสุภาพ อ่อนโยน แนะนำ ตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยและญาติโดยการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดและสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะตอบคำถาม พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับพร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษา ของแพทย์ สามารถอธิบายถึงโรคและการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ยอมรับการผ่าตัด และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง และการล้างไตทางช่องท้อง หลังวางสายล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วยต้องทดสอบ PDR CAPD ประเมินอาการปวดจากแผลหน้าท้องที่ผ่าตัดใส่สายล้างไตทางช่องท้อง ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จัดทำนอนศีรษะสูงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว แนะนำการลุกนั่ง การพลิกตะแคงตัว สังเกตอาการผิดปกติจากอาการเจ็บของอวัยวะที่อาจถูกแทงทะลุได้บ่อยขณะทางสายล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ สังเกตอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง เช่น ปวดท้อง หลังผ่าตัด มีน้ำปัสสาวะออกในปริมาณมากและเร็วทางสายสวน ปัสสาวะ ขณะป้อนน้ำยาเข้าช่องท้อง

ประเมินภาวะมีเลือดออกปนออกมากับน้ำยาที่ทดสอบ ภาวะช็อคจากการมีเลือดออก ในช่องท้อง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลง ทำแผลช่องทางออกสายทุกวัน สังเกตภาวะแทรกซ้อน ปวดแผล มีหนองไหลผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการทดสอบล้างไต ไม่มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากกลไกการสร้างเม็ดเลือดบกพร่อง ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct 27% เปลี่ยนถ่ายเลือด 1 ครั้ง ผิวน้ำบวมตึง มีแผลถลอกเลือดออกง่าย แนะนำหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหรือขจัดสิ่งที่จะส่งเสริมภาวะเลือดออกง่าย ได้แก่ ใช้ไม้พินสาลี หรือแปรงสีฟันขนนุ่ม ใช้สำหรับแปรงฟันเบาๆ ระวังอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นและอาจทำให้เสียเลือดได้ เช่น ลื่นล้ม หน้ามืด เวียนศีรษะ หมดสติ ในการเปลี่ยนอิริยาบถ ด้วยการจับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ยกราวกันเตียง ไม่วางวัตถุมีคมไว้ข้างเตียง หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนังโดยไม่จำเป็น ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ใช้เข็มเบอร์เล็ก คม กดปากแผลด้วยสำลีแห้งนานเกิน 5 นาที หรือจนแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ดูแลตัดเล็บให้สั้นเพื่อป้องกันการเกา เพราะจะทำให้เกิดแผลที่มีเลือดออกง่าย ติดตามผล Hematocrit ตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยา FBC 1 tab oral tid pc, Folic acid 1 tab oral OD pc หลังอาหารเข้าตามแผนการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด Hct 26-27%

ผู้ป่วยวิตกกังวลและเหนื่อยง่ายเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นนอนไม่หลับ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมา อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุดตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล อธิบายถึงความก้าวหน้าในการตรวจสัญญาณชีพ จำนวนปัสสาวะที่ออกมาให้ผู้ป่วยทราบ ให้ผู้ป่วย

ได้กำหนด ควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส พุดคุยตอบคำถามกับพยาบาล และญาติที่มาเยี่ยมเป็นอย่างดี ผู้ป่วยพักหลับได้ 1 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และพักหลับได้ 6 ชั่วโมงในตอนกลางคืน

เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการ ล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะน้ำ เกิน การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง การแก้ไข ปัญหา เบื้องต้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และประสานงาน เครื่องช่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและ ญาติไม่ทราบว่าจะต้องจัดห้องหรือสิ่งแวดล้อมในการ เตรียมการล้างไตอย่างไร กลัวติดเชื้อจากการล้างไต แนะนำและให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไป อยู่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะ การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง อาการผิดปกติที่ควรทราบ อาหารและ การออกกำลังกายที่เหมาะสม มีบริการ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ชี้ให้เห็น ความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยและ ญาติสามารถบอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

จากการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ รู้สึกตัวดี หายใจ สม่ำเสมอ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แผลบริเวณ หน้าท้องไม่ซึม เจ็บตึงแผลพอทนได้ รับประทาน อาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ส่งผู้ป่วยไป test flow ที่หน่วยล้างไตทางหน้าท้อง ไม่มีเลือดออก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 16 วัน จากการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยมารับการสอนล้างไต ทางหน้าท้องจำนวน 3 ครั้ง ภายหลังจำหน่าย ไม่พบ อาการผิดปกติ

### อภิปรายผล

จากภาวะการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยจึงต้องใส่ ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ กระบวนการ

ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ คือ มีการประเมิน การเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้อย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับ ความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่เข้าปอด โดยการปรับตั้ง เครื่อง ให้สัมพันธ์กับพยาธิสภาพผู้ป่วย ติดตามค่า ออกซิเจนในร่างกายเป็นระยะๆ รวมทั้งประเมินผล ประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องช่วยหายใจอย่าง ต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะ Barotrauma, Atelectasis, Rupture alveolar พยาบาลจึงต้อง เฝ้าดูแลใกล้ชิดและ Monitor ตลอด จนผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาพยาบาลจนปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วย ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ<sup>3-5</sup>

เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการล้างไต พยาบาลจึง วางแผนร่วมกับทีมผู้ดูแล ครอบคลุมในการสร้าง แรงจูงใจ อธิบายถึงผลดี ผลเสียของการล้างไตทาง หน้าท้อง การมีชีวิตรอดยาวอยู่กับครอบครัว ทำให้ ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรักษาประคับประคองด้วยการ ล้างไตทางหน้าท้อง ภายหลังการล้างไตทางหน้าท้อง แล้ว จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ป่วยมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เป็นพระภิกษุ ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด มีโอกาสเกิดโรคซ้ำ และอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องได้ พยาบาลจะต้องมีการให้ข้อมูลและคำแนะนำ สนับสนุนการจัดการตนเองและให้การปรึกษาในด้าน เตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การ ดูแลผู้ป่วยหลังใส่สายยางทางหน้าท้อง การส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อให้ได้ผลดีในการ รักษา สอนผู้ป่วยในเรื่องการทำความสะอาดแผล การเปลี่ยนถ่านน้ำยาและการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป การสังเกตสิ่งผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อมี ภาวะผิดปกติ การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการติดตามผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง<sup>6,7</sup> จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

### เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ทาเคด้า (ประเทศไทย) จำกัด.
2. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านหมี่. (2564). รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน
3. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2556). ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
4. บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทาง ช่องท้องแบบฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 3(3):221-37.
5. ปิยภัทร ชุณหรัศมิ์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล ฤกษ์ธร ณ ออยุธยา. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการ ดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์
6. รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล.
7. Corciulo, R., & Corciulo, S. (2017). The peritoneal ultrafiltration in patients with cardio-renal disease. Giornale Italiano di Nefrologia: Organo Ufficiale Della Societa Italiana di Nefrologia, 34(Suppl 69), 86-103.

## วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบางกระดี ตำบลบางกะดี

อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Factor Analysis to Predict Health-Promoting Behavior of Type 2 Diabetes Patients

Bang Kradi Sub-District Health Promoting Hospital Bang Kradi Sub-District,

Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province

(Received: July 20,2022 ; Accepted: August 19,2022)

อรพินท์ ฟักแฟง<sup>1</sup>Orapin Fakfang<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี จำนวน 184 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลาก ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพและปัจจัยด้านการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวระดับปานกลาง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ ( $\beta = 0.312$ ) รองลงมา คือ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว ( $\beta = 0.227$ )

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

## Abstracts

This research was to analyze the predictive factors of self-health promotion behaviors of 184 type 2 diabetic patients registered for service at Bang Kradi Sub-District Health Promoting Hospital by using a simple random sampling method. and analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis, was found at significant level of 0.05.

The results showed that Knowledge of diabetes is high. Recognize the risk of complications of diabetes. Perceived severity of diabetes and the perceived benefit of self-care among diabetic patients was at a high level. Factors of access to health services and factors of receiving advice from health personnel were at a high level. Factors of access to health resources and factors of being encouraged by moderate family members. Health promotion behaviors were at a good level. When analyzing the

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบางกระดี ตำบลบางกะดี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

multiple regression, it was found that Factors affecting health promotion behaviors were access to health resources (Beta = 0.312), followed by prompting from family members (Beta = 0.227).

**Keywords:** self-healthcare behaviors, patients with type 2 diabetes

## บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก พบว่าประชากรโลกป่วยเป็นโรคเบาหวาน 170 ล้านคน โดยประชากร 11 คน จะป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1 คน หากไม่มีการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ในอนาคต ค.ศ. 2045 อาจมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 208 ล้านคน มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 37 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และโรคเบาหวานยังสามารถ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 4.4 ล้านคน โดยมีจำนวน ผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 4 รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น<sup>1</sup> ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 โดยประชากรอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน (ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) และผู้สูงอายุ 5 คน จะเป็นโรคโรคเบาหวาน 1 คน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน โรคเบาหวานเป็นภาวะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง<sup>2</sup> และส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว โรคเบาหวานเกิดขึ้นเมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอ หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ช่วยนำน้ำตาลเข้าเซลล์ เพื่อให้ร่างกายสามารถใช้ในการสร้างพลังงาน หากไม่มีอินซูลินเป็นตัวช่วย น้ำตาลจะถูกสะสมใน กระแสเลือด ซึ่งปัญหาแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวจาก โรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาอย่างยาวนาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ และความอ้วน ปัจจัยเสริมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง การใช้ยาสเตียรอยด์

อย่างไม่ถูกวิธี การละเลยต่ออาการเป็นโรคเบาหวาน ไม่ไปรักษาหรือรักษาไม่ถูกวิธี การดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยารักษาต่อเนื่อง จะส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไต เบาหวานขึ้นตา แผลที่เท้า ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบัน รวมทั้งประเทศไทย<sup>3</sup>

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อโรคเบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องมีการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ใน พ.ศ. 2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 12 The 12<sup>th</sup> Hatyai National and International Conference 1685 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน บูรณาการการทำงานร่วมกัน และเน้นป้องกันโรค มากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน<sup>4</sup> โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดในโลก มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นทุกปีเนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะไตวาย ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการล้างไตอย่าง มหาศาลซึ่งเป็นการทางเศรษฐกิจการเงินอย่างมาก ทั้งในระดับโลก และระดับประเทศไทย สอดคล้องกับ วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี พ.ศ. 2573<sup>5</sup>

ในปี พ.ศ.2565 จังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยเบาหวาน 45,601 คน คิดเป็นอัตราป่วย 3,832 คนต่อแสนประชากร เมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย 2,687 คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 7.01 ในปี พ.ศ.2561 – 2565 ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีคิดเป็นร้อยละ 31.18, ร้อยละ 33.40, ร้อยละ 32.22, ร้อยละ 27.47 และร้อยละ 27.33 ร้อยละตามลำดับ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 2.81, ร้อยละ 2.51, ร้อยละ 2.08, ร้อยละ 2.13 และร้อยละ 1.66 ร้อยละตามลำดับ<sup>6</sup>

ในปี พ.ศ.2565 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยเบาหวาน 594 คน คิดเป็นอัตราป่วย 39.60 คนต่อพันประชากร เมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2561 - 2565) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย 10 คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 9.39 ในปี พ.ศ.2561 – 2565 ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีคิดเป็นร้อยละ 15.65, ร้อยละ 22.77, ร้อยละ 25.98, ร้อยละ 20.27 และร้อยละ 20.20 ร้อยละตามลำดับ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 1.47, ร้อยละ 2.18, ร้อยละ 1.54, ร้อยละ 1.01 และร้อยละ 0.67 ร้อยละตามลำดับ<sup>6</sup>

ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานยังมีความรู้ด้านการดูแลโรคน้อย นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญเพื่อปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องถือเป็นเรื่องสำคัญมากหากผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมมีความเข้าใจโรคของตนเองและสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และส่งผลต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน<sup>7</sup> ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิด โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้มีความพร้อมก่อนนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การได้รับความรู้ เกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด การรู้จักประเมินสุขภาพตนเอง การประเมินความสามารถในการควบคุม เบาหวาน และความรู้เรื่องการ

รับประทานอาหารและยาที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งและเป็น ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยใช้การตัดสินใจวางแผนดูแลตนเองต่อไป โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะสามารถดูแลตนเองได้ดี<sup>8</sup>

จะเห็นได้ว่าแนวคิดด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสำคัญกับพฤติกรรมของบุคคล ทั้งในด้านการเจ็บป่วยและในด้านการป้องกันโรค จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาปัจจัยสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่และพื้นที่บริบทใกล้เคียงกัน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายทั้งภาคครัวเรือน และงบประมาณภาครัฐ ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับใด
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง เดือนมิถุนายน 2565

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี และรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง จำนวน 184 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย

และหญิง สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่เป็นผู้ที่พิการทางด้านร่างกาย

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลา

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบอ้างอิงตามหลักการของบลูม (Bloom, 1971) 3 ระดับ ระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ 0 – 59) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 – 100)

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ (Best, 1977) ได้แก่ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19) มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.00)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ (Best, 1977) ได้แก่ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19) มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.00)

2. การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ (Best, 1977) ได้แก่ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19) มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.00)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จำนวน 2 ส่วน ดังนี้

1. การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ (Best, 1977) ได้แก่ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19) มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.00)

2. การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ (Best, 1977) ได้แก่ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79) น้อย (คะแนนเฉลี่ย

1.80 – 2.59) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19) มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.00)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จำนวน 43 ข้อ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียดและการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (ตั้งแต่ 5 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ตั้งแต่ 3 - 4 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ปฏิบัติบางครั้ง (ตั้งแต่ 1 - 2 วันใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป) ไม่ปฏิบัติ แปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับต้องแก้ไข (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.59) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.20 – 2.79) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.80 – 3.39) ระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.00)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยทราบ และเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินงานประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 15 นาที และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์แบบสอบถามชุดที่ไม่สมบูรณ์ก็ คัดออกและนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ตามแบบมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติดำเนินการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

### ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 เพศชาย ร้อยละ 32.6 อายุระหว่าง 65 – 74 ปี ร้อยละ 41.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.8 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.2 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 59.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6 – 10 ปี ร้อยละ 26.6 รองลงมา คือ ระยะเวลา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 25.5 และ มากกว่า 21 ปี ร้อยละ 21.2 ตามลำดับ

2. ปัจจัยนำต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.4 รองลงมาคือ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.2 และระดับต่ำร้อยละ 4.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า คะแนนความรู้สูงที่สุด คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานคือ ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนเท่านั้น และการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ควบคุมอาหารสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ รองลงมา คือ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน เงาะ ฝรั่ง มะม่วง ลำไยได้ เพื่อป้องกันน้ำตาลในเลือดต่ำ และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน, การรับรู้ความรู้แรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับคะแนนการรับรู้ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 14.24, S.D.

= 2.574,  $\bar{X}$  = 18.12, S.D. = 3.459 และ  $\bar{X}$  = 18.29, S.D. = 3.586 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}$  = 10.58, S.D. = 5.01)

3. ปัจจัยเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 18.54, S.D. = 4.211) และปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 13.98, S.D. = 3.503)

4. ปัจจัยเสริมต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 34.71, S.D. = 7.826) และปัจจัยด้านการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 30.42, S.D. = 6.368)

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับดี คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, พฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และพฤติกรรมการพักผ่อน ( $\bar{X}$  = 30.87, S.D. = 5.293,  $\bar{X}$  = 30.87, S.D. = 5.293 และ  $\bar{X}$  = 25.51, S.D. = 3.627 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับพอใช้ คือ พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$  = 18.36, S.D. = 2.762 และ  $\bar{X}$  = 18.04, S.D. = 1.816 ตามลำดับ)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ปัจจัยด้านเพศอายุ อาชีพและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

6.2 ปัจจัยนำต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

6.3 ปัจจัยเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

6.4 ปัจจัยเสริมต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขและการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

7. ปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

ปัจจัยที่นำมาทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ การได้รับคำแนะนำจาก

บุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว จากตารางที่ 25 และตารางที่ 26 พบว่า มีตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระ 2 ตัวที่ร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว ได้ร้อยละ 21.30 ( $R^2 = 0.213$ ) โดยมีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตัวแปรแรกที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ คือ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 17.10 ( $R^2 \text{ change} = 0.171$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 3.042 ( $b = 3.042$ ) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 คะแนน เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นทั้งหมด คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเพิ่มขึ้น 3.042 คะแนน

ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการในขั้นที่ 2 คือ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกใน

ครอบครัว โดยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 4.10 ( $R^2 \text{ change} = 0.041$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 2.547 ( $b = 2.547$ ) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คะแนน เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นทั้งหมด คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเพิ่มขึ้น 2.547 คะแนน

เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุด คือ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ ( $Beta = 0.312$ ) รองลงมา คือ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว ( $Beta = 0.227$ )

จากการวิเคราะห์สามารถสรุปสมการการถดถอยพหุคูณที่ร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 =  $109.793 + 3.042$  (การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ) +  $2.547$  (การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ( $n = 184$ )

| ลำดับตัวแปรที่เข้าสมการ                                                     | $R^2 \text{ change}$ | b     | beta  | t     | p       |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-------|-------|---------|
| การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ                                           | 0.171                | 3.042 | 0.312 | 4.236 | < 0.001 |
| การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว                                 | 0.041                | 2.547 | 0.227 | 3.074 | 0.002   |
| Constant = 109.793      R = .461 $R^2 = .213$ SEE = 8.318      F = 24.421** |                      |       |       |       |         |

\*\*  $p < .05$

### อภิปรายผล

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัด

ปทุมธานีไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่สถานพยาบาลจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความรู้เดิมซ้ำๆ จนผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ประกอบกับบางครั้งความรู้ที่ได้รับอาจไม่ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย จึงทำให้ละเลยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ซึ่งพบว่าไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมชาย พรหมจักร (2550)<sup>9</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าความรู้โรคเบาหวานมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เนื่องจากปัจจัยการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเพราะว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นทั้งภายใน เช่น สถานการณ์ของโรค หรืออาการเจ็บป่วย และปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ บุคคลอื่นที่อยู่รอบๆ ผู้ป่วยและแหล่งให้ข้อมูลข่าวสาร<sup>10</sup> เพราะว่าการได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น เอกสาร คู่มือการดูแลตนเอง โทรศัพท์วิทยุอินเทอร์เน็ตและแหล่งข้อมูลข่าวสารอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยานัน ประเสริฐอำไพ และคณะ (2551)<sup>11</sup> ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พบว่า ปัจจัยกระตุ้นเตือนสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ร้อยละ 25 สอดคล้องผลการศึกษาของสุภาพพร เพ็ชรอร่าม และคณะ (2553)<sup>12</sup> ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่แผนกตีกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในจังหวัดระนอง พบว่า ปัจจัยการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิก ในครอบครัวและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสุขภาพสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานได้ร้อยละ 34.40

### ข้อเสนอแนะ

ควรเน้นให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในส่งเสริมและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานภายในชุมชนโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่กำหนดนโยบายส่งเสริมให้คำแนะนำ สนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน จะทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าถึงการรับบริการที่สถานบริการได้ง่ายและครอบคลุมในพื้นที่ ทั้งนี้ควรมีการจัดกิจกรรมพิเศษให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและรวมถึงโรคเรื้อรังต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อเป็นการสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขควรปรับปรุงการบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น รวมถึงลดขั้นตอนการให้บริการเพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึงการรับบริการ

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัย วิเคราะห์ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบางกะดี ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้ ประสบความสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และคณะกรรมการจริยธรรมที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดปทุมธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง  
ปทุมธานี คณะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยปทุมธานี ที่ให้คำปรึกษาสนับสนุนด้าน  
วิชาการ ศึกษาวิจัยและขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ช่วยเหลือเก็บ

รวบรวมข้อมูล และขอบคุณ และครอบครัวของผู้  
ศึกษาวิจัยที่ได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและเป็น  
กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้  
ศึกษาใคร่ขอขอบพระคุณท่านไว้ ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ.(2564). รายงาน IDF Diabetes Atlas. [อินเทอร์เน็ต]. [10 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้  
จาก:<https://www.diabetesatlas.org ?utm>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). ผลการดำเนินงานปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [10 มิถุนายน 2564].  
เข้าถึงได้จาก:[https://www.nhso.go.th/frontend/page-about\\_result.aspx](https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx)
3. สุปรียา เสี่ยงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด  
ไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาล 4(1), 91 – 101.
4. ปิยะสกล สัตยาพร. (2560). ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขกรมควบคุมโรค.  
กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
5. ชวัญเรือน กำวิตุ และชนิดา มัททวงกูร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ  
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
สยาม, 20(38), 83-84.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2565) ข้อมูลจาก Health Data Center ปทุมธานี ประมวลผล ณ วันที่ 11  
มิถุนายน 2565)
7. กีเร็น โซนี และคณะ. (2560). ผลของการให้ความรู้โรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายกลุ่มเทียบกับ  
รายบุคคล ณ หน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวช  
สาร. 9(2), 19-28.
8. ลักขณา พงษ์ภูมิมา และศุภรา หิมาโนโต. (2560). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่  
2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง. วารสาร มฉก.วิชาการ. 20(40), 67-75.
9. สมชาย พรหมจักร. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในการควบคุม  
ระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารวิจัยและระบบสาธารณสุข. 1(2), 10-8.
10. Becker MH. (1974). The Health Belief Model and Preventive Behavior. Health Education  
Monographs.
11. ณัฐยานัน ประเสริฐอำไพสกุล. (2551). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่  
เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
12. สุภาพร เพ็ชรอาวุธ. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด  
ที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

## การพัฒนาแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

### Development of Prevention Preterm Birth in Buntharik District,Ubonratchathani rovince

(Received: July 21,2022 ; Accepted: August 19,2022)

นางศิริรัตน์ สัตนา<sup>1</sup>

Sirirat Sattana<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 41 คน และเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ การระดมสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา 1) หญิงตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.25$  ,SD = 0.412) 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.43$  ,SD = 0.547) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัยทำการรักษาจนคลอดมากกว่า 48 ชั่วโมง แต่มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 100 ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คิดเป็น ร้อยละ 85.8 อายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์คิดเป็น ร้อยละ 100 3) ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.15$  ,SD = 0.442) 4) ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพ ในโรงพยาบาลบุณฑริก ต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.79$  ,SD = 0.400) ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพ ในโรงพยาบาลบุณฑริกต่อแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.68$  ,SD = 0.465)

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด

#### Abstract

This Research and Development research aims to 1) develop a method to prevent premature birth 2) study the results of the development of a method to prevent premature birth Mother and Child Health Network, Bundarik District, Province Ubon Ratchathani The sample is pregnant women who attended the maternal and child health network, 41 people, and the mother and child health network, Bundrik district, Ubon Ratchathani province, 25 people. The tools used to conduct the research include brainstorming. The tools used to

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุณฑริก

collect data include questionnaires and data analysis forms. By distribution of frequency, percentage, average value and standard deviation

Result: 1) Pregnant women have a high overall satisfaction average ( $\bar{X}$  = 4.25, SD = 0.412) 2) Pregnant women with premature labor have an average satisfaction of Included in the high level ( $\bar{X}$  = 4.43, SD = 0.547) prolongation of pregnancy period from diagnosis to treatment until delivery more than 48 hours but greater than or equal to 37 weeks, accounting for 100 percent no return Repeated treatment with preterm labor is 85.8 percent. Gestational age at delivery is greater than or equal to 37 weeks, 100 percent. There is a high average value of opinion ( $\bar{X}$  = 4.15, SD = 0.442). Very high level ( $\bar{X}$  = 3.79, SD = 0.400) The opinion of the health team personnel in Buntrik Hospital towards the method of preventing premature birth has an average opinion of high level ( $\bar{X}$  = 3.68, SD = 0.465)

**Key words:** premature birth

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ในประเทศไทย เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข พบอุบัติการณ์เฉลี่ยที่ร้อยละ 10-12 ใน 180 ประเทศทั่วโลก พบอุบัติการณ์เฉลี่ยที่ร้อยละ 5-18 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ภาวะทุพพลภาพยังอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ค่าใช้จ่ายของการดูแลรักษาสูงมาก<sup>11</sup> ต้องใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานเฉลี่ยร้อยละ 2-3 เดือน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย งบประมาณดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท<sup>9</sup> ประเทศไทยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้นทุกปี เฉลี่ยร้อยละ 10-12 ของการคลอด<sup>10</sup> ในปีงบประมาณ 2563 ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด ระดับประเทศ คิดเป็นร้อยละ 12.37 เขตสุขภาพที่ 10 คิดเป็น ร้อยละ 19.37 จังหวัดอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 38.95 โรงพยาบาลอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 15.35<sup>2</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะทำการศึกษารูปแบบการป้องกันและการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในระดับ ทต. ภูมิ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development research) ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) และประยุกต์ใช้การศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก และบุคลากรทีมสุขภาพ อำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์หรือทำงานอนามัยแม่และเด็กจำนวน 41 คน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาและสังเกตอาการที่ห้องคลอด อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 7 คน ระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 และบุคลากรทีมสุขภาพ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 คน ได้แก่ แพทย์จำนวน 2 คน พยาบาลงานห้องคลอด จำนวน 6 คน และผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอบุณฑริกจำนวน 17 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ การระดมสมอง ของบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

2.แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินความพึงพอใจ ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบบันทึกผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.แบบสอบถามสำหรับบุคลากร ทีมสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

4.แบบสอบถามสำหรับบุคลากร ทีมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตามการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของคู่มือแนวปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด** ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นประกอบด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 0.83 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ

**การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากได้ รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 26 มีนาคม 2564 หมายเลขใบรับรอง SSJ.UB 2564-017 ผู้วิจัยได้ ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่

**ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ** ประกอบด้วย

1.การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ด้านผู้รับบริการ ด้านบุคลากรทางการแพทย์และด้านการปฏิบัติการพยาบาล

3. การประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายนอกโรงพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอขุนทรุก จังหวัดอุบลราชธานี** ผู้วิจัยและบุคลากรทีมสุขภาพงานอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน และดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบท ตั้งแต่การดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และระยะจำหน่าย จัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

**ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล** ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด บุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาแบ่งตามประชากรที่ศึกษาพบว่า

#### หญิงมีครรภ์

1. ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์และภาวะสุขภาพการตั้งครรภ์ อายุของหญิงมีครรภ์ที่มารับ

บริการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.2 รองลงมาคือ อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.5 และอายุมากกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.3 ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 27 ปี สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 92.6 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมาคือ จบมัธยมศึกษา ปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 36.6 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 24.4 ลำดับของการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 68.3 การฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 65.8

2. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการดูแลตามการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามรูปแบบการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.25$ ,  $SD = 0.412$ ) เมื่อพิจารณารายข้อเรียงลำดับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ พยาบาลได้ให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าใจง่าย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.41$ ,  $SD = 0.547$ ) รองลงมาคือ พยาบาลได้แจ้งเกี่ยวกับวันครบกำหนดคลอดที่ชัดเจน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.37$ ,  $SD = 0.536$ ) พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุดคือ สื่อเอกสารแผ่นพับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ท่านได้รับอ่านเข้าใจง่าย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.15$ ,  $SD = 0.654$ ) มีแผนที่จะพัฒนาให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์

#### หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 26 ปี

สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 57.2 รองลงมา คือ จบอนุปริญญา/ปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 28.6 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมา คือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.6 ลำดับของการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ เป็นมารดาครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 85.8 การฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 42.8

2. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.43$ ,  $SD = 0.547$ ) เมื่อพิจารณาเรียงลำดับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ พยาบาลให้การดูแลในระหว่างให้ยาและหลังได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกเหมาะสม ท่านได้รับการดูแลจากทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในห้องคลอด และท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 4.57$ ,  $SD = 0.535$ ) เท่ากัน พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สื่อเอกสารเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเหมาะสมอ่านเข้าใจง่าย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.756$ ) มีแผนที่จะพัฒนาให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์

3. แบบบันทึกผลการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์เมื่อเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่อายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 85.8 การเปิดขยายของปากมดลูก เมื่อแรกเริ่มเข้ารับการรักษ ส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 100 การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัยทำการรักษา

จนคลอด ส่วนใหญ่มากกว่า 48 ชั่วโมงแต่มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100 การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่ไม่กลับมารักษาซ้ำ คิดเป็น ร้อยละ 85.8 อายุครรภ์ที่คลอด ส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100

### บุคลากรทีมสุขภาพ

1. บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.1 ข้อมูลทั่วไป บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อายุของบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมาคือ อายุ 20-29 ปี คิดเป็น ร้อยละ 35.2 อายุเฉลี่ย 33 ปี วุฒิการศึกษา ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 94.1 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.2 รองลงมาคือ ปฏิบัติงาน 5-7 ปี, 8-10 ปี และ มากกว่า 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 17.7 เท่ากัน

1.2 ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.15$ ,  $SD = 0.442$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับพบว่า คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือการติดต่อประสานงานมีความสะดวก อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.36$ ,  $SD = 0.497$ ) รองลงมา คือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.21$ ,  $SD = 0.579$ ) พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุด คือ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.07$ ,  $SD = 0.267$ ) จึงได้มีการประชุมเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและนำมาปรับปรุง

2. บุคลากรทีมสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน

2.1 ข้อมูลทั่วไป บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบุณฑริก อายุของบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบุณฑริก ส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ อายุ 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 25 อายุเฉลี่ย 34 ปี วุฒิการศึกษา ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 8-10 ปี และมากกว่า 10 คิดเป็นร้อยละ 37.5 เท่ากัน

2.2 ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบุณฑริก ต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบุณฑริก ต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.400$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อเรียงลำดับพบว่า คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ การให้การพยาบาลก่อนให้ยาป้องกันการหดตัวของมดลูกสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และท่านสามารถให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะได้รับยาป้องกันการหดตัวของมดลูก อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.12$ ,  $SD = 0.354$ ) เท่ากัน พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุด คือ ท่านคิดว่าสื่อเอกสาร สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีใช้ในห้องคลอด ใช้สื่อสารได้ง่าย อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.25$ ,  $SD = 0.463$ ) มีแผนที่จะพัฒนาให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์

2.3 ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบุณฑริก ต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลบุณฑริก ต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.68$ ,  $SD = 0.465$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อเรียงลำดับพบว่า คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ ขั้นตอน/วิธีการให้บริการมีความเหมาะสม ปฏิบัติได้จริง และรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นมีความ

สอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.535$ ) เท่ากัน พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุด คือท่านคิดว่าสื่อเอกสาร สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.38$ ,  $SD = 0.744$ ) มีแผนที่จะพัฒนาให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กรอบแบบคิดทฤษฎีระบบ (System theory) และประยุกต์ใช้การศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบ โดยนำองค์ประกอบหลัก คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) มาพิจารณา ให้มีรูปแบบที่ชัดเจนโดยเกิดจากการระดมสมองของบุคลากรทีมสุขภาพทั้งเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอบุณฑริก บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 14.2 อายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งการสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา รักษาธรรม และคณะ<sup>4</sup>, 2561: 354 ที่ได้มีการศึกษาพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับยาป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม 2560 ผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 20 และคลอดร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 40 และคลอดร้อยละ 100 กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ

สามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของรัศมี พิริยะสุทธิ์ และคณะ<sup>7</sup>, 2561 : 376 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในห้องคลอด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561 ถึง พฤษภาคม 2561 จำนวน 25 คน ผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 28 อัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใน หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการดูแลตามการพัฒนาแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อเรียงลำดับพบว่า คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือพยาบาลได้ให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าใจง่าย อยู่ในระดับมาก เช่นกัน ควรที่จะมีการเก็บข้อมูลและศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติว่ามีอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือคลอดก่อนกำหนด เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมและสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

ดังนั้นการพัฒนาแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่เกิดจากระดมสมอง จากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามบริบท ทำให้สามารถลดการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรทีมสุขภาพ เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลบุณฑริก ควรปฏิบัติงานและใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง
2. พัฒนาสื่อความรู้โดยผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อให้เหมาะสม มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย ด้านวิชาการ และการศึกษาครั้งต่อไป
3. ควรมีการพัฒนา ปรับปรุงคู่มือแนวปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ
4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
5. ควรมีการประเมินผลในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอบุณฑริกที่ร่วมมือในการวิจัย ผู้บริหารโรงพยาบาล บุณฑริกที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย

### อ้างอิง

1. กัลยา มณีโชติ และนิจัสกร นังคลา. 2560. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล. 44(2) : 7-24
2. สำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี. ข้อมูล HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก. URL [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d) สืบค้นเมื่อ(19/11/2563)

3. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.  
**เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอด และฉีดยาแก้ปวดก่อนกำหนด.** URL  
[http://hpc.go.th/download/data/hpc5\\_01.pdf](http://hpc.go.th/download/data/hpc5_01.pdf) สืบค้นเมื่อ(14/12/2563)
4. ชลธิชา รักษาธรรม ทวีศักดิ์ กสิผล และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. 2561. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. **วารสารพยาบาลทหารบก.** 19 (ฉบับพิเศษ) : 348-356
5. อีระ ทองสง. 2555. **การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดสูติศาสตร์.** ลักษณะมีรุ่ง. กรุงเทพมหานคร
6. พรศิริ เสนอิริ สุดใจ ศรีสงค์ รัศมีแข พรหมประกายและมณีนรัตน์ เพิ่มชาติ. 2559. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 34(2) : 164-173
7. รัศมี พิริยะสุทธิ สุนันทา สงกาและพนาวรรณ พาณิชย์. 2561. การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี.  
**วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 37(1) : 376-388
8. วาโร เฟ่งสวัสดิ์. 2552 .การวิจัยและพัฒนา. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.** 1(2) : 1-12
9. วิไลรัตน์ วิศวไพศาล บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์และสาธิษฐ์ นากกระแสน์. 2559. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. **วารสารพยาบาลตำรวจ.** 8(2) : 83-90
10. สายฝน ขวาลไพบุลย์ สุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์. 2554. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด. **เวชบัณฑิตศิริราช.** 4(2) : 25-39
11. อุ๋นใจ กอนันตกุล. 2562. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา. **สูตินรีแพทย์สัมพันธ์.** 28(10) , 8-15

## ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู

## Effectiveness of The 30 Baht Health-care Anywhere Campaign in NongBuaLamPhu Province

(Received: July 20,2022 ; Accepted: August 19,2022)

สง่า ไชยนา<sup>1</sup>SANGA CHAINA<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) เพื่อประเมินผลโครงการ ในด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 429 คน ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายฝ่ายผู้ให้บริการ กลุ่มเป้าหมายฝ่ายผู้รับบริการ เป็นประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดหนองบัวลำภู เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย: 1) ด้านบริบท ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50, SD = 0.59) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ด้านปัจจัยนำเข้า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.40, SD = 0.84) 3) ด้านกระบวนการ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, SD = 0.69) 4) ด้านผลผลิต 4.1) ผลการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ ผลการศึกษา พบว่า มีการจัดบริการครอบคลุมพื้นที่ทุกอำเภอ สามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนได้ 4.2) การรับรู้สิทธิประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิประโยชน์โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ของประชาชนผู้มีสิทธิอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.39 4.3) ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการและเห็นว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50, SD = 0.61) 4.4) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการและเห็นว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.79, SD = 0.45) 4.5) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิมีความมั่นใจในศักยภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระบบการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 52.01 และ มีความเชื่อมั่นว่า จะได้รับความคุ้มครองตามชุดสิทธิประโยชน์ โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ หากมีความจำเป็นต้องไปรับบริการในหน่วยบริการอื่น ที่ไม่ใช่หน่วยบริการที่ระบุในบัตรสุขภาพ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 42.96

**คำสำคัญ:** ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

### Abstract

This evaluation research aimed to evaluate the results of the project in terms of context (Context), input factors (Input), process (Process) and output (Product) of project implementation 30 Baht Health-care Anywhere Campaign in NongBuaLamPhu Province sample group A study of 429 people including the target group of the service provider and the target group of the recipient of the service. They are people who have the right to health care with a gold card according to the comprehensive health insurance program in Nong Bua Lamphu province. Collect data using a questionnaire. Analyze the data using descriptive statistics. Percentage, Mean and Standard Deviation

Research results: 1) In the context, the results of the study found that in the overall implementation of the 30 Baht Health-care Anywhere Campaign in NongBuaLamPhu Province, there is the highest level of inequality (Mean = 4.50, SD = 0.59) 2) In terms of Input factors The results of the study found that in the overall implementation of the 30 Baht Health-care Anywhere Campaign in NongBuaLamPhu Province, in terms of input factors, there is the most balanced level (Mean = 4.40, SD = 0.84) 3) In terms of process The results of the study showed that in the overall implementation of the project 30 Baht Health-care Anywhere Campaign in NongBuaLamPhu Province, the process has the highest level of uniformity (Mean = 4.30, SD = 0.69) 4) In terms of output 4.1) The result Services according to the set of benefits of the project. The results of the study found that the provision of comprehensive services in all districts can help reduce the burden of the people's expenses. 4.2) Recognition of the benefits of the entitled people. The average awareness of the benefits of the 30 Baht Health-care Anywhere Campaign in NongBuaLamPhu Province of the people with rights is at a moderate level of 56.39 percent. 4.3) The satisfaction of the people with rights. project and see that there is a high degree of inequality (Mean = 4.50, SD = 0.61) 4.4) Satisfaction of service providers The results of the study found that the sample of service providers are satisfied with the benefits of the project and see that there is a high level of equality ( Mean = 4.79, SD = 0.45) 4.5) Opinions and suggestions to improve the development of the project 30 Baht Health-care Anywhere Campaign in NongBuaLamPhu Province The results of the study found that the people with rights have confidence in the medical treatment potential of the district health promotion hospital and Patient referral system 52.01% and have the confidence that they will be covered according to the 30 baht project benefit package if there is a need to go to a service unit other than the service unit specified in the card Health at the highest level 42.96 percent

**Keywords:** Effectiveness of The 30 Baht Health-care Anywhere Campaign

### บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ให้ความสำคัญกับสิทธิเสรีภาพของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิในร่างกาย สิทธิในการรวมกลุ่มและสิทธิ

ชุมนุม สิทธิทางเศรษฐกิจ สิทธิของผู้ด้อยโอกาส สิทธิทั่วไปของประชาชน สิทธิของผู้หญิง ตลอดจนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ก็เพื่อสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยหวังว่าประชาชนคนไทยมี

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญที่สำคัญรัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้เพิ่มเนื้อหาในหลายมาตราเพื่อสร้างสิทธิตามกฎหมาย ที่ประชาชนจะได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่ปรากฏให้เห็นในบัญญัติของรัฐธรรมนูญตาม มาตรา 52 ได้บัญญัติให้ชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วย มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญในอันที่จะเสริมสร้างและผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ<sup>1</sup>

โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นโครงการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในระบบสาธารณสุขของไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโครงการที่พรรคการเมืองใช้ในการหาเสียงและเป็นโครงการที่ประชาชนคนรากหญ้าได้รับประโยชน์สูงสุด และพรรคการเมืองทุกพรรคที่เข้ามาเป็นรัฐบาลก็จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพัฒนาต่อยอด ในส่วนของจังหวัดหนองบัวลำภูเอง ก็ได้ดำเนินงานตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคครอบคลุมทุกอำเภอ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2544 จนถึงปัจจุบัน ทำให้เห็นวิวัฒนาการของการดำเนินงานตามโครงการฯ ซึ่งโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคเป็นโครงการที่ทำให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยได้รับการป้องกันมิให้ล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการนำร่องในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดบุรีรัมย์ นครราชสีมา สุรินทร์ และชัยภูมิ เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ซึ่งได้ขยายพื้นที่ดำเนินการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เขตสุขภาพที่ 8 และเขตสุขภาพที่ 10 มาตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งจังหวัด

หนองบัวลำภูได้เข้าร่วมโครงการ และเปิดให้บริการแก่ประชาชนตามโครงการดังกล่าวตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ได้ดำเนินการจัดประชุมชี้แจงนโยบาย แนวทางการจัดบริการ และหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการร่วมพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลบริการภายในเขตสุขภาพที่ 8 โดยการ ติดตั้งโปรแกรม MISSYNC ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)ทุกแห่ง การทำข้อตกลงและออกแบบระบบการเรียกเก็บระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูเป็นหน่วยบริหารการเรียกเก็บและการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในโครงการ และมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับมีความพร้อม สามารถให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนผู้มารับบริการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ได้ตามนโยบายที่กำหนด ทั้งนี้การดำเนินการพัฒนาระบบบริการตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ได้ดำเนินการมาครบ 1 ปี ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เพื่อทราบถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานตามโครงการ ตลอดจนหาแนวทางในการปรับปรุงให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ในจังหวัดหนองบัวลำภู ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต
2. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาให้การดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ในจังหวัดหนองบัวลำภูเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) ที่ประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP model ของ

Daniel L. Stufflebeam เพื่อประเมินผลโครงการ ในด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู

### ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

#### ประชากรที่ศึกษา

ด้านผู้ให้บริการ คือ โรงพยาบาล รพ.สต. และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 89 แห่ง โดยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพของโรงพยาบาล จำนวน 6 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบโครงการ จำนวน 6 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน

ด้านผู้รับบริการ คือ ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ทั้งสิ้นจำนวน 381,258 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ให้บริการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ และผู้รับบริการ เป็นประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดหนองบัวลำภู อายุ 15 ปีขึ้นไป และสามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดหนองบัวลำภู อายุต่ำกว่า 15 ปี และ/หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Random sampling)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 429 คน ได้แก่

กลุ่มเป้าหมายฝ่ายผู้ให้บริการเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน

ประกันสุขภาพของโรงพยาบาล จำนวน 6 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบโครงการ จำนวน 6 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน

กลุ่มเป้าหมายฝ่ายผู้รับบริการ เป็นประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดหนองบัวลำภู ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2564 จำนวนทั้งสิ้น 309,163 คน โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 399 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

1) การสุ่มตัวอย่างแบบ (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกตามพื้นที่อำเภอ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ตามสัดส่วน 1 ตัวอย่าง ต่อประชากรสิทธิบัตรทอง จำนวน 775 คน ซึ่งจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรายอำเภอตามที่ต้องการ

2) สุ่มตัวอย่างพื้นที่ที่จะใช้เก็บข้อมูลในแต่ละอำเภอ โดยจัดทำบัญชีรายชื่อหมู่บ้านแยกเป็น 2.1) บัญชีรายชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนในเขตเทศบาล 2.2) บัญชีรายชื่อหมู่บ้านนอกเขตเทศบาล จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) สุ่มเลือกขึ้นมาบัญชีละ 1 หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อใช้เป็นตัวแทนพื้นที่เก็บตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ซึ่งจะเก็บตัวอย่างจากประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลอย่างละครั้ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 แบบ ดังนี้

#### 1. แบบสอบถาม

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ให้บริการ ให้กลุ่มเป้าหมายตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) เป็นการประเมินเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ (Checklist) และแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และอายุราชการ จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ในจังหวัดหนองบัวลำภู ครอบคลุมในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการจำนวน จำนวน 19 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อผลการดำเนินการโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแนวข้อคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้างคำถาม (Depth interview) สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) เกี่ยวกับการดำเนินงานตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ในจังหวัดหนองบัวลำภู เนื้อหาครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นคำถามการประเมินผลด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

ชุดที่ 2 สำหรับผู้รับบริการ ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดหนองบัวลำภู ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งให้กลุ่มเป้าหมายตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) เป็นการประเมินเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ มีลักษณะเป็นแบบสำรวจการ (Checklist) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินด้านประสบการณ์ในการใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินด้านการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบประเมินด้านความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบประเมินด้านความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการฯ จำนวน 4 ข้อ และมีข้อคำถามความต้องการของประชาชนในการปรับปรุงโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี จำนวน 1 ข้อ

2. แบบเก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย กรณี Walk In ตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ สำหรับผู้วิจัยใช้ในการเก็บข้อมูลผลการให้บริการ และสถิติการได้รับการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ศึกษา (ข้อมูลเดือนมีนาคม พ.ศ.2564 – กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง แล้วนำไปทดลองใช้แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ติดกับจังหวัดหนองบัวลำภู ทำการเก็บข้อมูลจำนวน 30 รายต่อชุดแบบสอบถาม แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับชุดตัวแปรที่เป็นแบบประมาณค่า Likert scale โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.81 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้รับบริการ ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทอง เท่ากับ 0.95

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1 สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป และ ระดับความคิดเห็นในการ

ปฏิบัติงานของประชากรที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และมีการนำมาเทียบกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนด เพื่อแปลความหมาย (Khanzanie R., 1996 อ้างใน ละเอียด ศิลา น้อย, 2562) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 – 5.00 หมายความว่า ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 – 4.19 หมายความว่า ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 – 3.39 หมายความว่า ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 – 2.59 หมายความว่า ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 – 1.79 หมายความว่า ระดับน้อยที่สุด

2 สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Kruskal-Wallis test และทดสอบเปรียบเทียบหลายหลาย (multiple comparison) ใช้การทดสอบ Bonferroni เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ของประชาชนในแต่ละพื้นที่ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างฝ่ายผู้รับบริการ ร้อยละ 58.15 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 15 - 85 ปี อายุเฉลี่ย 46.89 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับมัธยมและอนุปริญญามากที่สุด ร้อยละ 48.87 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.69 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 13.03 เคยมีประสบการณ์ใช้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่มาแล้ว สถิติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ทันที ไม่ต้องรอ 15 วัน ร้อยละ 10.28 การรับวัคซีนหรือทำแผลต่อเนื่องในหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการ

ประจำ ร้อยละ 9.27 และ กรณีเจ็บป่วยทั่วไปเข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำ ร้อยละ 6.03

กลุ่มตัวอย่างฝ่ายผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.33 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 33 – 59 ปี อายุเฉลี่ย 45.03 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมาแล้ว 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 23.06 ปี ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 96.67 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 56.67 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.00 เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. ด้านบริบท ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50, SD = 0.59 )

2 ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ด้านปัจจัยนำเข้า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.40, SD = 0.84)

3 ด้านกระบวนการ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, SD = 0.69)

### 4 ด้านผลผลิต

4.1 ผลการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ ผลการศึกษา พบว่า มีการจัดบริการครอบคลุมพื้นที่ทุกอำเภอ สามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนได้ โดยมีข้อมูลจำนวนครั้งการใช้บริการต่างๆ ในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จากการให้บริการในช่วง 1 ปีแรก (มีนาคม พ.ศ.2564 – กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565) ของหน่วยบริการทุกแห่ง จำแนกเป็นบริการกรณีผู้ป่วย Walk in จำนวน 4,556 ครั้ง บริการผู้ป่วยฉุกเฉินรักษาที่ไหนก็ได้ จำนวน 26,384 ครั้ง บริการการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ระบบ Smart refer จำนวน 7,713 ครั้ง บริการผู้ป่วย

มะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ จำนวน 1,132 ครั้ง บริการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ จำนวน 5,773 ครั้ง และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีการส่งเอกสารเรียกเก็บเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วย Walk in 1 แห่ง จำนวน 38 ราย

4.2 การรับรู้สิทธิประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิประโยชน์โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ของประชาชนผู้มีสิทธิอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.39

4.3 ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการและเห็นว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.50, SD = 0.61)

4.4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการและเห็นว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.79, SD = 0.45)

4.5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิมีความมั่นใจในศักยภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระบบการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 52.01 และ มีความเชื่อมั่นว่า จะได้รับความคุ้มครองตามชุดสิทธิประโยชน์ โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ หากมีความจำเป็นต้องไปรับบริการในหน่วยบริการอื่น ที่ไม่ใช่หน่วยบริการที่ระบุในบัตรสุขภาพ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 42.96

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู พบผลการศึกษาและประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ด้านบริบท (context) ผลการประเมินความเหมาะสมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ด้านวัตถุประสงค์ของโครงการมีความสอดคล้องกับความต้องการและ

สอดคล้องกับสภาพปัญหาในระดับมาก เป็นประโยชน์กับผู้รับบริการในพื้นที่ สอดคล้องกับเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564)<sup>2</sup> ที่ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นโครงการสร้างความรู้ความเข้าใจและความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ของประชาชน ซึ่งพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.50 เห็นด้วยว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับมาก และเห็นว่า ปัญหาของระบบการส่งต่อผู้ป่วย เป็นอุปสรรคสำคัญของการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนมากที่สุด เป็นลำดับที่สอง รองจากปัญหาการรอตรวจที่โรงพยาบาลที่ใช้เวลานาน และผลสำรวจยังพบประเด็นปัญหาการสวมสิทธิของบุคคลอื่นอีกด้วย นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปารเมศ มั่นคงและคณะ (2556)<sup>3</sup> ที่ทำการศึกษาคำพึงพอใจของผู้มีสิทธิรับบริการสาธารณสุขในการบังคับใช้มาตรา 7 ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งได้รับข้อเสนอการปรับปรุงแก้ไขให้สามารถนำบัตรทองไปใช้ในสถานบริการของรัฐได้ทุกที่ เพราะบางครั้งประชาชนที่ไปทำงานที่อื่นไม่สะดวกย้ายบัตร นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2565)<sup>4</sup> ได้สรุปการดำเนินงานตามนโยบายการยกระดับบัตรทอง 4 บริการ ในรายงานผลการดำเนินงานสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม พ.ศ.2563 – มีนาคม พ.ศ.2564) ในพื้นที่นาร่อง เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องมีภาระและค่าใช้จ่ายในการกลับไปขอใบส่งตัว กรณีไปรับการรักษาผู้ป่วยในต่างหน่วยบริการประจำ จำนวน 82,599 ครั้ง

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ผลการประเมินพบว่า ความเหมาะสมของปัจจัยต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความพร้อมด้านยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ และด้านงบประมาณ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

โครงการดังกล่าวมีการวางแผนเกี่ยวกับงบประมาณค่าใช้จ่ายมาตั้งแต่ต้นก่อนเริ่มโครงการ และเนื่องจากเป็นการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองในบริการที่หน่วยบริการให้บริการตามปกติอยู่แล้ว สอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564)<sup>2</sup> ที่ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นโครงการสร้างความรู้ความเข้าใจและความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ของประชาชน ซึ่งพบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.20 เห็นด้วยว่า การสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนมีความเหมาะสม และ ร้อยละ 78.90 เห็นว่า การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นมีความเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย มีการปรับปรุงพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง จึงมีการจัดการปัจจัยนำเข้าได้ดีขึ้น โดยลำดับ

3. ด้านกระบวนการ (Process) ผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในกระบวนการเตรียมความพร้อมการรับนโยบาย/ความเข้าใจบุคลากร และกระบวนการจัดบริการต่างๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ ได้แก่ บริการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ การบริการเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินรุนแรง การฉีดยา/ฉีควัคซีน หรือทำแผลต่อเนื่อง เป็นต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก หน่วยบริการต่างๆ ให้บริการตามปกติอยู่แล้ว ไม่มีเทคโนโลยีใหม่จึงสามารถปรับกระบวนการทำงานและให้บริการได้ทันที

อย่างไรก็ตาม พบว่า กระบวนการบริการบางรายการได้รับการประเมินความเหมาะสมในระดับระดับมาก ได้แก่ กระบวนการด้านประชาสัมพันธ์ กระบวนการจัดบริการทันตกรรม และการขอรับยาประจำที่ลิ้นนำพกติดตัวมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เป็นกระบวนการดำเนินงานที่มีข้อจำกัดสูงในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งโรงพยาบาล

ต่างๆ มีการสื่อสารมาตรการห้ามเยี่ยมผู้ป่วย ห้ามประชาชนมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นเนื่องจากเป็นสถานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรงพยาบาลหลายแห่งงดให้บริการทันตกรรมบางรายการที่มีการฟุ้งกระจายของน้ำลาย

แม้กระบวนการของการจัดบริการต่างๆ จะมีข้อจำกัดค่อนข้างมากในช่วงที่ผ่านมา แต่ยังคงได้รับการประเมินในระดับมาก ถึงมากที่สุด ย่อมแสดงให้เห็นการรับรู้คุณค่าว่าโครงการนี้มีคุณประโยชน์ต่อประชาชนมาก สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564)<sup>5</sup> ได้สรุปการดำเนินงานตามนโยบายการยกระดับบัตรทอง 4 บริการ ในรายงานผลการดำเนินงานสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2564 ในพื้นที่นำร่อง เขต 9 นครราชสีมา พบว่า ในช่วง 4 เดือน (มกราคม – เมษายน พ.ศ.2564) มีผู้ป่วยเข้ารับบริการปฐมภูมิต่างหน่วยบริการโดยไม่ถูกเรียกเก็บเงิน 230,379 ครั้ง, มีผู้รับบริการย้ายหน่วยบริการประจำทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน 537,439 ครั้ง มีผู้ป่วยโรคมะเร็งใช้สิทธิตามนโยบายมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อมแบบผู้ป่วยนอก 46,655 ครั้ง แบบผู้ป่วยใน 10,128 ครั้ง และในช่วง 6 เดือน (ตุลาคม พ.ศ.2563 – มีนาคม พ.ศ.2564) มีผู้ป่วยและญาติไม่ต้องกลับไปขอใบส่งตัว กรณีไปรับการรักษาผู้ป่วยในต่างหน่วยบริการประจำ จำนวน 82,599 ครั้ง,

4. ด้านผลผลิต (Products) ผลการประเมิน พบว่า

4.1 มีการจัดบริการครอบคลุมพื้นที่ทุกอำเภอ โดยมีข้อมูลจำนวนครั้งการใช้บริการต่างๆ ในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จากการการให้บริการในช่วงระยะเวลา 1 ปี ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ.2564 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 รวมจำนวน 45,596 ครั้ง และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีการส่งเอกสารมาเรียกเก็บเงินชดเชยค่าบริการ 1 แห่ง จำนวน 38 ครั้ง

ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กรณีมีการเรียกเก็บของหน่วยบริการปฐมภูมิเพียง 1 แห่ง จากทั้งหมด 83 แห่ง อาจเนื่องมาจากในสถานการณ์การ

ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีภาระงานสูงมาก จำนวนผู้ป่วย Walk in ต่อเดือน มีน้อย ประกอบกับอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการเหมาจ่ายรายละ 70 บาท เป็นจำนวนเงินที่น้อยเกินไป ไม่จูงใจในการดำเนินการจัดทำเอกสารเพื่อส่งเรียกเก็บค่าบริการ

4.2 การรับรู้สิทธิประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิมีการรับรู้สิทธิประโยชน์โครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.39 สอดคล้องกับผลการประเมิน ด้านกระบวนการด้านประชาสัมพันธ์ ซึ่งมีผลการประเมิน ต่ำกว่าด้านอื่นๆ และอาจเนื่องมาจาก ช่วงเวลาที่ศึกษา เป็นช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการประชาสัมพันธ์ต่างๆ ออกมาเป็นจำนวนมาก และมีความสำคัญเชิงเนื้อหามากกว่า อาทิ เรื่องมาตรการการป้องกันโรค DMHTT การกำหนดสีของพื้นที่ตามอัตราการติดเชื้อรายใหม่ การประชาสัมพันธ์ เรื่องการฉีดวัคซีน และมาตรการอื่นๆ ซึ่งมีความน่าสนใจมากกว่า อย่างไรก็ตาม พบว่าระดับของการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการในการศึกษาครั้งนี้ ใกล้เคียงกับในผลการศึกษาของ นิชนันท์ สุวรรณภูมิ และคณะ (2562)<sup>6</sup> ที่ศึกษาการรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10 ซึ่งพบว่า ผู้รับบริการมีการรับรู้สิทธิประโยชน์เฉลี่ยในระดับปานกลางร้อยละ 76.10

4.3 ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการและเห็นว่ามีเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50, SD = 0.61) โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเข้ารับบริการทุกครั้งผู้ป่วยมีหน้าที่แสดงบัตรประชาชนเพื่อขอใช้สิทธิ การขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำสามารถได้สิทธิทันทีไม่ต้องรอ 15 วัน และสิทธิบัตรทองสามารถขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง อาจเนื่องมาจาก ทั้งสามประเด็นเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้สิทธิ เป็นบริการซึ่งทุกคนมีโอกาส

เข้าไปเกี่ยวข้องได้ง่าย ทั้งยังสื่อให้เห็นความสะดวกสบายที่จะได้รับเพิ่มขึ้นได้อย่างชัดเจนที่สุด จากสภาพเดิมที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ต่อไปนี้จะใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียว ได้รับการขยายสิทธิเพิ่มอีกหลายครั้ง และการไม่ต้องมีระยะเวลารอคอยอีกด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิชนันท์ สุวรรณภูมิ และคณะ (2562)<sup>6</sup> ที่ศึกษาการรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.02, SD = 0.75)

4.4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการ และเห็นว่ามีเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.79, SD = 0.45) ซึ่งความพึงพอใจประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการในหน่วยบริการอื่นได้ ไม่จำกัดครั้ง, การเข้ารับบริการทุกครั้งผู้ป่วยมีหน้าที่แสดงบัตรประชาชนเพื่อขอใช้สิทธิ และเมื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในหน่วยบริการอื่น ไม่ต้องกลับไปปรับใบส่งตัว ทั้งนี้เนื่องจาก กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการเจ็บป่วยจนถึงขั้นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเรื่องสำคัญและความจำเป็นทางการแพทย์ ส่วนการให้ผู้ป่วยมีหน้าที่แสดงบัตรประชาชนทุกครั้งก็จะช่วยป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดจากการระบุตัวคนไข้ผิดคน และปัญหาด้านการเบิกจ่ายเนื่องจากระบุสิทธิการรักษาผิด ซึ่งเป็นประโยชน์มากทั้งต่อผู้ป่วยและต่อหน่วยบริการ สอดคล้องกับกับในผลการศึกษาของ นิชนันท์ สุวรรณภูมิ และคณะ (2562)<sup>6</sup> ที่ศึกษาการรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งพบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.02, SD = 0.62)

## ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลบริการควรรออกแบบให้มีความสะดวกต่อการใช้งานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด ตอบสนองทั้งด้านข้อมูลบริการและการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ได้ และควรมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องให้สามารถดำเนินการได้ในหน่วยบริการทุกระดับ

2. ควรมีการพัฒนาระบบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ให้สามารถจ่ายโดยตรงแก่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นผู้ให้บริการได้

3. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการผ่านสื่อหลัก ในรูปแบบการสื่อสารวงกว้าง (mass communication) และผ่านทางสื่อดิจิทัลต่างๆ ให้หลากหลายช่องทาง เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิของประชาชน

4. ควรมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องด้านการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล การติดตั้งและดูแล

โปรแกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถใช้งานได้ทันหน่วยบริการทุกระดับ

5. ควรมีการพัฒนานักคอมพิวเตอร์ให้สามารถมีผู้ดูแลระบบได้ในระดับอำเภอทุกอำเภอ และพัฒนาบุคลากรผู้ใช้งานของหน่วยบริการให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

6. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้งานระบบการเชื่อมโยงข้อมูลบริการ HIS on Cloud และ R8Anywhere หลังจากดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมีการใช้งานไปแล้วระยะหนึ่ง

7. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพแบบการวิจัยและพัฒนา เกี่ยวกับระบบการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นในอนาคต

#### เอกสารอ้างอิง

1. สุนทร ต้นมันทอง . (2553). โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค พ.ศ. 2545 - 2552. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ป.ท..ม.ป.พ.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). อ้างถึงใน มติชนออนไลน์ 24 กันยายน 2564. การสำรวจความคิดเห็นโครงการสร้างความรู้ความเข้าใจและความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ของประชาชน.URL; [http://matichon.co.th/bullet\\_news\\_today/news\\_2956745](http://matichon.co.th/bullet_news_today/news_2956745).
3. ปารเมศ มั่นคง และคณะ.(2556). ความพึงพอใจของผู้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข ในการบังคับใช้ มาตรา 7 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2. (85-92).
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). ผลงานเด่น “ยกระดับบัตรทอง 4 บริการ” เพิ่มความสะดวก ลดยุ่งยากใช้สิทธิ เข้าถึงบริการเพิ่ม. URL; <https://www.nhso.go.th/news/3368> ณ 14 พฤศจิกายน 2564
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). ผลงานเด่น “ยกระดับบัตรทอง 4 บริการ” เพิ่มความสะดวก ลดยุ่งยากใช้สิทธิ เข้าถึงบริการเพิ่ม. URL; <https://www.nhso.go.th/news/3368> ณ 14 พฤศจิกายน 2564
6. นิชนันท์ สุวรรณภู และคณะ. (2562). การรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10. วารสารระบบวิจัยสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 3. (339-349).

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร  
Model of Health Behavior Promotion of the Elderly Club in Kok Tum Subdistrict, Dong Luang  
District, Mukdahan Province

(Received: July 25,2022 ; Accepted: August 28,2022)

ชัย ทองผา<sup>1</sup>

Chai Thongpa

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 ถึง เดือนกันยายน ปี 2564 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม สถิติเชิงพรรณนา ( Descriptive Statistics ) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test และ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (กันยายน 2564) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 กับ เดือน กันยายน 2564 พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือน กันยายน 2564 มีพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ ดีกว่า เดือน ตุลาคม 2563

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ

### ABSTRACT

This research was action research aimed to study Health behaviors of the elderly and to study the model of enhancing health behaviors in the elderly Elderly Club, Kok Tum Subdistrict, Dong Luang District, Mukdahan Province. The study period is from October 2020 to September 2021, totaling 12 months. Sample size were 180 socially addicted elderly groups in the Elderly Club, Kok Tum Subdistrict, Dong Luang District, Mukdahan Province. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by Descriptive statistics were frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation Dependent t-test and Content Analysis.

The results showed that After health behaviors promotion of the Elderly Club in Kok Tum Subdistrict, Dong Luang District, Mukdahan Province Elderly health behaviors Elderly Club, Kok Tum Subdistrict, Dong Luang District, Mukdahan Province (September 2021) Overall and Individually at a very reasonable level. And when comparing the health behaviors of the elderly Elderly Club, Kok Tum Subdistrict, Dong Luang District, Mukdahan Province, between October 2020 and September 2021, it

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

was found that overall and individual aspects There was a statistically significant difference at the .05 level, with September 2021 having better health behaviors in the elderly club than October 2020.

Keywords: health behavior promotion model , elderly Club

## บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุ ในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึง แตก ต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุกำลังเพิ่มมากขึ้นตาม นิยามของสหประชาชาติ เมื่อประเทศใดมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และ 14 ตามลำดับ<sup>1</sup> จากการคาดการณ์ของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในประเทศและ องค์กรระหว่างประเทศพบว่าในอีกเพียง 3 ปีข้างหน้า นี้ คือในปี 2563 นี้ ประเทศไทยจะมีประชากรสูงวัย จำนวน 12.6 ล้านคนจากจำนวนประชากรรวม 66.0 ล้านคน และคิดเป็น 19.1% ของประชากรทั้งหมด ใน ขณะเดียวกันจำนวนประชากรในวัยเริ่มเข้าท งาน (15-19 ปี) และ 20-24 ปี จะมีจำนวนน้อยกว่า ประชากรวัยที่จะออกจากวัยแรงงาน (รุ่น 50-54 ปี และ 55-59 ปี) ประเทศไทยกำลังก้าว เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน<sup>2</sup>

วัยผู้สูงอายุผลจากการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นและพบบ่อย ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ผิวหนังเปราะบาง กำลังสำรองลดลง ระบบต่างๆของร่างกายประสิทธิภาพลดลง สายตาเปลี่ยน ความ กระฉับกระเฉงลดลง สูญเสียการทรงตัวได้ง่าย ความไวของการทำงานระบบประสาทลดลง น้ำหนักและความสูงลดลง ด้านจิตใจ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย ขี้กังวล ใจจดใจห่อเหี่ยวตาย ใจเศร้าหมองง่าย ซึม เหมง

และว้าเหว่ และสิ้นหวัง ด้านสังคม เศรษฐกิจ ขาดเพื่อนขาดความผูกพัน ที่เคยมีต่อสังคม ขาดรายได้ประจำ หรือรายได้ลดลงจากเดิม ขาดการยอมรับไม่ได้ รับการยกย่องเหมือนวัยทำงาน ขาดความสำคัญไป คำนิยมของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นให้ ความสำคัญเรื่องความกตัญญูลดลง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม<sup>3</sup>

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุรูปแบบการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะวิถีชีวิตของแต่ละคน หลังจากเกษียณอายุ ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดต่อการ ทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการทำกิจกรรมในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน สภาพจิตใจที่มีความวิตกกังวล เหมง การไม่มีภาระหน้าที่ สภาพสังคม การเงิน การเป็นที่ ยอมรับยอมรับส่งผลถึงความสุข การมีคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุเอง การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาาระบบเอื้อหนุนส่งเสริมปัจจัยพื้นฐานให้ ตัวผู้สูงอายุเองสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยตนเอง ลด การพึ่งพาผู้อื่นลง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุก้าวไปสู่ การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Active aging) ซึ่ง หมายถึงสามารถพึ่งพาตนเองได้ (Self-reliance) ดูแลตนเองได้ (Self-care) สามารถทำสิ่งต่างๆได้ตาม ศักยภาพของตนเอง<sup>4</sup> ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมใน ด้านต่างๆ อาทิ การบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การศึกษา ศาสนาและข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่การดำเนินชีวิต การ ประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุใน อาคาร สถานที่ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ การ จัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านการท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ การจัดกิจกรรม ด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม และบริการด้านที่ อยู่อาศัย เป็นต้น<sup>5</sup>

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

### ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 ถึง เดือนกันยายน ปี 2564 รวม 12 เดือน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 180 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ โดยมี กิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกสุขลักษณะ ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. แบบวัดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้<sup>6</sup>

| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล        |
|-------------|--------------|
| 4.21 – 5.00 | เหมาะสมมาก   |
| 3.41 – 4.20 | เหมาะสม      |
| 2.61 – 3.40 | ปานกลาง      |
| 1.81 – 2.60 | พอใช้        |
| 1.00 - 1.80 | ต้องปรับปรุง |

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .925

### ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
2. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
3. กำหนดกิจกรรมในรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
4. ดำเนินการตามกิจกรรมในรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
5. สรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมในรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{x}$ ) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ประกอบด้วย Dependent t-test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ก่อนและหลังดำเนินการ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

### ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (ตุลาคม 2563) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

2. กิจกรรมในรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพช่องปาก และสอดแทรกในกิจกรรมของชุมชนตามฮีตสิบสอง ได้แก่ การประกวดต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพ การละเล่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ และการให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพ

3. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (กันยายน 2564) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 กับ เดือน กันยายน 2564

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 กับ เดือน กันยายน 2564 (Dependent t-test)

| ตัวแปร      | ก่อน      |      | หลัง      |      | t       | df  | p-value | 95%CI    |          |
|-------------|-----------|------|-----------|------|---------|-----|---------|----------|----------|
|             | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. |         |     |         | lower    | upper    |
| การกิน      | 3.23      | 0.15 | 4.63      | 0.16 | -77.395 | 179 | .000*   | -1.44025 | -1.36864 |
| ออกกำลังกาย | 3.31      | 0.53 | 4.54      | 0.61 | -21.818 | 179 | .000*   | -1.33277 | -1.11168 |
| สิ่งแวดล้อม | 3.28      | 0.30 | 4.64      | 0.33 | -39.023 | 179 | .000*   | -1.43111 | -1.29334 |
| ช่องปาก     | 3.21      | 0.24 | 4.59      | 0.29 | -59.353 | 179 | .000*   | -1.42645 | -1.33466 |
| รวม         | 3.26      | 0.17 | 4.60      | 0.19 | -75.662 | 179 | .000*   | -1.37737 | -1.30735 |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลกกตูม อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 กับ เดือน กันยายน 2564 พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 โดยที่ เดือน กันยายน 2564 มีพฤติกรรมสุขภาพชุมชนผู้สูงอายุ ดีกว่า เดือน ตุลาคม 2563 ( t มีค่าเป็นลบ)

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (ตุลาคม 2563) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง จึงได้มีการจัดกิจกรรมในรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพช่องปาก และสอดแทรกในกิจกรรมของชุมชนตามฮีตสิบสอง ได้แก่ การ ประกวดต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพ การละเล่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ และการให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพ<sup>3,7</sup> สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557)<sup>8</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ในชุมชน กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกนนำชุมชนอย่างแท้จริง 2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุโดยทีมวิจัย 3) การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 5) การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิพากษ์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างหลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ

รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยแบบบูรณาการครั้งนี้ คือ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในลักษณะองค์รวม ควรให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการรักษา/ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่สอดคล้องครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม/วัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ที่เมือง-ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (กันยายน 2564) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 กับ เดือน กันยายน 2564 โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือน กันยายน 2564 มีพฤติกรรมสุขภาพชุมชนผู้สูงอายุ ดีกว่า เดือน ตุลาคม 2563 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560)<sup>9</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลสุขภาพ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสันติภาพ ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ย

หลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.22$  ; $p\text{-value} < .001$ )

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ  
ควรศึกษาและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุก่อนเพื่อให้ทราบถึง ปัญหาในการดูแล

สุขภาพ แล้วจึงกำหนดแนวทางแก้ไข ซึ่งจำเป็นต้อง  
กำหนดร่วมกับตัวผู้สูงอายุเอง ให้สอดคล้องกันกับ  
บริบทและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2. ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ  
ควรมีการศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะ  
ยาวร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแล  
สุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. บทความวิชาการ สำนักวิชาการสำนักงาน  
เลขาธิการวุฒิสภา. (สืบค้นจาก [library.senate.go.th](http://library.senate.go.th))
2. ธนาภรณ์ จิตตินันทน์และณัฏฐา กุลนาถศิริ. (2560). ถอดบทเรียนนโยบายรับมือสังคมสูงวัยจากต่างประเทศ.  
สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย (<http://themoment.om.co/happy.lifeaging.society>.)
3. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ  
(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2558
4. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. “ปัจจัยที่มีผลต่อการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ”. วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วย  
การศึกษา สหประชาชาติ. ปีที่ 31 ฉบับที่ 1-2 (ม.ค.-มิ.ย. 2542) .2542.หน้า 32-36.
5. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บรรณาธิการ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. มูลนิธิสถาบันวิจัยและ  
พัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2553.
6. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
7. อัมพร เบญจพลพิทักษ์,กาญจนา วณิชรมณีย์ และพรณี ภาณุวัฒน์สุข(บรรณาธิการ). คู่มือ โปรแกรม 16 สัปดาห์  
เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ(พิมพ์ครั้งที่ 1).นนทบุรี:สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2555.
8. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์; วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์; พัชรี วินิจจะกุล; วราพร  
ศรีสุพรรณ; สุพัตรา ศรีวิชชากร. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ  
แบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2562
9. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ  
จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560

การศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

A study of the effects of pharmaceutical care on the control of asthma in outpatients Don Tum  
Hospital, Nakhon Pathom Province

(Received: July 29,2022 ; Accepted: August 28,2022)

ประภา ทรงเดชไกรวุฒิ<sup>1</sup>  
prapha Songdachakaiwut

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลดอนตูม โดยวิเคราะห์ถึงประเภทและความถี่ของปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบในผู้ป่วยประเมินการใช้ยาสูดพ่น และศึกษาผลลัพธ์การเกิดอาการหอบหืดของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดอนตูม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 2560 – 2562 จำนวน 85 คน เก็บข้อมูลจาก OPD Card Asthma Clinic แบบบันทึกการใช้ยา แบบบันทึกประเภทปัญหาจากการใช้ยาและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย และแบบประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น (MDI, DPI) ของโรงพยาบาลดอนตูมวิเคราะห์ข้อมูล โดย สถิติเชิงพรรณนา ( Descriptive Statistics ) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นซึ่งพิจารณาจากข้อมูลการเข้ารับการรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันในช่วงปีแรกและปีที่สองของการดำเนินงานเทียบกับช่วง 1 ปีก่อนเริ่มงานดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลงร้อยละ 70.97 2) จำนวนครั้งของเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลงร้อยละ 75.00 3) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ลดลงร้อยละ 78.95 4)จำนวนครั้งของเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ลดลงร้อยละ 73.33 5) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลงร้อยละ 88.68 6) จำนวนครั้งของเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลงร้อยละ 85.14

คำสำคัญ : การบริหารทางเภสัชกรรม โรคหืดของผู้ป่วยนอก

Abstract

This study was action research aimed to effect of pharmaceutical care in asthmatic patients treated in Don Tum Hospital. It analyzes the type and frequency of drug problems found in patients. Evaluate the use of the inhaler. And to study the outcomes of asthma symptoms of patients by comparing the results before and after the pharmacy care operation. Sample size were 85 patients who were diagnosed by a doctor as having asthma and were admitted to Don Tum Hospital, Don Tum District, Nakhon Pathom Province during the year 2017 – 2019. Data were collected from OPD Card Asthma Clinic, medication record form Form for recording

<sup>1</sup> โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

problems of drug use and counseling for specific patients and the inhaler technique evaluation form (MDI, DPI) of Don Tum Hospital. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency distribution and percentage

The results showed that patients had better clinical outcomes based on information on admissions for acute asthma attacks during the first and second year of operation compared to the one year prior to the start of work as follows: 1) There was a 70.97% reduction in the number of patients admitted to the emergency room with acute severe asthma. 2) The number of visits to the emergency room with acute asthma was reduced by 75.00%. 3) Patients admitted to the emergency room with repeated acute asthma attacks within 48 hours decreased by 78.95%. 4) The number of visits to the emergency room with repeated acute asthma attacks within 48 hours decreased by 73.33% 5) The number of patients admitted to the ward with acute severe asthma decreased by 88.68% 6) The number of visits to the hospital for acute asthma attacks decreased by 85.14%.

Keyword : Pharmaceutical care , Outpatient asthma

## บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อเด็กป่วยโรคเรื้อรังและแนวทางการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผล กระทบต่อเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดและระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคอ้วน และผู้ป่วยที่มี ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือใช้ยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น โดยจะส่งผลกระทบมากหรือน้อยแตกต่างกันไปตามอาการ ของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค แต่ในบทความนี้จะขอยกกล่าวถึงเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็กและเป็นโรค ที่มีความเกี่ยวเนื่องกับการตายของเด็กที่ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งสามารถสรุปมาได้ 3 กลุ่มโรค โดยมีรายละเอียด ดังนี้คือ 100 Volume 23 No.2 July – December 2021 VAJIRA NURSING JOURNAL 1. เด็กป่วยโรคหอบหืด ผลกระทบเมื่อเด็กป่วยโรคหอบหืดเกิดการติดเชื้อ COVID-19 โรคหอบหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยเด็กป่วยโรคหอบหืดระดับปาน กลางถึงรุนแรงและเด็กป่วยโรคปอดเรื้อรัง เช่น โรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด (Bronchopulmonary dysplasia: BPD) และโรคซิสติกไฟโบรซิส (Cystic fibrosis) เป็นต้น อาจมีอาการและอาการแสดงของโรค รุนแรงมากกว่าเด็กปกติเมื่อมีการติดเชื้อ

COVID-19 เนื่องจาก 80% ของการเกิดอาการหอบหืดเกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งรวมถึงโคโรนาไวรัสด้วยโดยเชื้อจะไปกระตุ้นระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดอาการหอบหืดและอาจทำให้เกิด ภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันได้ ส่วนในเด็กป่วยโรคปอดเรื้อรังโคโรนาไวรัส อาจทำให้โรคปอดกำเริบหนักขึ้น ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลการศึกษาที่เพียงพอเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อ COVID-19 ในเด็กป่วยโรคหอบหืด แต่พบแนวโน้มการเจ็บป่วยรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าในเด็กป่วยโรคหอบหืดชนิดรุนแรงที่ไม่ได้ใช้ยา พ่นประจำเพื่อคุมอาการ ซึ่งลักษณะอาการทางคลินิกของการติดเชื้อ COVID-19 ในเด็กและผู้ใหญ่จะมีความ แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคหอบหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยเด็กป่วยโรคหอบหืดระดับปาน กลางถึงรุนแรงและเด็กป่วยโรคปอดเรื้อรัง เช่น โร ค ป อ ด เรื้อ ร ัง ใน ท า ร ก แร ก ก ่ ก ่ ด (Bronchopulmonary dysplasia: BPD) และโรคซิสติกไฟโบรซิส (Cystic fibrosis) เป็นต้น อาจมีอาการและอาการแสดงของโรค รุนแรงมากกว่าเด็กปกติเมื่อมีการติดเชื้อ COVID-19 เนื่องจาก 80% ของการเกิดอาการหอบหืดเกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งรวมถึงโคโรนาไวรัสด้วยโดยเชื้อจะไปกระตุ้นระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการหอบหืดและ

อาจทำให้เกิด ภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันได้ ส่วนในเด็กป่วยโรคปอดเรื้อรังโคโรนาไวรัส อาจทำให้โรคปอดกำเริบหนักขึ้น ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลการศึกษาที่เพียงพอเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดเชื้อ COVID-19 ในเด็กป่วยโรคหอบหืด แต่พบแนวโน้มการเจ็บป่วยรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าในเด็กป่วยโรคหอบหืดชนิดรุนแรงที่ไม่ได้ใช้ยา พ่นประจำเพื่อคุมอาการ ซึ่งลักษณะอาการทางคลินิกของการติดเชื้อ COVID-19 ในเด็กและผู้ใหญ่จะมีความแตกต่างกัน<sup>1</sup>

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมมีผลทำให้มีการอุดกั้นของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หรือหอบเหนื่อย ซึ่งจะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น<sup>1</sup> โรคนี้มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก<sup>2</sup> และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย จากข้อมูลของ Global Initiative for Asthma หรือ GINA พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก และจากการเพิ่มสัดส่วนประชากรในเมืองทั่วโลกที่ประมาณการไว้จากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 59 ภายในปี พ.ศ. 2568 นั้นมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรงในอีกสองทศวรรษข้างหน้า โดยคาดการณ์ว่าอาจมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 100 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568<sup>(3)</sup> โดยในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหืดถึงร้อยละ 10-12 ในเด็กและร้อยละ 6.9 ในผู้ใหญ่ โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูง จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดเพิ่มขึ้นทุกปีนับตั้งแต่ 66,679 คน ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 102,245 คน ในปี พ.ศ. 2545 และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหืด 806 คน ในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 1,697 คน ในปี พ.ศ. 2546<sup>4</sup> ซึ่งมีแนวโน้มเดียวกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตอน-ตุมโดยพบว่า มีผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับการรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันจำนวน 234 ราย คิดเป็น 51.65 % ของผู้ป่วยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2553 และ 297 ราย คิดเป็น

55.13 % ของผู้ป่วยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2554 อีกทั้งมีผู้ป่วยเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 76 ครั้งในปี พ.ศ. 2553 และ 82 ครั้งในปี พ.ศ. 2554 ร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวรักษาต่อ 4 รายในปี พ.ศ. 2553 และ 7 รายในปี พ.ศ. 2554

เป้าหมายในการรักษาโรคหืดที่ GINA ได้ตั้งไว้คือผู้ป่วยไม่ควรจะมีอาการหอบ ไม่หอบในช่วงกลางคืน ไม่ต้องไปห้องฉุกเฉินเพราะอาการหอบ มีสมรรถภาพปอดเป็นปกติโดยปราศจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยา<sup>5</sup> ทั้งนี้การรักษาด้วยยาเป็นรูปแบบการรักษาที่ใช้มากที่สุดในการบำบัดรักษาโรค หากการใช้ยาไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้<sup>6</sup> เกสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำหน้าที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่จะเกิดกับผู้ป่วย<sup>7</sup> โดยในการศึกษานี้พบปัญหาผู้ป่วยใช้ยาสุดพ่นไม่ถูกต้อง ปัญหาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน-ที่หอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันจำนวนมาก อีกทั้งปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้น ผู้ทำการศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญของการนำหลักการบริบาลทางเภสัชกรรมมาปฏิบัติในโรงพยาบาลและเป็นการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยด้านยาเพื่อทำการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจึงได้ดำเนินการศึกษานี้ขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตอนตุม โดยวิเคราะห์ถึงประเภทและความถี่ของปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบในผู้ป่วย ประเมินการใช้ยาสุดพ่น และศึกษาผลลัพธ์การเกิดอาการหอบหืดของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรม
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการทำงาน และใช้ประกอบการกำหนดนโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติเพื่อให้

ผู้ปฏิบัติงานได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด และเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลต่อเนื่องต่อไป

## วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีเพื่อศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนตูม ซึ่งเดิมพบว่าเมื่ออัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน/ที่หอผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนหลักในการดำเนินการ

1. ทบทวนและรวบรวมข้อมูลที่เก็บย้อนหลัง 1 ปีก่อนจะมีการศึกษา (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบกับข้อมูลหลังดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม
2. คัดกรองผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคหืดอย่างง่าย ตามเกณฑ์คัดเข้าและอิงเกณฑ์ที่สปสข. กำหนดซึ่งมีทุกวันพฤหัสบดีเวลา 13.30– 16.30 น.
3. กำหนดขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรร่วมกับสหวิชาชีพต่อผู้ป่วยโรคหืด
4. ให้การบริหารทางเภสัชกรรมและเก็บข้อมูลด้าน 1) จำนวนคน/จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน 2) ทักษะการใช้ยาเทคนิคพิเศษ (MDI และ DPI) โดยใช้แบบประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นที่จัดทำขึ้นเอง 3) ปัญหาจากการใช้ยา
5. นำข้อมูลที่ได้อิงเกณฑ์รวบรวมทำเอกสารวิชาการและนำเสนอตามลำดับขั้นตอน

การดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 (ช่วงก่อนดำเนินการศึกษา) ของผู้ป่วยจำนวน 106 คนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดอนตูม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม นำมาคัดกรองโดยอิงเกณฑ์ที่สปสข.กำหนดและตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดขึ้นในการศึกษานี้ เพื่อเข้าร่วมคลินิกโรคหืด

อย่างง่าย (Easy Asthma Clinic) ซึ่งมีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์จำนวน 85 คน

**เกณฑ์การคัดเข้า** 1) มีผลการวินิจฉัยจากแพทย์ยืนยันว่าเป็นโรคหืด (Asthma) 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการรักษาโรคหืดที่เป็น steroid inhaler มาอย่างน้อย 1 เดือน 4) สามารถติดตามข้อมูลได้ 5) ได้รับการติดตามระหว่างระยะเวลาที่ศึกษาอย่างน้อย 4 ครั้ง 6) สิทธิการรักษา UC

**เกณฑ์การคัดออก** 1) ผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัดต่างประเทศ หรือให้ญาติมารับยาแทนที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบซึ่งเกิดจากภาวะของโรคดังนี้ร่วมด้วยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหัวใจล้มเหลวระดับที่ 4 โรคไตเสื่อมระยะสุดท้าย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบการประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น (MDI, DPI) ของโรงพยาบาลดอนตูม
2. แบบ OPD Card Asthma Clinic ตามโครงการสปสข. ประกอบด้วย 1) ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา (first visit) โรงพยาบาลดอนตูม 2) ASTHMA / COPD แบบประเมินผลการรักษา โรงพยาบาลดอนตูม 3) OPD Card Easy Asthma clinic โรงพยาบาลดอนตูม

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูล ผู้ป่วยจำนวน 85 คน ระหว่าง ช่วงที่ 1 วันที่ 1 ตุลาคม ปี 2560 – 30 กันยายน 2561 และ ช่วงที่ 2 คือ 1 ตุลาคม ปี 2561 – 30 กันยายน 2562 เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างข้อมูลที่เก็บย้อนหลัง 1 ปีก่อนจะมีการศึกษา (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560) จาก OPD Card Asthma Clinic เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพิจารณาการเปลี่ยนแปลงหลังดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม

2. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แล้วบันทึกลงใน OPD Card Asthma Clinic (Appendix 1-3) ทุกวัน

พฤษภาคม เวลา 13.30 น. – 16.30 น. ซึ่งเป็นเวลาที่เปิดคลินิกโรคหืดอย่างง่าย แบบบันทึกประเภทปัญหาจากการใช้ยาและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและแบบบันทึกการใช้ยา โดยเก็บก่อนและหลังให้คำปรึกษาด้านยา

3. คัดลอกข้อมูลการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน/รับการรักษาที่หอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน/หอบซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงจาก OPD Card Asthma Clinic ซึ่งบันทึกโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินในช่วงนอกเวลาที่ห้องยาเปิด

### การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์หาจำนวนความถี่ และร้อยละของข้อมูล

### การประเมินผล

1. การประเมินความถูกต้องของการใช้ยาสุตพ่น
2. แบบ OPD Card Asthma Clinic ตามโครงการสปสข. (ภาคผนวก)
3. การประเมินปัญหาจากการใช้ยา ได้จัดแบ่งประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาตามระบบของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 5.01 ในการศึกษาเป็นการรวบรวมประเภทปัญหาเรื่องการให้ยาและสาเหตุของปัญหาที่พบระหว่างที่ดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมในระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล

### การวัดผลลัพธ์ของการรักษา

เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 85 คน ระหว่าง ช่วงที่ 1 วันที่ 1 ตุลาคม ปี 2560 – 30 กันยายน 2561 และ ช่วงที่ 2 คือ 1 ตุลาคม ปี 2561 – 30 กันยายน 2562 กับข้อมูลที่เก็บย้อนหลัง 2 ปีก่อนจะมีการศึกษา (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560) โดยเก็บผลลัพธ์เหล่านี้

- จำนวนคน/จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน

- จำนวนคน/จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน ซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

- จำนวนคน/จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน

- จำนวนคน/จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 28 วัน

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินการใช้ยาสุตพ่น (คะแนนประเมินมากกว่า 80%)

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมการศึกษ โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหืด จากการรวบรวมข้อมูลที่เก็บย้อนหลัง 1 ปีก่อนจะมีการศึกษา (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560) พบผู้ป่วยทั้งหมด 106 คน นำมาคัดกรองเข้าคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในการศึกษานี้ได้จำนวน 85 คน (การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทั้งหมดในการศึกษานี้เป็นข้อมูลของผู้ป่วย 85 รายเดิม) แบ่งเป็น ชาย 34 คน คิดเป็นร้อยละ 40 หญิง 51 คน คิดเป็นร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 42 ปี ช่วงเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคหืด 14 ปี นอกจากนั้นยังพบปัญหาโรคเรื้อรังที่เป็นร่วมกันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 6 คน โรคไขมันในเลือดสูง 3 คน โรคเบาหวาน 3 คน และโรคไทรอยด์ 2 คน ประวัติการแพ้ยาพบผู้ป่วยแพ้ยา roxithromycin, salbutamol, penicillin, ibuprofen และ cotrimoxazole ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 68.24, 16.47 และ 15.29 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 83.53 ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่มีร้อยละ 16.47 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 12.94 หยุดสูบแล้ว

**2. การประเมินปัญหาจากการใช้ยา** การประเมินปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบประเมินจากการจัดประเภทปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาตามระบบของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 5.01 พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 134 ครั้ง เมื่อพิจารณาหมวดหลักของปัญหาพบว่าแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 ปัญหาที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ 1) ปัญหาจากการเลือกใช้ยา (Drug Choice Problem) ประเภทรูปแบบยาไม่เหมาะสม (P2.2) 34 ครั้ง และประเภทยาไม่ได้ถูกสั่งใช้ให้แก่ผู้ป่วยจริงๆที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน 3 ครั้ง 2) ปัญหาเกี่ยวกับขนาดยา (Dosing Problem) ประเภชช่วงเวลาของการได้รับยาสั้นเกินไป (P3.2) 4 ครั้ง

2.2 ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Reactions) ประเภเกิดผลข้างเคียงจากยาแบบ ไม่แพ้ (P1.1) 12 ครั้ง 2) ปัญหาการใช้ยา (Drug Use Problem) ประเภผู้ป่วยไม่รับประทาน/ใช้ยาในทุกกรณี (P4.1) 18 ครั้งและประเภผู้ป่วยรับประทาน/ใช้ยาผิดตัว (P4.2) 39 ครั้ง 3) ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษาแม้ว่าจะได้รับยาเหมาะสมแล้ว (P6.1) 2 ครั้ง 4) การไม่ตระหนักถึงสุขภาพและโรคที่ผู้ป่วยเป็น (นำมาซึ่งปัญหาในอนาคต) (P6.2) 16 ครั้ง 5) ผู้ป่วยบอกอาการไม่ชัดเจน หรือบอกไม่หมด จำเป็นต้องซักประวัติหรือหาข้อมูลเพื่อให้เกิด ความชัดเจน (P6.3) 6 ครั้ง

หลังจากพบปัญหาจากการใช้ยา เกสซ์กรได้ให้การบริบาลเภสัชกรรมแล้วพบว่าความถี่ของปัญหาที่พบมีจำนวนลดลง จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าปัญหาที่แก้ไขได้น้อยที่สุดคือปัญหาการสื่อสารของผู้ป่วยสูงอายุ/ผู้ป่วยเด็กที่ญาติไม่ได้ดูแลใกล้ชิด ซึ่งจำเป็นต้องซักประวัติหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม (ลดลงร้อยละ 50) โดยได้ประสานร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลออกเยี่ยมและซักประวัติวิเคราะห์สาเหตุเพิ่มเติมทั้งเรื่องโรคและยา

เมื่อพิจารณาหมวดสาเหตุของปัญหาพบว่า มีสาเหตุจากการเลือกใช้ยาหรือเลือกขนาดยา (drug/dose selection) สาเหตุจากกระบวนการใช้ยา (drug use process) และสาเหตุจากข้อมูล/ความรู้ (information)

**3. การประเมินการใช้ยาสุุดพ้น** การประเมินการใช้ยาสุุดพ้นของผู้ป่วยโรคหืดครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยผ่านการประเมิน 52 คน (ร้อยละ 61.18) การประเมินครั้งที่ 2 มีผู้ป่วยผ่านการประเมิน 74 คน (ร้อยละ 87.06) การประเมินครั้งที่ 3 มีผู้ป่วยผ่านการประเมิน 82 คน (ร้อยละ 96.47) และประเมินครั้งที่ 4 (เพราะยังมีผู้ป่วยที่ยังไม่ผ่านการประเมินอยู่ จึงเก็บข้อมูลการประเมินครั้งที่ 4 จาก visit ต่อไปที่ผู้ป่วยมา) ผู้ป่วยทุกคนในคลินิกสามารถผ่านการประเมินการใช้ยาสุุดพ้นได้ ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการใช้ยาสุุดพ้น

| ครั้งที่ประเมิน | จำนวนผู้ป่วย (คน) | ผลการประเมิน |        |              |        |
|-----------------|-------------------|--------------|--------|--------------|--------|
|                 |                   | ผ่าน (คน)    | ร้อยละ | ไม่ผ่าน (คน) | ร้อยละ |
| ครั้งที่ 1      | 85                | 52           | 61.18  | 33           | 38.82  |
| ครั้งที่ 2      | 85                | 74           | 87.06  | 11           | 12.94  |
| ครั้งที่ 3      | 85                | 82           | 96.47  | 3            | 3.53   |
| ครั้งที่ 4      | 85                | 85           | 100.00 | 0            | 0.00   |

**4. ผลลัพธ์ด้านการเข้ารับการรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน** การเปรียบเทียบการเข้ารับการรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันในช่วงปีแรกและปีที่สองของการดำเนินงานเทียบกับช่วง 1 ปีก่อนเริ่มงานพบว่า

- จำนวนคนที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดจากช่วง 1 ปีก่อนศึกษา (62 คน) เทียบกับช่วงที่ 2 ของการศึกษา (18 คน) ลงร้อยละ 70.97

- จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดจากช่วง 1 ปีก่อนศึกษา (72 ครั้ง) เทียบกับช่วงที่ 2 ของการศึกษา (18 ครั้ง) ลงร้อยละ 75.00

- จำนวนคนที่เข้ารับการรักษาทันทีห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงลดจากช่วง 1 ปีก่อนศึกษา (19 คน) เทียบกับช่วงที่ 2 ของการศึกษา (4 คน) ลงร้อยละ 78.95

- จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาทันทีห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงลดจากช่วง 1 ปีก่อนศึกษา (30 ครั้ง) เทียบกับช่วงที่ 2 ของการศึกษา (8 ครั้ง) ลงร้อยละ 73.33

- จำนวนคนที่เข้ารับการรักษาทันทีหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดจากช่วง 1 ปีก่อนศึกษา (53 คน) เทียบกับช่วงที่ 2 ของการศึกษา (6 คน) ลงร้อยละ 88.68

- จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาทันทีหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดจากช่วง 1 ปีก่อนศึกษา (74 ครั้ง) เทียบกับช่วงที่ 2 ของการศึกษา (11 ครั้ง) ลงร้อยละ 85.14

**ตารางที่ 2** ข้อมูลการเข้ารับการรักษภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันในช่วงก่อนการศึกษา 1 ปี และช่วงที่ทำการศึกษา (ช่วงที่ 1 และ 2) ของผู้ป่วย 85 คน

| ข้อมูลการเข้ารับการรักษภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน                                   | ช่วง 1 ปีก่อนทำการศึกษา |            | ช่วงที่ 1 |            | ช่วงที่ 2 |            | ร้อยละการลดลงจากช่วง 1 ปีก่อนศึกษายังช่วงที่ 2 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------------------------------------------|------------|
|                                                                                 | จำนวนคน                 | จำนวนครั้ง | จำนวนคน   | จำนวนครั้ง | จำนวนคน   | จำนวนครั้ง | จำนวนคน                                        | จำนวนครั้ง |
| การเข้ารับการรักษาทันทีห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน                    | 62                      | 72         | 41        | 50         | 18        | 18         | 70.97                                          | 75.00      |
| การเข้ารับการรักษาทันทีห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง | 19                      | 30         | 10        | 14         | 4         | 8          | 78.95                                          | 73.33      |
| การเข้ารับการรักษาทันทีหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน                      | 53                      | 74         | 27        | 49         | 6         | 11         | 88.68                                          | 85.14      |
| การเข้ารับการรักษาทันทีหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 28 วัน       | 12                      | 14         | 8         | 15         | 8         | 14         | 33.33                                          | 0          |

หมายเหตุ: การนับจำนวนครั้ง อาจนับซ้ำในผู้ป่วยคนเดียวก็ได้

### สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 85 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิงในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก National Heart, Lung and Blood

Institute/World Health Organization<sup>8</sup> ที่พบว่าในผู้ใหญ่จะพบโรคหืดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยในการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล 3 ชุดคือ

1. การประเมินปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน PCNE classification scheme for drug related

โดยเมื่อเปรียบเทียบจำนวนคนกับจำนวนครั้งจะเห็นว่าร้อยละของการลดลงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีห้องฉุกเฉินนั้นไม่ได้แตกต่างกันมาก แสดงว่าจำนวนคนกระจายไปใกล้เคียงกับจำนวนครั้ง ไม่ได้มีผู้ป่วยรายใดรายหนึ่งที่เข้ารับการรักษาทันทีห้องฉุกเฉินถึงกว่าปกติ ส่วนข้อมูลการเข้ารับการรักษาทันทีหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 28 วันมีจำนวนผู้ป่วย/จำนวนครั้งของการรักษายังลดลงไม่มากจากก่อนทำการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งเมื่อพิจารณารายบุคคลพบว่าผู้ป่วย 8 คนในช่วงที่ 3 เป็นบุคคลเดิมกับใน 12 คนในช่วงที่ 1 โดยพบว่าสาเหตุที่มารักษาบ่อยเกิดจาก เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นบ้านติดโรงงานยาง ประกอบอาชีพเลี้ยงหมู เป็นต้น ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

1. การประเมินปัญหาจากการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน PCNE classification scheme for drug related

problems version 5.01 พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 134 ครั้ง โดยแบ่งเป็นปัญหาจากตัวผู้ป่วย และปัญหาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยรับประทาน/ใช้ยาผิดตัว (ร้อยละ 29.10) โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่หลังจากเภสัชกรดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมทำให้ปัญหานี้ลดลงถึงร้อยละ 66.67 ( 39 ครั้งเหลือ 13 ครั้ง) ในส่วนปัญหาจากบุคลากรทางการแพทย์ปัญหาที่พบมากคือแพทย์เลือกใช้รูปแบบยาไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย (ร้อยละ 25.37) และเมื่อแก้ไขแล้วทำให้ปัญหานี้ลดลงถึงร้อยละ 67.65 ( 34 ครั้งเหลือ 11 ครั้ง) โดยปัญหาอื่นๆที่พบก็มีแนวโน้มลดลงหลังจากเภสัชกรดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมแล้วเช่นกัน ดังกล่าวนี้นี้จะเห็นว่าปัญหาจากการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากตัวผู้ป่วย เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นการที่เภสัชกรได้เข้ามาดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืด ทำให้สามารถ ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย และร่วมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งสามารถป้องกันปัญหาจากการใช้ยาได้

2. การประเมินการใช้ยาสูดพ่น หลังจากทำการประเมินทั้ง 4 ครั้ง ผู้ป่วยทั้ง 85 คนสามารถผ่านการประเมิน (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80) โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาสูดพ่นได้อย่างถูกต้องมากขึ้นโดยเฉพาะเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น โดยพบว่าความผิดพลาดของเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยที่ผิดมากที่สุดได้แก่ การหายใจเอายาเข้าไปในปอดใช้เวลาเร็วและสั้นเกินไปและไม่เขย่าขวดยาก่อนพ่นยาสำหรับยาสูดพ่นชนิด MDI และการไม่มีแรงสุดสำหรับยาสูดพ่นชนิด DPI รวมทั้งการไม่ให้ความสำคัญกับการแปรงฟัน/บ้วนปากหลังใช้ยาสูดพ่นที่เป็น steroid

3. ผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดในการค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการประเมินการใช้ยาสูดพ่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการ

ใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นซึ่งพิจารณาจากข้อมูลการเข้ารับการรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันในช่วงปีแรกและปีที่สองของการดำเนินงานเทียบกับช่วง 1 ปีก่อนเริ่มงาน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลง จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ลดลง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ลดลง จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันลดลง ส่วนจำนวนการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลันซ้ำภายใน 28 วัน ยังใกล้เคียงจากเดิมอยู่เนื่องจากมีปัจจัยด้านอายุ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุกระตุ้นอาการหอบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากผลการศึกษาถึงการจัดการปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหืด อย่างง่าย โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม สามารถสรุปได้ว่าการค้นหาปัญหา และการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปัญหาโดยการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรจะสามารถลดและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยเภสัชกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วย เข้าใจและเห็นความสำคัญของการใช้ยา เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การสอน ทบทวน และ ประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น และการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขหรือป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่งผลให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดมีประสิทธิภาพ เภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขา

วิชาชีพ จึงควรให้ความสำคัญและพัฒนาบทบาทในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย<sup>9-16</sup>

### ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหาอุปสรรค

1. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและการประเมินทักษะการใช้เทคนิคพิเศษ อาศัยการสัมภาษณ์และการสังเกตของผู้ทำการศึกษเป็นหลัก ดังนั้นการค้นพบปัญหาจึงขึ้นกับทักษะและความชำนาญของผู้ทำการศึกษา

2. พบว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยรายใหม่ 1 ราย ใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที ทำให้เกิดความไม่สะดวกต่อผู้ป่วย และบางรายไม่มาตามนัดทำให้เกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูล

3. เนื่องจากยาสูดพ่นรูปแบบ metered dose inhaler ของโรงพยาบาลดอนตูมไม่มีเครื่องนับจำนวนครั้งในการกดใช้ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบปริมาณยาที่เหลืออยู่ จึงอาจแนะนำการทดสอบปริมาณยาที่เหลือโดยนำขวดยาสูดพ่นไปใส่ในภาชนะที่มีน้ำอยู่ และสังเกตการทำมูม เช่น ถ้าขวดยาสูดพ่นจมลงก้นภาชนะ แสดงว่ายังมียาอยู่เต็ม ถ้าขวดยาสูดพ่นลอยขนานกับผิวน้ำ แสดงว่ายากหมดแล้ว ถ้าขวดยาสูดพ่นลอยทำมุมต่างๆกับผิวน้ำ แสดงว่ายังมียาเหลืออยู่ในปริมาณต่างๆกัน เป็นต้น อย่างไรก็ตามวิธีการทดสอบดังกล่าวไม่สามารถระบุปริมาณที่แน่นอนได้เมื่อหลอดยาลอยทำมุมต่างๆ ดังนั้นจึงอาจแนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกการใช้ยาต่อวันหรือเภสัชกรอาจทำช่องบอกจำนวนติดไว้ที่กล่องยาตามปริมาณยาที่ใช้ได้เช่น 200 ช่องสำหรับยาสูดพ่น budesonide<sup>®</sup> หรือ 120 ช่องสำหรับยาสูดพ่น seroflo evohaler<sup>®</sup> แล้วแนะนำให้ผู้ป่วยขีดที่ช่องตามจำนวนครั้งที่กดพ่นยา หากขีดครบทุกช่องแล้วแสดงว่ายากหมด

### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยรายใหม่ 1 ราย ใช้เวลานานอย่างน้อย 20 นาที ดังนั้นการให้ความรู้โดยรวม (ด้านโรค ด้านยา และด้านปัจจัยกระตุ้น ) อาจจัดทำเป็นวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วยชมขณะนั่งรอรับบริการตรวจจากแพทย์ ส่วนการประเมินทักษะการใช้ยาเทคนิคพิเศษและประเมินด้านความร่วมมือในการใช้ยายังคงต้องใช้วิธีสัมภาษณ์รายบุคคลเหมือนเดิมนอกจากนี้การสอนทักษะการใช้ยาเทคนิคพิเศษ อาจเน้นเฉพาะขั้นตอนที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่ายาสูดพ่นรูปแบบ metered dose inhaler ต้องเน้นให้ผู้ป่วยกดยาพร้อมสูดหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ และต้องเขย่ากระบอกยาก่อนใช้ทุกครั้ง สำหรับยาสูดพ่นรูปแบบ dry powder inhaler ชนิด accuhaler ต้องแนะนำผู้ป่วยให้ระวังขั้นตอนก่อนการสูดยาด้วยจังหวะหายใจออกก่อนสูดยาห้ามเป่าลมหายใจเข้าไปในช่องสูดยา และการสูดยารวมให้ผู้ป่วยสูดยาเร็วๆแรงๆ และไม่จำเป็นต้องกลืนหายใจ รวมทั้งเน้นความสำคัญของการทำความสะอาดช่องปากหลังพ่นยาสูดพ่นที่มี steroid นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสูดพ่นที่แตกต่างกันร่วมกันจะมีความสับสนในการใช้ยาบางขั้นตอนสลับกัน ผู้ป่วยที่เคยปฏิบัติได้ถูกต้องอาจปฏิบัติไม่ถูกต้องในการประเมินครั้งต่อไปได้ ดังนั้นเภสัชกรควรประเมินการใช้ยาเทคนิคพิเศษเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

### ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลที่ได้จากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคอื่นของโรงพยาบาลดอนตูม

2. การศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยในระบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ของโรงพยาบาลดอนตูม

3. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและจำนวนของปัญหาของการใช้ยาในระบบปกติกับระบบที่มีการบริบาลทางเภสัชกรรม

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค .(2020) “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 ” [ ออนไลน์ ]. เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.3.cdcnet.moph.go.th/> ( 1 March. 2020).
2. Global Initiative for Asthma.(2012) **Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO [Internet].** revised 2006. [cited 2012 Feb 1]. Available from: [http://www.who.int/respiratory/asthma/GINA\\_WR\\_2006\\_copyright%5B1%5D.pdf](http://www.who.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright%5B1%5D.pdf)
3. Global Initiative for Asthma.(2006) **Global burden of Asthma[Internet].** [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINABurdenReport.pdf>
4. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M.(1998). **Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires.** J Med Assoc Thai 1998 81:175-84.
5. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al.(2004) **Survey of asthma control in Thailand.** Respirology 2004;9 :373-8.
6. ปรีชา มณฑการติกุล.(2551) **What is missing in drug use process.** วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2551;18:291-95.
7. สุนี เลิศสินอุดม.(2549) **การบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคหืด.** การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). National asthma education and prevention program expert panel report 3 [Internet]. 2007. [cited 2012 Feb 6]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>
9. อนัญญา สองเมือง ธัญญา สองเมือง.(2563). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดที่มีปัญหาการใช้ยา ร่วมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการบันทึกและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 29(5) 876-83
10. ณัฐวรรณ เลิศภานิชิต.(2557). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลดอกคำใต้. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 23(1) 37-44
11. กฤติมา โภชนสมบูรณ์.(2564). ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. **วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง** 65(1) 73-82
12. ผ่องศรี พัววรานุเคราะห์.(2554) การบริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ **วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์** 7(1) 33-41
13. ปริญญ์ พลเสน.(2556). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลพร้าว จังหวัด เชียงใหม่. **วารสารสาธารณสุขล้านนา** 9(3) 151-65

## ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

### Treatment system for severe multidrug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB) by community participation, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province

(Received: July 25,2022 ; Accepted: August 23,2022)

ชัยวัฒน์ ฟาสว่าง<sup>1</sup>

Chaiwat Fasawang

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ศึกษาความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย และระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง ธันวาคม 2562 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทน อบต. และประชาชนในพื้นที่ จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลจากรายงานการสอบสวนโรค และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา ( Descriptive Statistics ) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ( Frequency Distribution ) ร้อยละ ( Percentage ) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (  $\bar{x}$  ) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) Dependent t-test และ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) จำนวน 1 ราย ระดับความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่ายก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยหายจากโรค (อัตราการรักษาสำเร็จ 100%) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรอง ครบ 100% ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อสม. อบต. เพื่อนบ้านไม่รังเกียจ ไม่ตีตรา

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) การมีส่วนร่วมของชุมชน

#### ABSTRACT

This research was action research aimed to study the incidence of severe multidrug-resistant TB (Pre XDR TB). To determine the comprehension of the treatment regimen for patients with severe multiple-drug-resistant TB (Pre XDR TB). And treatment system for severe multidrug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB) by community participation, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province. Length of study Between September 2019 and December 2019, a total of 4 months. Sample size were 40 village partnership network found in severe multidrug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB) in Nam Yuen District Ubon Ratchathani Province, which includes public health volunteers, community leaders,

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

local government representatives and people in the area. Collect data from disease investigation reports and questionnaires. Data were analyzed by Descriptive statistics were frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation Dependent t-test and Content Analysis.

The results showed that one patient with severe multidrug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB) was found. Level of comprehension of the treatment system for patients with severe multiple drug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB) of network partners prior to implementation Overall and each aspect was at a middle level. After the operation is at the very much level. And when comparing the understanding of the treatment system for patients with severe multiple drug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB) of the network partners before and after the operation overall and in each aspect there was a statistically significant difference at the .05 level, with the mean more after the operation than before. The patient recovered from the disease (Success rate 100%) People who come in contact with the house are screened, complete 100%, are taken care of by the hospital, PHSC, sub-district administrative organizations, neighbors are not disgusted, do not stigmatize  
Keywords: severe multidrug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB), community participation

### หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุการป่วยและการตายของหลายประเทศทั่วโลก การระบาดของวัณโรคเพิ่มมากขึ้นมีหลายสาเหตุมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV, ความยากจน, ความแออัดของที่อยู่อาศัย, การอพยพผู้คน เป็นต้น ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8.8 ล้านคน และผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.7 ล้านคน วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium โดยในไทยสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ Mycobacterium Tuberculosis โดยส่วนใหญ่จะเกิดการติดเชื้อที่บริเวณปอด (ร้อยละ 80) แต่ก็ยังสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ เช่น ต่อมน้ำเหลือง กระดูก ระบบประสาท เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเชื้อวัณโรคสายพันธุ์อื่น (Non-Tuberculosis Mycobacteria หรือ NTM) ซึ่งพบได้น้อยและการศึกษาถึงแนวทางการรักษาเชื้อเหล่านี้มีน้อยกว่าเชื้อวัณโรคที่พบได้บ่อย ซึ่งเป็นอันตรายหากเกิดการดื้อต่อยาของเชื้อ ทำให้ยาที่ใช้รักษาวัณโรคจะถูกจำกัดจำนวนให้น้อยลงและรักษาได้ยากขึ้น<sup>1</sup> วัณโรคเป็นโรคที่เป็นปัญหาระดับประเทศซึ่งเป็นนโยบายของ

กระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเร่งค้นหาคำตอบ ด้วยความตายน้อยกว่า 5 รายต่อปีเป็น 0 โดยมุ่งให้อัตราการรักษาสำเร็จเกินร้อยละ 85 ทั้งประเทศ<sup>2</sup>

การรักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยและลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนได้ ในปัจจุบัน พบปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยา (drug-resistant TB) รวมทั้งวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (multidrug-resistant TB, MDR-TB) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาวัณโรคให้ประสบความสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา rifampicin (RR-TB/MDR-TB) จำนวน 484,000 ราย (ร้อยละ 78 วินิจฉัยเป็น MDR-TB และร้อยละ 6.2 ของ MDR-TB วินิจฉัยเป็น extensive drug resistant TB, XDR-TB)<sup>2</sup> สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยนั้น องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยอยู่ใน 1 ใน 14 ประเทศทั่วโลกที่มีภาระวัณโรคสูงสุด ทั้งจำนวนผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคที่พบร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 106,000 ราย คิดเป็น 153 รายต่อแสนประชากร และมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา rifampicin (RR-TB/MDR-TB) จำนวน 4,000 ราย คิดเป็น 5.7 รายต่อแสนประชากร<sup>3</sup> จากปัญหาของวัณโรค

ในทั่วโลกนั้น องค์การอนามัยโลกร่วมกับสหประชาชาติได้มีแผนเพื่อยุติวัณโรคให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายวัณโรคให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องประกอบไปด้วย การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว การรักษาที่เหมาะสมทันที และการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne infection control)

จากรายงานการสอบสวนโรค Pre-XDR และ XDR-TB เบื้องต้นพบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การป่วยคือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง ประกอบอาศัยในชุมชนเป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัดส่งผลให้การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบากจนนำไปสู่การป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานและพัฒนาเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในพื้นที่ยังขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันตนเองต่อวัณโรค จึงส่งผลให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นและเกิดความล้มเหลวในการรักษาวัณโรค<sup>4</sup> การป้องกันผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทุกชนิดนั้นต้องเริ่มต้นจากผู้ดูแล หรือครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรคธรรมดา ก่อน เพราะการรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลานานและถ้าหากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาได้จึงต้อง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ดูแลกำกับให้ผู้ป่วยกินยา<sup>5</sup> การดูแลทางด้านจิตใจและการช่วยเหลือทางสังคม นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท. อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ ในการแก้ปัญหา ตั้งแต่กระบวนการร่วมกันค้นหาปัญหาและสถานการณ์ สะท้อนความต้องการของชุมชน การตัดสินใจร่วมกันที่จะกำหนดแนวทางในการป้องกันวัณโรคนี้ในชุมชนซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้จริง เปิดโอกาสให้ภาคชุมชนมีส่วนในการบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ จะส่งผลให้การป้องกันและแก้ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>6</sup>

อำเภอ น้ำยืน มีผู้ป่วยวัณโรคต่อเนื่องและพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อัตราการรักษา

สำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราตายสูง ผู้ป่วยขาดนัด หยุดยาเอง ปัญหาการสื่อสารระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาลชุมชนไม่เห็นความสำคัญของโรค ปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเกณฑ์ ดังนี้ ปี 2551 = ร้อยละ 75.0 ปี 2552 ร้อยละ 50.0 และปี 2553 ร้อยละ 71.2 จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในพื้นที่อำเภอ น้ำยืน ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB)
2. ศึกษาความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย
3. ศึกษากระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

### รูปแบบการวิจัย

ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง ธันวาคม 2562 รวม 4 เดือน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ หมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในเขตอำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในเขตอำเภอ น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่ง

ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทน  
อปท. และประชาชนในพื้นที่ จำนวน 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลาย  
ขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วม  
ของชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่  
กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน  
ชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของ  
ชุมชน ประกอบด้วย การรักษา การรับประทานยาที่  
บ้าน การติดตามเยี่ยมที่บ้านและการเสริมสร้างความ  
เข้าใจกับชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
ได้แก่

2.1 รายงานการสอบสวนโรค (รายละเอียด  
ในภาคผนวก)

2.2 แบบสอบถามความเข้าใจในการเฝ้า  
ระวังผู้ป่วยวัณโรคของภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นแบบ  
มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 มีเกณฑ์ใน  
การแปลผลคะแนน ดังนี้<sup>7</sup>

| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล        |
|-------------|--------------|
| 4.21 – 5.00 | เหมาะสมมาก   |
| 3.41 – 4.20 | เหมาะสม      |
| 2.61 – 3.40 | ปานกลาง      |
| 1.81 – 2.60 | พอใช้        |
| 1.00 - 1.80 | ต้องปรับปรุง |

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้  
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity  
) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้  
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC)  
นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30  
คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม  
จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ  
แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอ  
นบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ  
.884

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน  
ชนิดรุนแรง (Pre XDR TB)
2. การเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบการ  
รักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre  
XDR TB)
3. ติดตามผลการดำเนินงานตามระบบการ  
รักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre  
XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอไทรน้อย  
จังหวัดอุบลราชธานี
4. สรุปผลการดำเนินงาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ  
เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ  
เชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05  
ประกอบด้วย Dependent t-test ในการเปรียบเทียบ  
ความเข้าใจก่อนและหลังดำเนินการ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ  
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน  
ชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อ  
ยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) จำนวน 1  
ราย
2. ระดับความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วย  
วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB)  
ของภาคีเครือข่ายก่อนดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ

| ตัวแปร     | ก่อน      |      | หลัง      |      | t       | df | p-value | 95%CI    |          |
|------------|-----------|------|-----------|------|---------|----|---------|----------|----------|
|            | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. |         |    |         | lower    | upper    |
| ปฏิบัติตัว | 3.21      | 0.19 | 4.65      | 0.19 | -33.893 | 39 | .000*   | -1.52594 | -1.35406 |
| เยี่ยมบ้าน | 3.15      | 0.14 | 4.61      | 0.30 | -33.869 | 39 | .000*   | -1.54189 | -1.36811 |
| ป้องกัน    | 3.20      | 0.25 | 4.58      | 0.39 | -18.052 | 39 | .000*   | -1.53417 | -1.22500 |
| รวม        | 3.19      | 0.11 | 4.61      | 0.21 | -45.897 | 39 | .000*   | -1.48609 | -1.36063 |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)

3. การเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ประกอบด้วย การประเมินโดยแพทย์ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน การดูแลด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การปฏิบัติตัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

4. ผลการดำเนินงานของระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยหายจากโรค (อัตราการรักษาสำเร็จ 100%) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรองครบ 100% ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อสม. อบต. เพื่อนบ้านไม่รังเกียจ ไม่ตีตรา

### การอภิปรายผล

จากผลการดำเนินงานของระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยหายจากโรค (อัตราการรักษาสำเร็จ 100%) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรองครบ 100% ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อสม. อบต. เพื่อนบ้านไม่รังเกียจ ไม่ตีตรา ทั้งนี้เนื่องจากได้

มีการ เสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ให้กับภาคีเครือข่ายในชุมชนประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านเวทีชุมชน โดยมีเนื้อหา ประกอบด้วย การประเมินโดยแพทย์ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน การดูแลด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การปฏิบัติตัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สอดคล้องกันกับแนวทางในการรักษาวัณโรคดื้อยา<sup>8</sup> และการศึกษาของ มุกดา วิเศษ นพดล พิมพ์จันทร์ (2563)<sup>6</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า พบว่ารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างองค์ความรู้เรื่องวัณโรค XDR-TB และส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ 2) การเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนในหมู่บ้านโดยคัดกรองเชิงรุกด้วยวาจาการเอกซเรย์ปอดและการตรวจทางอณูวิทยา และ 3) สร้างแนวทางการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง พบว่าในด้านความรู้หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความ

แตกต่างกันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ส่งผลให้ ระดับความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่ายก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของบุญยัง ฉายาทัพบ (2557)<sup>9</sup> ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ ผลการศึกษามีข้อค้นพบว่า การทำประชาคม ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในเรือนจำ อสด. มีความรู้ และเข้าใจเรื่องวัณโรคปอดดีขึ้น และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย อสด. ได้รับการยกย่องให้เป็น “หมอแดน” ซึ่งเป็นตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง การสร้างภาพฝันแสดงวิสัยทัศน์และแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดการบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรม “มุมความรู้” หลังจากได้นำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ต้องขังป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยเสนอว่าควรนำแผนเหล่านี้เสนอเป็นนโยบายของเรือนจำ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ต้องขังทุกคน ผลจากการทำประชาคม ครั้งที่ 2 ได้ข้อสรุปว่า ควรมีระบบคัดกรอง และการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการแพร่กระจายของโรค ควรส่งเสริมให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัญญา มุขอาษา เกษรสำเภาทอง (2560)<sup>10</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลัง

อำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบในเดือนที่ 2 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจโดยกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อ สามารถพัฒนาความรู้ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้อย่างถูกต้องมากขึ้นและลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานควบคุมวัณโรคเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และลดปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในชุมชน ต้องพึงพาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหลัก ซึ่งในการศึกษานี้ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านเวทีชุมชน ภายใต้เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินโดยแพทย์ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน การดูแลด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การปฏิบัติตัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. ควรมีการศึกษาบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในชุมชนอย่างเป็นระบบต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. นิตยารรณ กุลณารรณ, วีรชัย ไชยจามร, เสถียร พูลผล, เบญจพร กิ่งรุ่งเพชร, สมหญิง พุ่มทอง, โปยม วงศ์ภูวรักษ์, และคณะ. การใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค. เกสซ์กรรมชุมชน. 2015;14(79):59-64.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิก-แอนด์ดีไซน์; 2561.
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. นพดล พิมพ์จันทร์, บังอร พิมพ์จันทร์, สุภาพร ใจกล้า, สมศักดิ์ เหลาคม. รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น กรณีโรควัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง บ้านกะทะ หมู่ 12 ตำบลเมืองบัว อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี; 2562.
5. ธนชล วงศ์หิรัญเดชา, เอกราช มีแก้ว, ฆาลิตา วารวณิช, ผกาวัลย์ แดหวา, วรญา อำนวยผล, กุสุมา สว่างพันธ์และคณะ. การสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากจังหวัดภูเก็ตเดือนเมษายน 2561 รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2562; 50(24): 357-65
6. มุกดา วิเศษ นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 1-11
7. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
8. ทิราภรณ์กาญจนพันธุ์, อรศรีวิทวัสมงคล. แนวทางการรักษาวัณโรคคือยา ตามคำแนะนำของสมาคมโรคติดเชื้อสมาคมโรคทรวงอกประเทศสหรัฐอเมริกา และสมาคมโรคทางเดินหายใจในสหภาพยุโรป ปีพ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 2563 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.net/A919.html>
9. บุญยัง ฉายาทับ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557
10. สมัญญา มุขอาษา เกษร สำเภาทอง. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2560 ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 14-27

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)  
โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC

Developmeat and Evaluation of Model to Prevent Dengue hemorrhagic fever of  
Family Health leader By Application of POCCC Management Theories.

(Received: July 18,2022 ; Accepted: August 22,2022)

ทองบน เนาวแก้ว<sup>1</sup>

Thongbon Naokaew<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกและพัฒนาแบบในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติตัวของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนทดลองและหลังการทดลอง เปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI CI BI) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง และศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนประชากรที่ศึกษา คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 128 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 64 คน กลุ่มควบคุม 64 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2562 โดยมีระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแกนนำสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมประยุกต์ใช้การบริหารจัดการ POCCC ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยการวางแผนการจัดองค์การ การบังคับบัญชาสั่งการ การประสานงาน การควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายของกรมควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test Independent t-test

ผลการวิจัยระยะที่ 1- 3 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในช่วงหลังการทดลองวัดซ้ำเพิ่มอีกใน 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

**คำสำคัญ:** ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC, โรคไข้เลือดออก, แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

Abstract

This research is research and development research (Research and Development), the objectives were to study the problems of dengue prevention and prevention operations, Develop a model for prevention of dengue fever among family health leaders by applying POCCC management theory, compare knowledge participation behavior of family health leaders to prevent dengue fever Before the experiment and after the experiment. Comparison of mosquito larvae prevalence index (HI CI BI) of the experimental group, and control group before the experiment and after the experiment. To study the success factors of the

implementation of the dengue prevention development model at the community level. The study population was 128 family health leaders, Samples were selected using simple random sampling into an experimental group of 64 subjects and a control group of 64 subjects. Data collection February – July 2019. The first phase was to study the problems in preventing dengue fever of the people, health leaders and stakeholders, phase 2, develop a model for preventing dengue by family health leaders, and phase 3, evaluate the dengue prevention model of the family health leaders. Family health leader, the experimental group received POCCC Management Theory application activities in the prevention of dengue fever, consists of organizational planning command, order, coordination, control. Data was analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and inferential statistics including Paired t-test, Independent t-test.

The results of Phase 1 - 3 research found showed that after the experiment, the experimental group had scores of knowledge, participation, and disease prevention and control higher than before the experiment, and higher than the comparison group significantly ( $p < 0.05$ ). Comparing the index prevalence of *Aedes Aegypti* larvae (HI CI BI), after repeated trials within 1 month and 3 months in the experimental group, they were lower than before the experiment and lower than the comparison group

**Keyword:** POCCC Management Theory, Dengue hemorrhagic fever , family health leader

## บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกีทั่วโลกประมาณ 50 - 100 ล้านคน ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยใช้เลือดออกติดเชื้อไวรัสเดงกีมาจากภูมิภาคเอเชีย จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกลุ่มประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชีย 7 ประเทศ พบว่าในปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยใช้เลือดออกติดเชื้อไวรัสเดงกีสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยการตรวจจําการระบาด<sup>1</sup> จังหวัดมหาสารคามจากการรายงานสถานการณ์โรคใช้เลือดออก ในช่วงฤดูฝนคือสัปดาห์ที่ 34 ของแต่ละปี พบผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกเพิ่มขึ้นจำนวนมาก โดยในปี 2558 – 2562 พบว่ามีอัตราป่วย(ต่อประชากรแสนคน) 117.60, 88.14, 66.12, 98.06, 88.44 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราป่วยเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือ อัตราป่วยโรคใช้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน<sup>2</sup>

อำเภอวาปีปทุม จากการรายงานสถานการณ์โรคใช้เลือดออก ในปี 2558 – 2562

พบว่ามีอัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน) ดังนี้ .58, 69.86, 59.52, 60.98 และ 102.83 ตามลำดับ<sup>2</sup> และพบว่าตำบลที่มีการระบาดของโรคใช้เลือดออกอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปี คือพื้นที่ตำบลนาข่า พบว่ามีอัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน) 91.64, 69.05, 65.24, 84.62 และ 59.64 ตามลำดับ<sup>2</sup> (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2562) จากการวิเคราะห์ปัญหาพื้นที่ตำบลนาข่าในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออกโดยใช้แบบสำรวจพบว่า การดำเนินงานยังเป็นรูปแบบเดิมไม่มีการพัฒนากระบวนการหรือกลวิธีในการแก้ปัญหาดังกล่าวคือมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าขาดการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทุกครัวเรือนอย่างทั่วถึง ขาดการวางแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ขาดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และจากการ

กลุ่มสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย(จำนวน 40 หลังคาเรือน)ยังพบว่ามีความมากเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด<sup>3</sup> คือ ร้อยละ 57.50 (ไม่เกินร้อยละ 50)<sup>3</sup> และพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว(กสค.) ยังขาดความรู้การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ขาดการประสานงานที่ดีและไม่ทราบบทบาทหน้าที่ตนเอง ส่งผลให้ขาดความนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และขาดความร่วมมือที่จะทำกิจกรรมได้<sup>4</sup> ในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรงคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลนาข่า ด้านการบริหารจัดการภายในองค์กร ยังไม่เป็นระบบ และไม่มีการวางแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ไม่มีเครือข่ายสุขภาพที่เป็นรูปธรรม<sup>5</sup> ดังนั้นจึงส่งผลให้พื้นที่ตำบลนาข่า มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาดังกล่าว ดังนั้นพื้นที่ตำบลนาข่า จึงต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การบริหารจัดการที่ดีเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกให้ลดลง และเกิดความร่วมมือแก้ไขปัญหาจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและประชาชนให้เกิดความยั่งยืนและเป็นรูปธรรมที่แท้จริง

จากการศึกษาทบทวนผลงานวิชาการงานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่า การที่จะประสบผลสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคนั้นประชาชนจะต้องตระหนักและร่วมมือแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว(กสค.) เป็นบุคคลที่มีความเหมาะสมมากที่สุดเป็นตัวแทนของคนในครอบครัวซึ่งจะดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเองได้ดีที่สุด และยังเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องใช้แนวคิดทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC (Planning Organizing Commanding Coordinating Controlling) ของเฮนรี ฟาโย<sup>6</sup> ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เน้นเทคนิควิธีการในการทำงาน การมีส่วน

ร่วมแก้ไขปัญหา ดังนั้นเพื่อให้การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จจึงต้องใช้ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นแกนนำหลักสำคัญ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ร่วมจัดการต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกอำเภอนาข่า
2. เพื่อพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตัวของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนทดลองและหลังการทดลอง
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI CI BI) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง
5. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา<sup>7,8</sup> (Research and Development) (อรุณ จิรวัดน์, 2552) โดยมีการกำหนดรายละเอียด/ ขั้นตอนดังนี้

**ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน แกนนำสุขภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง**

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนในตำบลนาข่า ประกอบด้วย ผู้นำหมู่บ้าน, กรรมการหมู่บ้าน, สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล, อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำโรงเรียน, ผู้นำเยาวชน, หัวหน้าคุ้มบ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด, ตัวแทนผู้สูงอายุ, กศค. จำนวน 40 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อหาปัญหาในเรื่องการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นแกนนำที่อาศัยอยู่ในตำบลนาข่า อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม

## ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 มาจัดทำเป็นรูปแบบในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำรูปแบบที่ได้มาพัฒนากับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม/ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาและประเมินผลการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC (ฉบับร่างที่ 1)

## ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ประชากรที่ศึกษา เป็นประชาชนในตำบลนาข่าและตำบลบ้านหวาย ซึ่งประกอบด้วย แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในตำบลนาข่าและตำบลบ้านหวาย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 180 คน ขอบเขตระยะเวลา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ถึง กรกฎาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน ของแดเนียล ได้ตัวแทนกลุ่มละ 64 คน และใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบง่าย<sup>8</sup> (Simple Random Sampling) หมู่บ้านที่จะทำการศึกษา (สถานที่ทำการศึกษาวิจัย) โดยได้หมู่บ้านทดลอง ได้บ้านดอนแดง หมู่ที่ 9 ตำบลนาข่า และ หมู่บ้าน เปรียบเทียบ ได้

บ้านโนนสำราญ หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านหวาย ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ตั้งแต่ปี 2557 - 2561 และเป็นหมู่บ้านเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยใช้เกณฑ์กำหนดลักษณะหมู่บ้านของกรมควบคุมโรค การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า ดังนี้ 1) เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 2) มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป 3) มีระดับการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 5) มีความเต็มใจ และสามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่รูปแบบการพัฒนาและประเมินผลการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ดังนี้ **ขั้นตอนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง** ได้ดำเนินการตามโปรแกรม ประกอบด้วย

**สัปดาห์ที่ 1- 2 (P-Planning: การวางแผน)** มีการกำหนดเลือกวัตถุประสงค์ และวิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

**สัปดาห์ที่ 3-4 (O-Organizing: การจัดการองค์กร)** กำหนดโครงสร้างองค์การ เพื่อให้สิ่งของและบุคคลผู้เข้ามาอยู่ในองค์การสามารถทำงานเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการต่างๆ ในการสนับสนุนให้การดำเนินงานสามารถประสบความสำเร็จได้ตามที่วางแผนงานไว้

**สัปดาห์ที่ 5-6 (C-Commanding: การบังคับบัญชาสั่งการ)** ผู้นำหมู่บ้านใช้ภาวะผู้นำร่วมกับการจูงใจในการทำให้สมาชิกของในหมู่บ้านทำงานของตนเองอย่างเต็มที่ และ (C-Coordinating การประสาน) มีการประสานงานทุกระดับตั้งแต่ระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ชุมชนที่ดี

**สัปดาห์ที่ 7- 8 (C-Controlling: การควบคุม)** กระบวนการปรับปรุงทบทวนแผนงานและกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้เพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไขให้เป็นไปในทิศทางที่มุ่งสู่ภารกิจหลักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านที่ตั้งไว้และมีการ

รณรงค์ฯ ประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ  
ของความชุกของลูกน้ำ (HI CI BI)

#### กลุ่มควบคุม

**สัปดาห์ที่ 1-2** เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง  
โดยใช้แบบสอบถามและแบบสำรวจค่าดัชนีความ  
ชุกลูกน้ำยุงลายของกรมควบคุมโรค

**สัปดาห์ที่ 3-7** กลุ่มเป้าหมาย แขนงนำ  
สุขภาพประจำครอบครัวได้รับข้อมูลโดยปกติจาก  
สื่อต่าง ๆ และจะมีการนัดหมายวันที่จะตอบ  
แบบสอบถาม เพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการ  
วิจัย

**สัปดาห์ที่ 8** ใช้แบบสอบถามชุดเดิมและ  
แบบสำรวจค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายของ  
กรมควบคุมโรค เก็บข้อมูลหลังการทดลอง และ  
กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2  
ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการ ประกอบด้วย  
โปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ  
POCCC ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อ  
การป้องกันโรคไข้เลือดออกและสื่อที่ใช้ในการให้  
ข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็น  
แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้นเอง และแบบ  
สำรวจลูกน้ำยุงลายของกรมควบคุมโรค

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้  
ประยุกต์ขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่อง  
โรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ  
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อป้องกันโรค  
ไข้เลือดออก ในการตัดสินใจค้นหาปัญหา การ  
วิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหการร่วม  
ดำเนินการตามแผน การมีส่วนร่วม ติดตามและ  
ประเมินผล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของแกน  
นำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อป้องกันโรค  
ไข้เลือดออก

ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ได้  
กำหนดขึ้นจากกรอบ แนวคิดในการศึกษา ที่  
กำหนดไว้ในประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการ  
ดำเนินการป้องกันการโรคไข้เลือดออกในระดับ  
ชุมชน ใช้คำถามปลายเปิด (เชิงคุณภาพ)

ชุดที่ 2 แบบสำรวจค่าดัชนีความชุกลูกน้ำ  
ยุงลายของกรมควบคุมโรค

**การหาคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำ  
เครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิ(เชี่ยวชาญ) 3 คน และหาความเที่ยง  
ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่ม  
ตัวอย่างคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่วิจัย  
ในพื้นที่อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม  
จำนวน 30 ราย หาความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์-  
ริชาร์ดสัน 20 ได้เท่ากับ 0.86 และส่วนด้านการมี  
ส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก  
การปฏิบัติตัวในการป้องกัน ควบคุมโรค  
ไข้เลือดออก วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา  
ของครอนบาช ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกัน  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้เท่ากับ 0.84 และด้าน  
การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้  
เท่ากับ 0.83

**การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้** สถิติเชิง  
พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด สถิติที่ใช้ใน  
การทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Paired Samples t-  
Test (ทดสอบว่าหลังดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบใน  
กลุ่มเดียวกัน) Independent Samples t-Test  
(ทดสอบว่าหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองดีกว่า  
กลุ่มควบคุม)

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ คือ 1) หลักความ  
เคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลัก

คุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธและบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ใส่โปรแกรม โดยมีข้อมูลยืนยันได้ คือ กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ทุกคน เพราะว่าการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมได้รับความรู้และข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ จึงส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่ต้องใส่โปรแกรมการที่ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการจัดการโปรแกรมการบริหาร จัด ก า ร P O C C C (Planning Organizing Commanding Coordinating Controlling) เฮนรี ฟาโย<sup>6</sup> โดยนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม เริ่มตั้งแต่ ขั้นตอนการตัดสินใจในการแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การวิเคราะห์ การวางแผน และการปฏิบัติ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้าครัวเรือน หรือตัวแทนครัวเรือนได้เข้ามาร่วมรับทราบปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกัน

และควบคุมโรคและเกิดความตระหนักในการที่จะวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อส่งผลให้ประชาชนในแต่ละครัวเรือนได้มีความรู้และเกิดการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้านและในชุมชนของตนเอง โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน มีการประชุมชาวบ้านเพื่อให้ความรู้ เกิดการตระหนัก และวางแผนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยและทีมวิทยากรกระบวนการ ทำหน้าที่เป็น พี่เลี้ยง ให้คำปรึกษานับสนุนความรู้ สื่อเอกสารต่างๆ และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ให้คำแนะนำทำให้การปฏิบัติตนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีสอดคล้องกับการศึกษา<sup>9</sup> ของ พัศกร สงวนชาติ (2552) ได้ศึกษา การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี พบว่า ผลของการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี โดยการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคม เสริมพลังอำนาจ เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่ออนาคต พบว่า ภายหลังทดลองกลุ่มผู้นำชุมชนมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรคและรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรค

ใช้เลือดออก ซึ่งแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้  
ร่วมมือกันจัดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว  
โดยผู้วิจัยและวิทยากรกระบวนการเป็นผู้ให้ความรู้  
และสร้างความตระหนักให้เกิดแก่แกนนำสุขภาพ  
ประจำครอบครัวซึ่งส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติใน  
การป้องกันโรคไข้เลือดออก ดีกว่าก่อนการทดลอง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีสอดคล้องกับ  
การศึกษา<sup>10</sup> ของ เพ็ญฉวี ศกุนะสิงห์ (2553) ได้  
ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการแบบมีส่วนร่วม  
ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ต่อการ  
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลตองปิด  
อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลัง  
การทดลองที่ได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนการ  
ทดลองที่ออกแบบไว้แล้ว โดยเน้นการเปลี่ยนแปลง  
เริ่มต้นที่ผู้นำและขยายผลไปสู่การควบคุมตนเองใน  
กลุ่มชาวบ้าน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายในกลุ่มเพื่อ  
รับผิดชอบและแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำงานส่งผล  
ให้กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลอง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการ  
ป้องกันโรคไข้เลือดออก ภายหลังการทดลอง กลุ่ม  
ทดลองมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก  
มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้จาก  
เอกสาร แผ่นพับ คู่มือ นิทรรศการ และได้เข้ามามี  
ส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนแก้ปัญหาของ  
ชุมชน จึงเกิดความตระหนักในหน้าที่และบทบาทที่  
ได้รับมอบหมายเกิดความภาคภูมิใจที่ตัวเองมี  
หน้าที่และบทบาทที่ชัดเจนสามารถดำเนินการตาม  
กฎกติกาของชุมชนได้ ความสำคัญเหล่านี้ช่วยทำ  
ให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงและส่งผลทำให้  
ชุมชนสะอาด ปลอดภัยจากลูกน้ำยุงลายแบบยั่งยืน  
และได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนการทดลองที่  
ออกแบบไว้แล้ว โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นที่  
ผู้นำ (กสค.) และขยายผลไปสู่การควบคุมตนเองใน  
กลุ่มชาวบ้าน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายในกลุ่มเพื่อ  
รับผิดชอบและแบ่ง บทบาทหน้าที่กันทำงานส่งผล

ให้กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก และได้ดำเนินกิจกรรม  
ตามแผนการทดลองที่ออกแบบไว้แล้ว โดยเน้นการ  
เปลี่ยนแปลงเริ่มต้นที่ผู้นำและขยายผลไปสู่การ  
ควบคุมตนเองในกลุ่มชาวบ้าน รวมทั้งการสร้าง  
เครือข่ายในกลุ่มเพื่อรับผิดชอบและแบ่งบทบาท  
หน้าที่กันทำงานส่งผลให้กลุ่มทดลอง การมีส่วน  
ร่วมในการดำเนินงาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสอดคล้อง<sup>11</sup> กับ ดาบ  
ชัย มาลา (2550) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอ  
ท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า สถานการณ์การ  
บริหารจัดการงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานแนว  
ใหม่ ปี 2541 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
นครพนม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ  
อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีความเห็นด้วย  
กับการจัดการจัดสรรงบประมาณ จากส่วนกลางสู่  
ชุมชนและพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพในการ  
บริหารจัดการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเก็บรวบรวม  
ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจ วางแผน  
แก้ปัญหา ดำเนินการตามแผนและประเมินผล โดย  
อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วม  
กิจกรรมและบทบาทมากที่สุดในทุกขั้นตอน  
รองลงมาคือกลุ่มผู้นำชุมชนในบางพื้นที่ เจ้าหน้าที่  
ระดับตำบล ยังคงเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนิน  
กิจกรรมหมู่บ้าน และมีความสอดคล้อง<sup>10</sup> กับ เพ็ญ  
ฉวี ศกุนะสิงห์ (2553) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรม  
การจัดการแบบมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพ  
ประจำครอบครัว ต่อการป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออก ตำบลตองปิด อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัด  
ศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังการทดลองที่ได้ดำเนิน  
กิจกรรมตามแผนการทดลองที่ออกแบบไว้แล้ว  
โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นที่ผู้นำและขยายผล  
ไปสู่การควบคุมตนเองในกลุ่มชาวบ้าน รวมทั้งการ  
สร้างเครือข่ายในกลุ่มเพื่อรับผิดชอบและแบ่ง  
บทบาทหน้าที่กันทำงานส่งผลให้กลุ่มทดลอง การมี  
ส่วนร่วมในการดำเนินงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การมีส่วนร่วมและการปฏิบัติตัวของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

| ตัวแปร            | ก่อนการทดลอง<br>mean $\pm$ S.D. | หลังการทดลอง<br>mean $\pm$ S.D. | Mean<br>Difference | 95%CI     | t     | df | p-value |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|-----------|-------|----|---------|
| -ความรู้เรื่องโรค | 20.35 $\pm$ 2.02                | 24.78 $\pm$ 1.32                | 4.43               | 3.14-4.76 | 11.06 | 63 | .001*   |
| -การมีส่วนร่วม    | 3.38 $\pm$ 0.81                 | 4.65 $\pm$ 0.40                 | 1.27               | 0.71-1.33 | 8.46  | 63 | .001*   |
| -การปฏิบัติตัว    | 2.56 $\pm$ 0.28                 | 3.85 $\pm$ 0.11                 | 1.29               | 0.18-1.56 | 7.42  | 63 | .001*   |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การมีส่วนร่วมและ การปฏิบัติตัวของ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวม ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

| ตัวแปร            | กลุ่มทดลอง<br>mean $\pm$ S.D. | กลุ่มควบคุม<br>mean $\pm$ S.D. | Mean<br>Difference | 95%CI     | t    | df  | p-value |
|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------|------|-----|---------|
| -ความรู้เรื่องโรค | 24.78 $\pm$ 1.32              | 22.93 $\pm$ 1.82               | 1.85               | 0.98-1.96 | 6.53 | 126 | .001*   |
| -การมีส่วนร่วม    | 4.65 $\pm$ 0.40               | 3.26 $\pm$ 0.77                | 1.39               | 0.82-1.44 | 9.13 | 126 | .001*   |
| -การปฏิบัติตัว    | 3.85 $\pm$ 0.11               | 2.65 $\pm$ 0.37                | 1.20               | 0.12-1.34 | 4.09 | 126 | .001*   |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**ด้านค่าดัชนีความชุกกลุณน้ำยุงลาย (HI CI BI )** จากผลของการปฏิบัติทำให้ค่าดัชนีความชุกกลุณน้ำยุงลาย (HI CI BI) ภายหลังการทดลอง หมู่บ้านทดลองมีค่าดัชนีความชุกกลุณน้ำยุงลายต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นที่ผู้นำ (กสค.) และขยายผลไปสู่การควบคุมกันเองในกลุ่มชาวบ้าน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายในกลุ่มเพื่อรับผิดชอบและแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำงาน ส่งผลถึงการประเมินค่าดัชนีกลุณน้ำยุงลาย HI CI BI ที่พบว่า มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด นั้น แสดงว่า โปรแกรมฯ ของการศึกษาครั้งนี้สามารถประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดี เกิดผลกระทบถึงโรคไข้เลือดออกลดลง ในการวัดประเมินผลสิ้นสุด ในปี พ.ศ. 2562 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของตำบลนาข้า อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม ใน 2 ปี (ปี

พ.ศ. 2561-2562) พบอัตราป่วย 48.64 , 47.58 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ผู้ป่วยตายไม่มี<sup>2</sup> (รง. R506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2562) ซึ่งได้ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงกำหนดไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับได้จัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในปี 2562 ขึ้นในภาพรวมทั้งตำบล มีกิจกรรมบันทึกข้อตกลงด้วยความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล (MOU) ระหว่างตำบลนาข้า(พชต.) อำเภอลำปำกับ ภาศิเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเรื่อง 1) ภาศิเครือข่ายฯ มีการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนาข้า อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2562 โดยให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ สร้างความ

ตระหนักแก่ประชาชนดำเนินกิจกรรม 3 เก็บ 3 โรค (เก็บบ้าน เก็บขยะ เก็บน้ำ โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย) 2) เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกให้ได้ตามเกณฑ์กระทรวงกำหนด 3) เพื่อให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI CI ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงกำหนด ในขณะที่สำรวจค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนการทดลอง ซึ่งไม่ใช่ช่วงฤดูฝน มีการสำรวจพบลูกน้ำยุงลาย อยู่ในระดับที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ เนื่องจากมีการเก็บน้ำไว้ในช่วงฤดูแล้ง ฉะนั้นการรณรงค์เฉพาะช่วงที่มีการระบาดของโรค โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน จึงไม่น่าจะได้ผล ควรทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตลอดทั้งปีต่อ

### ข้อเสนอแนะ

1. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ด้านสาเหตุ การติดต่อ การระบาด อาการและการรักษา และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากกว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มควบคุมจึงควรเน้นให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทุกหมู่บ้านมีความรู้และความเชื่อมั่นในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ควรมีการติดตาม กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ ตลอดจนให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่โดยเฉพาะแกนนำชุมชนทางธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชน พยายามให้เข้ามาเป็นแกนนำในการดำเนินงานเพื่อจะได้เกิดประสิทธิผลในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกได้ดียิ่งขึ้น

2. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน คือ ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี และขอความร่วมมือชุมชนต้องมีกฎเกณฑ์ที่แน่ชัดและทุกคนต้องปฏิบัติตาม ผู้นำและ กสค. อสม.ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อให้ประชาชนในชุมชนเป็นแบบอย่างที่ดี ดังนั้นการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้โดยกระบวนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ในบริบทใกล้เคียงกัน

3. ควรนำโปรแกรมนี้อไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษานี้ เพื่อนำไปสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานพร้อมเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน

4. ควรมีการติดตามและประเมินผล ความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติตัว หลังจากดำเนินการเสร็จการทดลองไปอีก 6 เดือน ในการที่จะนำไปใช้อย่างมีความเชื่อมั่น

### กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิชาการนี้ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายการพัฒนาด้านวิจัยจากผู้บริหารระดับจังหวัดมหาสารคาม คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้บริหารระดับอำเภอลาวปทุม (สาธารณสุขอำเภอลาวปทุม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลล่าวปทุม นายอำเภอลาวปทุม และในระดับจังหวัดมหาสารคาม (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) ทุกท่านที่มีผลต่อความสำเร็จการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2561 และมาตรการป้องกัน ควบคุมการระบาด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ระบบงานระบาดวิทยาจังหวัดมหาสารคาม โปรแกรม R506 Version 4.08. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2562.

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้า. สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปี. มหาสารคาม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2562.
4. นิโบล อีระศิลป์. แนวทางการควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
5. วนิดา วิระกุล, ถวิล เลิกชัยภูมิ, บุญเสริม โสวภาค, และสิปง แก้วเวียงเดช. การศึกษารูปแบบและระบบการพัฒนาการเรียนรู้ของ อสค. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2544.
6. Fayol H. General and Industrial Management. London: Pittman and Sons; 1964.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น; 2553.
8. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัยที่ใช้ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2552.
9. พัสกร สงวนชาติ. การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
10. เพ็ญฉวี ศกุนะสิงห์. ผลของโปรแกรมการจัดการแบบมีส่วนร่วมของ อสค. ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลตองปิด อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553. หน้า 130-5.
11. ดาบชัย มาลา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550

# รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ GOOD GOVERNANCE MODEL OF THE DIRECTORS OF TAMBON HEALTH PROMOTING HOSPITAL, SISAKEIT PROVINCE

(Received: July 19,2022 ; Accepted: August 22,2022)

ศักดิ์สิน กุลบุตรดี<sup>1</sup>  
Saksin Kunbutdi<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ และ 3) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 254 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือน 1 มกราคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2565 วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติ Multiple linear regression ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติ ประชาชนผู้รับบริการ รวมทั้งสิ้น 81 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับโปรแกรมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล จำนวน 33 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ คือ การประเมินผลและการตรวจสอบโดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 38.80 ( $R^2=0.388$ ,  $SE_{est}=2.79484$ ,  $F=19.016$ ,  $p<0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ คือ FPTDRMVE Model ประกอบด้วย 1) การบริหารแบบครอบครัว (family management) 2) การสร้างการมีส่วนร่วมและโปร่งใส (participation and transparency) 3) การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเพื่อนร่วมงาน (dignity and respect) 4)

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
Saksin k@hotmail.com

การปลูกฝังการมีจริยธรรมและศีลธรรม (morality) 5) การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้อง (values) 6) การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluation) และหลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทศนคติต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากผลการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

**คำสำคัญ:** รูปแบบ ธรรมาภิบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### Abstract

These study aimed to to study 1) to study the factors influencing the good governance administration of the director of the Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province 2) to develop a model of governance administration of the hospital director and 3) to compare the difference in average scores of knowledge about good governance, self-efficacy in good governance, attitude towards good governance, participation in the management of those involved and governance behaviors of the director of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province before and after receiving the program. The study divided into 3 phases: Phase 1 was a cross-sectional analytical study; the sample consisted of 254 the director of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province. The data were collected using a questionnaire created by the researcher between January 1, 2022 and January 31, 2022 and the data were analyzed for predictive factors using multiple linear regression statistics. Phase 2 is an action research to develop a good governance model of the director of Tambon Health Promoting Hospital in Sisaket Province passed the quality management process (PAOR) in 3 cycles. The sample group was the director of Tambon health promoting hospital, the community leader, the president of the director of Tambon Health Promoting Hospital, Health workers who practice a total of 81 people receiving services were analyzed by collecting, categorizing and content analyzed. Phase 3 is a quasi-experimental research to study the effects of the developed model. 33 samples group was the director of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province. The data were analyzed to compare the difference of mean scores of variables before and after receiving the program by using paired t-test statistics. The results showed that; factors influencing the good governance administration of the director of the Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province were evaluation and examination, which could explain the variation of the factors influencing the governance of the director of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province was 38.80% ( $R^2=0.388$ ,  $SE_{est}=2.79484$ ,  $F=19.016$ ,  $p<0.001$ ) with statistical significance at the 0.05 level. Management model of good governance of the director of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province was FPTDRMVE Model; consisting of 1) family

management 2) participation and transparency 3) dignity and respect 4) morality 5) values and 6) Evaluation and after experimenting with the developed model, the director of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province had different mean scores of knowledge, self-efficacy, attitude, participation in organizational management and good governance behavior of the director of Tambon Health Promoting Hospital, Sisaket Province were significantly higher than before the experiment at 0.05. In conclusion: the developed model can increase the administration of good governance of the director of Tambon Health Promoting Hospital in Sisaket achieved the objective.

**Keywords:** Model, Good governance, Directors of Tambon Health Promoting Hospital

## บทนำ

การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นการ บริหารที่มีหลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความ โปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า ในปีพุทธศักราช 2544 มีการ ปฏิรูประบบราชการไทยครั้งใหญ่ โดยมีการ เปลี่ยนกระบวนการบริหารภาครัฐและการ ปรับปรุงโครงสร้างส่วนราชการใหม่ และมีการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยกระทรวง ทบวง กรม เน้นการ นำหลักการบริหารแบบธรรมาภิบาล และการ บริหารงานภาครัฐแนวใหม่เข้ามาประยุกต์ใช้ มีการ ประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และ วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีพุทธศักราช 2546 เพื่อพัฒนาระบบราชการไทยให้มีขีด ความสามารถและสมรรถนะสูงขึ้น ลดการคอร์รัปชัน และสร้างขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการที่ตั้งใจ ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถให้มีโอกาสได้รับ การดูแลอย่างเป็นธรรม การบริหาร หรือ ภาวะ ผู้นำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ปฏิบัติงานและกลุ่ม ผู้ได้บังคับบัญชา ซึ่งนับว่าเป็นฐานของการทำงานที่ มุ่งทำให้บรรลุเป้าหมายหรือประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของทรงลักษณ์ ณ นคร<sup>(1)</sup> ที่พบว่าการบริหารแบบธรรมาภิบาลในองค์การ พยาบาล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านประสิทธิผล 3) ด้านความโปร่งใส 4) ด้านการบริหารทรัพยากร บุคคล และ 5) ด้านคุณภาพการบริการพยาบาล

ธนากร คงช่วย<sup>(2)</sup> พบว่ารูปแบบการบริหารงาน ตามหลักธรรมาภิบาลโรงเรียนบ้านควนสระ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ ธานีเขต 3 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การ จัดตั้งกรรมการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานให้เกิด ประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล 2) กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับธรรมาภิบาล 3) กำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมายและกลยุทธ์เพื่อควบคุมและประเมินผล การดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้เป็น ระยะ 4) การกำกับติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานสถานศึกษาต้องสร้างระบบติดตามและ ประเมินผลขึ้นมาเพื่อกำกับการดำเนินงานตาม แผนการทำงาน และ 5)การเผยแพร่ผลการ ดำเนินงาน และจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) พบว่า มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์

แนวคิดหลักที่สนับสนุนให้เกิดการบริหารที่มี ประสิทธิภาพ ได้แก่ หลักการบริหารราชการแบบ ธรรมาภิบาล ซึ่งประกอบด้วยหลักนิติธรรม หลัก คุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า ซึ่งใน ปัจจุบันได้นำมาประยุกต์ใช้ในระบบราชการทุก ระดับตั้งแต่กระทรวง ทบวง กรม ส่วนราชการต่าง ๆ จนถึงระดับท้องถิ่น โดยส่งเสริมและพัฒนาให้ ผู้บริหาร หัวหน้าส่วนราชการ และผู้บังคับบัญชา ทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บังคับบัญชาระดับต้นของ ส่วนราชการได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย

หัวหน้างาน รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ยึดหลักการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลเป็นแนวทางการบริหาร ซึ่งจะส่งผลดีต่อการทำงานให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้ผลลัพธ์ทางด้านคุณธรรมและจริยธรรมอีกด้วย แต่การที่จะเกิดหลักการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ตัวอย่างเช่น ความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหาร ความรู้ และความสามารถในการบริหารทรัพยากร<sup>(3)</sup> การวางแผน งบประมาณ ระดับการศึกษา สายงานของการปฏิบัติงาน (วัชรภรณ์ ฉัตรเงิน, 2555) การวางแผนงาน การตัดสินใจ การมีส่วนร่วม การประเมินผลและการตรวจสอบ<sup>(4)</sup> การยอมรับนับถือในตัวของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความรับผิดชอบของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความสำเร็จในการทำงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นโยบาย และการบริหารงานของผู้บังคับบัญชา และการได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม<sup>(5)</sup> ซึ่งนับว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพและเกิดธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน

นโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้นำหลักการบริหารราชการแบบธรรมาภิบาลมาเป็นนโยบายหลักของผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 254 แห่ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า การบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีศักยภาพในการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีส่วนหนึ่งที่ยังพบว่ามีปัญหาการร้องเรียนโดยในปีพุทธศักราช 2562-2564 ที่ผ่านมา พบการร้องเรียนผ่านสายด่วนนายแพทย์สาธารณสุข

จังหวัดศรีสะเกษ จากเอกสาร และการเข้าร้องเรียนโดยตรงกว่า 1,678 ครั้ง ข้อร้องเรียนส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องความไม่เป็นธรรม และศักยภาพของผู้บริหารที่ไม่เพียงพอของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<sup>(6)</sup> ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562-2564 ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเงิน การประเมินและรายงานความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารงบประมาณยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีต้นทุนดำเนินการสูงทั้งที่ภาระงานน้อย สถานการณ์การเงินการคลังอยู่ในขั้นวิกฤติ อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียนต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัญหาด้านคุณธรรมจริยธรรมพบว่า ผู้บริหารระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคนยังขาดจริยธรรม ขาดระเบียบวินัย หรือจรรยาบรรณวิชาชีพ มีการร้องเรียนจากผู้มารับบริการ และการร้องทุกข์จากผู้ได้บังคับบัญชาหรือข้าราชการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมไปถึงการขาดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานบริการที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพด้วย<sup>(6)</sup>

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น กับความมุ่งหวังที่จะให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดการบริหารหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานที่เป็นธรรมาภิบาลยังไม่มีชัดเจน และยังไม่มียุทธศาสตร์การบริหารงานที่จะก่อให้เกิดการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ และพัฒนารูปแบบการ

บริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ รวมถึงการประยุกต์ใช้รูปแบบในการพัฒนาการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ

#### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### สมมติฐานการวิจัย

1.ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุราชการ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ

2.ปัจจัยทางด้านความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะด้านการบริหารแบบธรรมาภิบาล การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การมีส่วนร่วมในองค์กร การประเมินผลและการตรวจสอบ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ

3. หลังได้รับโปรแกรมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

### รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบตามแนวคิดการกระบวนพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart<sup>(7)</sup> โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์สมการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย

พหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจัดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่ได้มาจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3. การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทศนคติต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ

| โมเดลวิเคราะห์                                                                                                               | ตัวแปร                    | สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient) |       | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> <sub>adj</sub> | Sr <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> change |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|-------|----------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------|
|                                                                                                                              |                           | B                               | β     |                |                               |                 |                       |
| โมเดลที่ดีที่สุด                                                                                                             | การประเมินผลและการตรวจสอบ | 0.864                           | 0.623 | 0.388          | 0.368                         | 2.79484         | 0.388                 |
| Constant =19.431, R <sup>2</sup> =0.388, R <sup>2</sup> <sub>adj</sub> =0.368, SE <sub>est</sub> =2.79484, F=19.016, p<0.001 |                           |                                 |       |                |                               |                 |                       |

3.ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การ

โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น 95% CI

### ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.8 มีอายุเฉลี่ย 48.66 ปี (S.D.=6.03 ปี) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 67.3 รองลงมาคือ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 22.5 มีมัธยฐานของระยะเวลาการทำงาน 27.00 ปี (อายุราชการต่ำสุด 9 ปี อายุราชการสูงสุด 40 ปี) มีมัธยฐานของระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับต้น 7 ปี (เวลาดำรงตำแหน่งต่ำสุด 1 ปี เวลาดำรงตำแหน่งสูงสุด 30 ปี) ตามลำดับ

2.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ คือ การประเมินผลและการตรวจสอบ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 38.80 (R<sup>2</sup>=0.388, SE<sub>est</sub>=2.79484, F=19.016, p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 1

สังเกต และการสะท้อนผล ได้รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ คือ FPTDRMVE Model ดังนี้

3.1 การบริหารแบบครอบครัว (family management) หมายถึง การบริหารที่ให้

ความสำคัญกับความรัก ความสามัคคี อยู่ร่วมกัน เหมือนหนึ่งเป็นครอบครัวเดียวกัน ผู้บริหารเหมือนพ่อแม่ ผู้ปฏิบัติเหมือนลูก ๆ ที่เกิดมาตามลำดับ ก่อนหลัง มีศักยภาพที่มีความแตกต่างกัน เน้นการบริหารที่เป็นครอบครัวที่มีความเอื้อเฟื้อต่อกัน สนับสนุนให้ทุกคนได้มีโอกาสตามความเหมาะสม อย่างเท่าเทียม

3.2 การสร้างการมีส่วนร่วมและโป ร่งใส (participation and transparency) หมายถึง การบริหารที่เปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาส ได้มีส่วนร่วมในภารกิจหรือกิจกรรมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างแท้จริง ใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดขึ้น ทุกอย่างทั้งดีและไม่ดี ร่วมรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง ทุกคนได้รับรู้ข้อมูลทุกเรื่องอย่างโปร่งใส ไม่ซ่อนเร้นปิดบัง มีการจัดการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมทุก ขั้นตอน

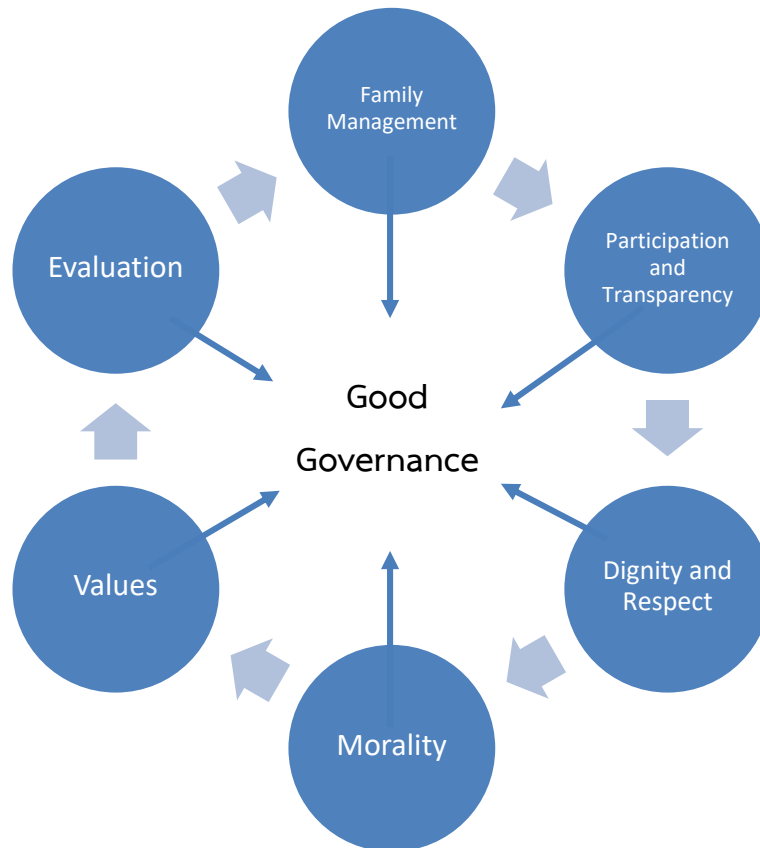
3.3 การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเพื่อนร่วมงาน (dignity and respect) หมายถึง การยอมรับในความรู้ความสามารถที่แต่ละคนมี ให้โอกาสทุก ๆ คน เท่า ๆ กันในการปฏิบัติงาน มอบหมายหน้าที่ตามความรู้ ความสามารถ และทุกคนได้รับความเคารพในความรู้ความสามารถที่มี ตลอดจนให้การยอมรับในศักยภาพของแต่ละคนอย่างเท่าเทียมและจริงใจ มีความยุติธรรมและชัดเจนในการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ

3.4 การปลูกฝังการมีจริยธรรมและศีลธรรม (morality) หมายถึง ผู้บริหารต้องได้รับการปลูกฝังให้มีคุณธรรมจริยธรรม ส่งเสริมให้ทุกคนมีศีลธรรมจนก่อให้เกิดความละเอียดและเกรงกลัวต่อสิ่งที่ไม่ถูกต้อง มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ทำ ประ ยุ ก ต์ ห ลั ก เ ศ ร ษ ฐ กิ จ พ อ เ พื ย ง ข อ ง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการเป็นนักบริหาร

3.5 การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้อง (values) หมายถึง การสร้างรูปแบบที่ดีของผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นแบบอย่างที่ดี มีแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมในการเป็นผู้บริหาร สร้างรูปแบบที่ดี และขยายรูปแบบนั้นให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันสนับสนุนการเป็นผู้บริหารที่ดี ให้เกียรติ ยกย่อง เชิดชูเป็นแบบอย่าง โดยการปรับทัศนคติที่ดีต่อการมีธรรมาภิบาล สร้างอุดมการณ์และความมุ่งมั่นในการทำมาดี เสียสละ ทุ่มเท และรักในอาชีพและวิชาชีพของตนเอง

3.6 การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluation) หมายถึง การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานต้นสังกัดตามลำดับการบริหารที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการติดตามนิเทศงานให้คำแนะนำในการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความกระตือรือร้นและปฏิบัติงานได้เป็น อย่างดีและมีธรรมาภิบาล

## รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ



4. ผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ

4.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมกรบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้

ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมกรบริหารแบบธรรมาภิบาล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 2.60 คะแนน (95%CI=2.24-2.97) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาลเพิ่มขึ้น 3.81 คะแนน (95%CI=3.26-4.36) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลเพิ่มขึ้น 3.51 คะแนน (95%CI=3.23-3.79) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กรเพิ่มขึ้น 3.09 คะแนน (95%CI=2.73-3.44) และ

พฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน  
จังหวัดศรีสะเกษเพิ่มขึ้น 6.21 คะแนน

(95%CI=5.19-7.23) ตามลำดับ รายละเอียดตาม  
ตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้  
ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล  
การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลก่อนและหลัง  
การทดลอง

| การบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของ<br>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ<br>ตำบล | ก่อน<br>(n=33)<br>$\bar{X}$ (S.D.) | หลัง<br>(n=33)<br>$\bar{X}$ (S.D.) | $\bar{d}$ | 95%CI     | t       | p-value |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------|-----------|---------|---------|
| ความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล                                        | 5.40(0.74)                         | 8.00(0.79)                         | 2.60      | 2.24-2.97 | 14.5496 | <0.001  |
| การรับรู้ความสามารถของตน                                                   | 15.15(3.93)                        | 18.96(3.09)                        | 3.81      | 3.26-4.36 | 14.1482 | <0.001  |
| ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล                                       | 16.18(2.35)                        | 19.69(2.43)                        | 3.51      | 3.23-3.79 | 25.3890 | <0.001  |
| การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร                                          | 14.78(1.70)                        | 17.87(1.45)                        | 3.09      | 2.73-3.44 | 17.5575 | <0.001  |
| พฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาล                                             | 14.82(2.24)                        | 21.03(2.57)                        | 6.21      | 5.19-7.23 | 12.3887 | <0.001  |

### อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ คือ การประเมินผลและการตรวจสอบ กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากผู้บังคับบัญชา การนิเทศติดตามเพื่อให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานมีความสำคัญ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจในการบริหารงานที่ถูกต้อง การให้กำลังใจ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับการศึกษาของประจวบ พวงสมบัติ<sup>(5)</sup> ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระที่ร่วมทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน

จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ การยอมรับนับถือในตัวของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความรับผิดชอบของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลความสำเร็จในการทำงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนโยบาย และการบริหารงานของผู้บังคับบัญชา และการได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสมโดยตัวแปรอิสระ ทั้ง 5 ตัวแปร สามารถทำนายการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าอำนาจในการทำนายร่วมกันร้อยละ 63.80 ( $R^2 = 0.638$ ) อนุพันธ์ ประจักษ์<sup>(8)</sup> ศึกษาปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ตีที่ร่วมกันพยากรณ์การบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ มี 4 ตัวแปร คือ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การประเมินและการตรวจสอบ ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรร

มาภิบาล และ อายุราชการ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 52.9 ( $R^2=0.529$ ) ตามลำดับ

การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart<sup>(7)</sup> ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและสมรรถนะแห่งตนมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในประชาชนเขตเมืองจังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 12 สัปดาห์ ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทจังหวัดศรีสะเกษเนื่องจากผู้วิจัยพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาเชิงสาเหตุ พัฒนารูปแบบที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน และการจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเต็มที่จนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญส่ง ไชยรัมย์<sup>(9)</sup> การพัฒนาแบบการบริหารสถานศึกษาขนาดเล็กโดยใช้หลักธรรมาภิบาล ผลการวิจัยพบว่า การบริหารสถานศึกษาขนาดเล็กโดยใช้หลักธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักประสิทธิผล ประกอบด้วยการมีวิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์ การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพ การปฏิบัติงานมี

ทิศทางและเป้าประสงค์ที่ชัดเจน กระบวนการปฏิบัติงานและระบบงานที่เป็นมาตรฐาน และการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2) หลักประสิทธิภาพ ประกอบด้วย วิธีการบริหารจัดการที่ส่งผลให้สถานศึกษาประหยัดงบประมาณและระยะเวลา และการพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน 3) หลักการตอบสนอง ประกอบด้วย การรับรู้ความคาดหวัง/ความต้องการของบุคลากร นักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชนการสร้าง ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจต่อผู้ปกครอง และชุมชน 4) หลักความรับผิดชอบ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่และผลงานต่อเป้าหมายที่กำหนด และการแสดงถึงความสำนึกในการรับผิดชอบต่อปัญหา 5) หลักความโปร่งใส ประกอบด้วย การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร และระบบการตรวจสอบภายใน 6) หลักการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การรับฟังข้อความคิดเห็น กลไกการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารสถานศึกษา 7) หลักการกระจายอำนาจ ประกอบด้วย การถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจแก่บุคลากร และ 8) การมอบอำนาจและความรับผิดชอบ ธนากร คงช่วย<sup>(2)</sup> การพัฒนาแบบการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลโรงเรียนบ้านควนสระ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต 3 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลโรงเรียนบ้านควนสระ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานีเขต 3 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การจัดตั้งกรรมการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผล 2) กำหนดนโยบายเกี่ยวกับธรรมาภิบาล 3) กำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และกลยุทธ์เพื่อควบคุมและประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้เป็นระยะ 4) การกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน สถานศึกษาต้องสร้างระบบติดตามและประเมินผลขึ้นมาเพื่อกำกับการดำเนินงานตามแผนการทำงาน และ 5) การเผยแพร่ผลการดำเนินงาน และสิริพร

วงศ์ศรี<sup>(10)</sup> การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ดีที่ร่วมกันพยากรณ์การบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี มี 4 ตัวแปร คือ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การประเมินและการตรวจสอบทัศนคติต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล และอายุราชการ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ ทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานีได้ ร้อยละ 52.9 ด้านการพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างการบริหารแบบครอบครัว (2) การสร้างการมีส่วนร่วมและโปร่งใส (3) การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเพื่อนร่วมงาน (4) การปลูกฝังการมีจริยธรรมและศีลธรรม และ (5) การสร้างค่านิยมใหม่ที่ต้องการ ตามลำดับ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ คือ การประเมินผลและการตรวจสอบ ควรให้ความสำคัญกับการนิเทศ ติดตาม การประเมินผล รวมถึงการให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนให้ความชัดเจนในการบริหารงานให้เกิดประสิทธิภาพ อันจะส่งผลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

1.2 การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ ควรพัฒนาตามบริบทของพื้นที่ ปัญหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และแนวคิดทฤษฎี เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และผู้มีส่วนได้เสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน เปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม

1.3 ควรนำรูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ มาประยุกต์ใช้กับการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารทุกระดับในจังหวัดศรีสะเกษ อันจะนำสู่การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิผลในพื้นที่อื่น หรือ กลุ่มผู้บริหารกลุ่มอื่น โดยการขยายระยะเวลาการวัดที่ต่างกัน หรือเก็บข้อมูลรายสัปดาห์เพื่อดูแนวโน้มประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมฯ เปรียบเทียบกับรูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งที่เป็นรูปแบบปกติ และรูปแบบที่มีการพัฒนาใหม่ๆ เพื่อให้สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบที่มีความเหมาะสม เพิ่มประสิทธิผลการรูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- 1.ทรงลักษณ์ ณ นคร. (2557). การพัฒนาแบบประเมินธรรมาภิบาลในองค์การพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2557.
- 2.ธนากร คงช่วย. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลโรงเรียนบ้านควนสระสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต 3.
- 3.วิจิตรา แป้นจันทร์ และคณะ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดกำแพงเพชร. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- 4.สุนันทา เงินแจ่ม. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากำแพงเพชร เขต 2. ปรินญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- 5.ประจวบ พวงสมบัติ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- 6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ผลการปฏิบัติงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2565. ศรีสะเกษ: สำนักงาน; 2565.
- 7.Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University, 1988.
- 8.อนุพันธ์ ประจักษ์. (2557). ปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น จังหวัดศรีสะเกษ. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- 9.บุญส่ง ไชยรัมย์. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารสถานศึกษาขนาดเล็กโดยใช้หลัก ธรรมาภิบาล. วารสารการบริหารการศึกษาและภาวะผู้นำ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- 10.สิริพร วงศ์ตรี. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors Influencing Prevention and Control Behavior of Coronavirus Disease 2019  
(COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province

(Received: August 4, 2022 ; Accepted: August 21, 2022)

อดิศักดิ์ บุญเสนอ<sup>1</sup>

Adisak Boonsaner<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 340 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึง กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 51.8 ( $R^2 = 0.518$ ,  $R^2_{adj} = 0.514$ ,  $SE_{est} = 2.097$ ,  $F = 123.82$ ,  $p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว

**คำสำคัญ:** ปัจจัย พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

A Cross-sectional analytical research aimed to study factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province. The 340 samples were collected by using a questionnaire between June 2022 and July 2022. The data were analyzed by frequency, percentage, means, standard deviation, median, percentile 25 and 75 for descriptive statistics and factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) were analyzed with multiple regression analysis by Stepwise method. The study showed,

<sup>1</sup> รพ.สต.บ้านโนนผึ้ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์จังหวัดศรีสะเกษ

factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province composed of 3 factors were social support for disease prevention and control, perceived barriers to disease prevention and control, and perceived benefits of disease prevention and control and 3 predictors can explain the variance of factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province at 51.8 percent ( $R^2=0.518$ ,  $R^2_{adj}=0.514$ ,  $SE_{est}=2.097$ ,  $F=123.82$ ,  $p<0.001$ ) statistically significant at 0.05 level. The change in prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 must pay attention to such factors.

**Keywords:** Factors, Prevention and Control Behavior, Coronavirus Disease 2019

## บทนำ

โรคโควิด 19 คือโรคติดต่อที่เกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ มีการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคมปี 2019 และขณะนี้โรคโควิด 19 ได้มีการระบาดไปอย่างแพร่หลาย ส่งผลกระทบแก่หลายประเทศทั่วโลก อาการทั่วไปของโรคโควิด 19 ที่พบมากที่สุดคือ ไข้ ไอ ลื่นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น และอ่อนเพลีย และ โรคนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลายจากจมูกหรือปาก ซึ่งแพร่กระจายออกมาเมื่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 ไอ จาม หรือพูด รับจึงเชื้อโรคโควิด 19 ได้จากการหายใจเอาละอองเข้าไปจากผู้ป่วย<sup>(1)</sup> ปัจจุบันทั่วทั้งโลกมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 รวมแล้วจำนวน 219 ล้านราย และเสียชีวิตจากโรคนี้ทั้งสิ้น 4.55 ล้านราย ซึ่งประเทศที่มีสถิติติดเชื้อสะสมสูงสุดตั้งแต่โรคอุบัติมาคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 44.4 ล้านราย รองลงมาคือ ประเทศอินเดีย จำนวน 34 ล้านราย ซึ่งประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 1.76 ล้านราย อยู่ที่อันดับที่ 24 ของโลก และอันดับที่ 5 ของทวีปเอเชีย และ ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2564 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 18,123 ราย และมีการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างน้อยหนึ่งหมื่นรายในทุกวัน<sup>(2)</sup> ในจังหวัดศรีสะเกษมีผู้ติดเชื้อสะสม 15,560 ราย เสียชีวิต 75 ราย และอำเภอ

กันทรารมย์มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 826 ราย เสียชีวิต 7 ราย ในพื้นที่ตำบลโนนสังมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดมาจำนวนทั้งสิ้น 49 ราย และยังไม่พบผู้เสียชีวิต<sup>(3)</sup>

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และ สภาพจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีประกาศยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา จำกัดการเดินทางทั้งในและต่างประเทศ งดกิจกรรมทางศาสนา และ เทศกาลต่าง ๆ เกิดวัฒนธรรมใหม่ (New Normal) มีการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการปิดโรงแรม ร้านอาหาร และศาสนสถาน ประกาศปิดสถานบันเทิง<sup>(4)</sup> อีกทั้งยังส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนในด้านการเปิดปิดสถานศึกษา งบประมาณในการสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค วัสดุอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการ<sup>(5)</sup> จากข้อมูลการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคขอรัฐบาลส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น การเดินทางร้อยละ 63.5 การกินอยู่ร้อยละ 63.0 ไม่สามารถจัดงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ร้อยละ 61.5

กิจกรรมด้านความงามร้อยละ 61.0 และการใช้จ่ายในผ่านห้างสรรพสินค้าร้อยละ 58.0 ข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการจบการศึกษาร้อยละ 61.0 ขาดวัสดุอุปกรณ์การสอนออนไลน์ ร้อยละ 43.0 ขาดระบบการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตสำหรับการจัดการเรียนการสอนร้อยละ 38.5 หน่วยงานที่รับผิดชอบสุขภาพประชาชนขาดสิ่งสนับสนุน เช่น หนากากอนามัย ร้อยละ 50.5 ขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 48.5 ขาดอุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 41.5<sup>(6)</sup> ด้านเศรษฐกิจ พบปัญหาด้านการบริหารคนของสถานประกอบการโดยการลดจำนวนพนักงานหรือให้หยุดงาน ร้อยละ 18.9 ลดระยะเวลาการทำงานนอกเวลาปกติ ร้อยละ 18.0 คนค้าขายทั่วไปมีรายได้ลดลงร้อยละ 18.2 ผู้รับจ้าง ผู้จ้างเหมา และผู้ประกอบการอาชีพอื่น ๆ มีรายได้ลดลงร้อยละ 18.4<sup>(7)</sup> ระบาดวิทยาการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันการนำเชื้อไปสู่บุคคลอื่น จากการวิจัยที่ผ่านมาพบปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทักษะคิด สิ่งสนับสนุน แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019<sup>(8)</sup> ผู้ป่วยที่พบอาการรุนแรงคือผู้สูงอายุร้อยละ 64.0 ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องร้อยละ 26.0 มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา Rahman A, et al.<sup>(9)</sup> ศึกษาพบว่าความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Barati M, et al.<sup>(10)</sup> พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ความคาดหวังในความสามารถของตน และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพ และคณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2563) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด และการ

รับรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 22 อำเภอ 206 ตำบล 2,633 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 1,472,859 คน มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อรายแรกในเดือนมีนาคม 2563 และเดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 163 ราย<sup>(3)</sup> จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 175 คน พบว่า มีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 88 มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ร้อยละ 86.29 หลีกเลี้ยงการอยู่ในสถานที่คนพลุกพล่าน ร้อยละ 71.43 รักษาระยะห่าง ร้อยละ 74.29 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 88.8 และลงทะเบียน “ไทยชนะ” ร้อยละ 71.41 ส่วนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนมีความกังวลมาก ร้อยละ 40.4<sup>(11)</sup> ประชาชนจำเป็นต้องมีพฤติกรรมกาป้องกันตนเอง การป้องกันบุคคลในครอบครัวอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการมีพฤติกรรมกาป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากปัจจัยหลายๆ ด้านทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านอื่นๆ จากการระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ตำบลโนนสังพบว่าประชาชนในพื้นที่มีการตื่นตัวในการป้องกันตนจากโรคโควิด 19 จากเน้นย้ำของภาคการสาธารณสุขในระดับประเทศและระดับจังหวัด ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมป้องกัน และเฝ้าระวังโรคอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการงดกิจกรรมรวมกลุ่มของคนหมู่มาก การอยู่ร่วมกันในชุมชน การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า หมั่นล้างมือบ่อย ๆ และต้องรักษาระยะห่างทางสังคม ทำให้การระบาดของโรคในพื้นที่ไม่รุนแรงมากนัก สามารถควบคุมโรคได้อย่างทันการณผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมและมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนสัง เพื่อที่จะได้

ทราบและนำแนวทางพฤติกรรมเหล่านั้น มาปรับใช้  
ในการรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคได้อย่าง  
แพร่หลายในพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะทาง  
ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย  
ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว เครื่องดื่ม  
แอลกอฮอล์ ประวัติการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่  
มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค  
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบล  
โนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านความรู้ในการ  
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 ทศนคติในการป้องกันและควบคุม  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแรงสนับสนุน  
ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและ  
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ  
ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัด  
ศรีสะเกษ

### สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร  
ได้แก่ เพศ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระดับ  
การศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์  
ประวัติการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง มีอิทธิพลต่อ  
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. ปัจจัยทางด้านความรู้ในการป้องกัน  
และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้  
ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019 ทศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 และแรงสนับสนุนทางสังคม มี  
อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค  
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบล  
โนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต  
(Observational research) แบบภาคตัดขวางเชิง  
วิเคราะห์ (A Cross-sectional analytical  
study) ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อศึกษาปัจจัยที่  
มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค  
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบล  
โนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ  
ระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึง กรกฎาคม 2565

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์  
จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน  
7,066 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลโนนสัง  
อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการ  
คำนวณ จำนวน 350 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม  
การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์  
จังหวัดศรีสะเกษ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวน  
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 9  
ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทาง  
ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย  
ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว การดื่ม

แอลกอฮอล์ และประวัติการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 ทศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 9 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับงานวิจัยไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาของคำถามในแต่ละข้อว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ความครอบคลุมของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมทั่วไปของแบบสอบถามเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนตำบลนูน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ทำการ

คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.86 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.84 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.82 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.74 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.78 ทศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.76 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.80 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Study) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเดียว (Bivariate analysis) ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยวิธีของ Pearson's moment Product และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression แบบ Step wise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรี  
สะเกษ

### ผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 มีอายุเฉลี่ย 49.25 ปี (S.D. = 9.59 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.7 มีมีฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,700 บาท ( $P_{25} = 5,000$  บาท :  $P_{75} = 20,000$  บาท) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72.3 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 63.7 มีผู้ที่ไม่เคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมากที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามประกาศของ ศบค. ร้อยละ 91.4 เคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก

มากภายใน 14 วัน ร้อยละ 2.3 และเกินกว่า 14 วัน ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

2.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 3 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 51.8 ( $R^2=0.518$ ,  $R^2_{adj}=0.514$ ,  $SE_{est}=2.097$ ,  $F=123.82$ ,  $p<0.001$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ (n=350 คน)

| โมเดล<br>วิเคราะห์                                                                            | ตัวแปร                                           | สัมประสิทธิ์ถดถอย<br>(Coefficient) |         | $R^2$ | $R^2_{adj}$ | $Sr^2$ | $R^2$<br>change |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|---------|-------|-------------|--------|-----------------|
|                                                                                               |                                                  | B                                  | $\beta$ |       |             |        |                 |
| โมเดล<br>ที่ดีที่สุด                                                                          | แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ<br>ป้องกันและควบคุมโรค | 0.612                              | 0.537   | 0.462 | 0.460       | 2.209  | 0.462           |
|                                                                                               | การรับรู้อุปสรรคของการ<br>ป้องกันและควบคุมโรค    | 0.235                              | 0.217   | 0.508 | 0.506       | 2.114  | 0.047           |
|                                                                                               | การรับรู้ประโยชน์ของการ<br>ป้องกันและควบคุมโรค   | 0.100                              | 0.106   | 0.518 | 0.514       | 2.097  | 0.009           |
| Constant = 17.00, $R^2=0.518$ , $R^2_{adj}=0.514$ , $SE_{est}=2.097$ , $F=123.82$ , $p<0.001$ |                                                  |                                    |         |       |             |        |                 |

### อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 3 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้

อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง

อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 51.8 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยทางแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งให้เห็นว่า การที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม บุคคลจะเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไข ปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ และมีความเครียดลดลง ส่วนผลทางด้านร่างกาย คือส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย และมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคสูง ได้แก่ การสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของวิริญญา ศรีบุญเรืองและคณะ<sup>(12)</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันด้านการต้านทานการติดเชื้อ COVID-19 เป็นปัจจัยสำคัญที่ได้รับความช่วยเหลือจากการสนับสนุนในหน่วยงานต่างๆหรือการให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์การป้องกันการเช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เพื่อช่วยเยียวยาและลดปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 คะแนนเฉลี่ยด้านปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 4.26 (S.D.=0.59) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 พบว่าปัจจัยนำความรู้เรื่องเชื้อ COVID-19 ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้ข้อมูล

และข่าวสารของเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันด้านการต้านทานการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.615$ ,  $r=0.484$ ,  $r=0.610$ ,  $p<0.001$ )

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค เป็นการรับรู้ด้านสุขภาพที่เกิดการรับรู้จากภายนอกจนส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งหากบุคคลเกิดการรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการแสดงพฤติกรรมจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการในการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคจนสามารถการป้องกันและควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิญญูทัตญญ บัญทัน และ คณะ<sup>(13)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ .98 (SD=.71) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r= -.328$ ,  $p=.000$ )

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคเป็นความเชื่อของบุคคลที่คาดหวังประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งประโยชน์ภายนอก เช่น ได้รับรางวัล เป็นต้น และประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกเมื่อยาลาลลดลง กระปรี้กระเปร่า เป็นต้น ทำให้เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติ ระยะแรกบุคคลจะรับรู้ประโยชน์จากภายนอกมากกว่า แต่ประโยชน์ภายในจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของวิญญูทัตญญ บัญ

ทัน และ คณะ<sup>(13)</sup> เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 2.53 (SD=.47) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.625$   $p=.000$ )

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

#### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในการวิจัย

1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มากที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ ควรเร่งสร้างการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับทั้งความรู้ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพลดการแพร่เชื้อและการติดเชื้อต่อไป

1.2 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในลำดับรองลงมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ ควรเร่งสร้างการรับรู้ดังกล่าวให้กับประชาชนให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพลดการแพร่เชื้อและการติดเชื้อต่อไป

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ควรจะทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ หรือการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนแบบบูรณาการหรือแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February, 2021.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://ddc.moph.go.th/index.php>. ธันวาคม, 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ข้อมูลสำคัญของจังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019(Covid 19). การสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Covid 19). <http://www.sisaket.go.th/covid19>, 2564.

4. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. CMRP. 2020;10:78-79, 2020.
5. Sintema EJ. Effect of COVID-19 on the performance of grade 12 students: Implications for STEM education. EURASIA J Math Sci Tech Ed. 2020;16(7), em1851, 2020.
6. นงเยาว เกษตรภิบาล. การศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากโรคโควิด-19. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2563.
7. อรรถจักร สัตยานุรักษ์, บุญเลิศ วิเศษปรีชา, ประภาส ปนตบแต่ง, สมชาย ปรีชาศิลปกุล, ณัฐพงศ์ จิตรนิรัตน์, ธนิต โตดิเทพย, และคณะ. คนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง. สืบค้นจาก <https://www.isranews.org/article/isranews/download/18017/87576/18.html>. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน, 2563.
8. Wadood A, Mamun AS, Rafi A, Islam K, Mohd S, Lee LL, Hossain G. Knowledge, attitude, practice and perception regarding COVID-19 among students in Bangladesh: Survey in Rajshahi University. medRxiv. 2020.04.21.20074757, 2020.
9. Rahman A, Sathi NJ. Knowledge, attitude, and preventive practices toward COVID-19 among Bangladeshi internet users. J Gen Intern Med. 2020;17(5), 2020.
10. Barati M, Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, RezapurShahkolai F, Moeini B. Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: An application of the protection motivation theory. J Hosp Infect. 2020;105(3):430-433, 2020.
11. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด – 19 ครั้งที่ 7. วันที่ 23 มกราคม – 20 กุมภาพันธ์, 2564.
12. วิชญญา ศรีบุญเรือง, ธนรัตน์ นิลวัฒนา, ศิริโสภา สำราญสุข, กนกพร อนิรัถย์, ศานสันต์ รักแตงามและปวีณา สปีลเลอร์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 2564.
13. วิญญ์ทัณญ บัญทัน, พัชรภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุติมา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครชนพลและจริยาวัตร คมพยัคฆ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม, 2563.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม  
DEVELOPMENT OF HANDICAPPED PROSTHETIC LEG CARE GUIDELINES AT DON TUM  
HOSPITAL NAKHON PATHOM PROVINCE

(Received: July 19,2022 ; Accepted: July 22,2022)

อิสริย์ จิงสำราญพงศ์<sup>1</sup>

Isree Juengsamranphong<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้พิการขาเทียม กำหนดแนวทางในการดูแลผู้พิการขาเทียม และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2564 รวม 24 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องใส่ขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ปี 2562 จำนวน 425 ราย ปี 2563 จำนวน 140 ราย และปี 2564 จำนวน 86 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลจาก การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test ด้วยเทคนิค Repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมก่อนใส่ขาเทียม ระหว่าง ปี 2560-2562 ปี 2563 และ ปี 2564 โดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การดูแลต่อขาเบื้องต้น การพันผ้าให้พร้อมสำหรับการใส่ขาเทียม การจัดการสภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสียอวัยวะไปแล้ว ขั้นตอนในการเตรียมกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการนั่งและเหยียดเข้า ผีกทำทางการเคลื่อนไหวตำแหน่งต่าง ๆ และฝึกยืดกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อยึดติด และความเข้าใจในการดูแลขาเทียม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทาง , การดูแลผู้พิการขาเทียม

**ABSTRACT**

This research was research and development aimed to studied the problem condition of people with prosthetic leg disabilities , set guidelines for caring for people with prosthetic limbs and development of guidelines for the care of the handicapped prosthetic leg at Don Tum Hospital Nakhon Pathom Province. The study period is between October 2019 and September 2021, totaling 24 months. Sample size were those who have been diagnosed with prosthetic limbs at Don Tum Hospital Nakhon Pathom Province during the year 2019 amounting to 425 cases, year 2020 numbering 140 cases and year 2021 amounting 86 cases. Data were collected by questionnaire and analyzed by frequency distribution, percentage, arithmetic mean Standard deviation F-test by Repeated measurement technique, pairwise comparison by LSD and Content Analysis.

<sup>1</sup> โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม Corresponding author: E-mail srs.mk62@gmail.com

The results of the study found that readiness before wearing prostheses during the years 2019, 2020 and 2021 in general and in each aspect are as follows basic leg stump care, To wrap the cloth ready for the prosthetic leg, Managing conditions that occur after dismemberment, Steps to prepare your muscles and sit and straighten your knees, Practicing movements in different positions and stretching exercises to prevent muscle tension and understanding of prosthetic limb care There was a statistically significant difference at the .05 level, with the year 2021 having the highest mean score.

**Keywords:** development of guidelines, care for the disabled with prosthetic limbs

## บทนำ

คนพิการเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญของประเทศซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีทั้งคนพิการที่พิการมาแต่กำเนิดและพิการภายหลังเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือสาเหตุอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การเกิดภัยพิบัติ การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปความพิการเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนในสังคมไม่พึงปรารถนาให้เกิดขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ก็เป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมต้องช่วยกันดูแล ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน ให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเสมือนบุคคลทั่วไป<sup>1</sup>

สำหรับประเทศไทยจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2560 ประเทศไทยมีคนพิการ 3.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรทั้งหมด เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว สูงถึงร้อยละ 49.65 ในจำนวนนี้พิการแขนขาขาดกว่า 50,000 ราย และพบว่าผู้ที่ต้องถูกตัดขา กลายเป็นคนพิการรายใหม่เพิ่มปีละประมาณ 3,500 ราย กลายเป็นคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น<sup>2</sup> ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องโดนตัดขาส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 54 เกิดจาก โรคที่มีความผิดปกติของการไหลเวียน เช่น เบาหวาน และความผิดปกติของหลอดเลือดอื่น ๆ เช่น มีการอุดตันของลิ้มเลือด (Acute Limb Ischemia) ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่ได้ รองลงมาคือ จากอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้เส้นเลือดและเส้นประสาทมีการฉีกขาด

อย่างมากจนทำให้อวัยวะส่วนนั้น ๆ ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ ประมาณร้อยละ 45 และจากการติดเครื่องแรงประมาณ ร้อยละ 7 และจากมะเร็งและความพิการของอวัยวะนั้น ๆ ประมาณร้อยละ 2 ตามลำดับ<sup>3,4,5</sup>

ผลกระทบของการตัดขาที่มีความหลากหลาย และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ปัจจัยที่อาจทำให้ผลกระทบของการขาดขาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน เช่น ชนิดของการผ่าตัด อายุ สภาพร่างกาย ก่อนผ่าตัด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เป็นต้น และถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยต้องโดนขาจากการเกิดอุบัติเหตุแบบกะทันหันประสบการณเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ หลังการเกิดเหตุการณ์ เช่น ฝันร้าย นอนไม่หลับ หวาดผวา จนถึงภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียอวัยวะได้ เนื่องจากเขาไม่มีเวลาเตรียมใจสำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ ในผู้ป่วยบางราย อาจเกิดภาวะสูญเสียภาพลักษณ์จนไม่กล้าเข้าสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสังเกตเอาใจใส่ผู้ป่วยให้มาก ให้ความสนใจสังเกตความต้องการของผู้ป่วยต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการเวลาสักกระยะหนึ่งในการยอมรับความรู้สึกของตนเอง ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณเองสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นผลสำเร็จ<sup>6</sup>

ในการดูแลผู้ป่วยพิการขาขาดจำเป็นต้องมีการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย<sup>7,8</sup> ประกอบด้วยกิจกรรมทางกายภาพบำบัด

กิจกรรมบำบัด การทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเพิ่มหรือคงระดับความสามารถได้ โดยมีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาโรค (Rehabilitation in acute phase) โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติ จะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู (Subacute rehabilitation) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้น จะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว (long term หรือ maintenance phase) เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หากผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถต่ำลงจากโรคหรือมีความพิการไม่ได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมภายหลังการรักษาโรค อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้พิการขาเทียม โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนใส่ขาเทียม และความเข้าใจในการดูแลขาเทียม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียม โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2564

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องใส่ขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
  - 2.1 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องใส่ขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 2562 จำนวน 425 ราย
  - 2.2 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องใส่ขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 2563 จำนวน 140 ราย
  - 2.3 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องใส่ขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 2564 จำนวน 86 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียม โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้พิการขาเทียม การจัดจำแนกความต้องการ และกำหนดแนวทางในการดูแลผู้พิการขาเทียม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตาม ประเมินผล ถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และปรับปรุงแนวทางในการดำเนินงาน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
  - 2.1 ทะเบียนประวัติการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความพร้อมก่อนใส่ขาเทียม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดังนี้<sup>9</sup>

|             |              |
|-------------|--------------|
| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล        |
| 4.21 – 5.00 | เหมาะสมมาก   |
| 3.41 – 4.20 | เหมาะสม      |
| 2.61 – 3.40 | ปานกลาง      |
| 1.81 – 2.60 | พอใช้        |
| 1.00 - 1.80 | ต้องปรับปรุง |

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอห้วยซ้อย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .733

2.3 แบบวัดความเข้าใจในการดูแลขาเทียม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

|            |                                            |
|------------|--------------------------------------------|
| มากที่สุด  | หมายถึง มีความเข้าใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน  |
| มาก        | หมายถึง มีความเข้าใจมาก ให้ 4 คะแนน        |
| ปานกลาง    | หมายถึง มีความเข้าใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน    |
| น้อย       | หมายถึง มีความเข้าใจน้อย ให้ 2 คะแนน       |
| น้อยที่สุด | หมายถึง มีความเข้าใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน |

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้<sup>9</sup>

|             |       |
|-------------|-------|
| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล |
|-------------|-------|

4.21 – 5.00 เหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 เหมาะสม

2.61 – 3.40 ปานกลาง

1.81 – 2.60 พอใช้

1.00 - 1.80 ต้องปรับปรุง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอห้วยซ้อย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .884

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียม โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้พิการขาเทียม กำหนดแนวทางในการดูแลผู้พิการขาเทียม และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียม โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้พิการขาเทียม
2. จัดจำแนกความต้องการ และกำหนดแนวทางในการดูแลผู้พิการขาเทียม
3. ดำเนินการ ตามแนวทางที่กำหนดไว้
4. ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
5. ปรับปรุงแนวทางในการดำเนินงาน
6. สรุปผลการดำเนินงาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ F-test ด้วยเทคนิค Repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม หมายเลขรับรอง: 012/2562 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2562

### ผลการวิจัย

1. ความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมและความเข้าใจในการดูแลขาเทียม

1.1. ความพร้อมก่อนใส่ขาเทียม พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ยกเว้น การนั่งและเหยียดขา ฝึกท่าทางการเคลื่อนไหว ตำแหน่งต่าง ๆ และฝึกยืดกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อยึดติด อยู่ในระดับปานกลาง

1.2 ความเข้าใจในการดูแลขาเทียม พบว่าโดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมาก แต่มีบางข้อที่

อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การหัดเดินในสภาพพื้นผิวที่แตกต่างกัน เช่น พื้นดินที่ขรุขระ เดินขึ้นบันได เป็นต้น และการสวมถุงเท้าที่แห้งและสะอาดแม้ใส่ขาเทียม ใส่รองเท้าที่พอดีกับเท้า และไม่ปรับเปลี่ยนความสูงของส้นรองเท้า

2. กำหนดขั้นตอนการใส่ขาเทียมตามระดับความพิการ ได้แก่ ขั้นตอนการใส่ขาเทียม ระดับเหนือเข่า ขั้นตอนการใส่ขาเทียม ระดับใต้เข่า ขั้นตอนการใส่ขาเทียม ระดับข้อเข่า และขั้นตอนการใส่ขาเทียม ระดับข้อเท้า

3. ผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

3.1 ความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมและความเข้าใจในการดูแลขาเทียม ปี 2563 โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมาก และ ความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมและความเข้าใจในการดูแลขาเทียม ปี 2564 โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมระหว่าง ปี 2562 ปี 2563 และ ปี 2564 พบว่า โดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การดูแลต่อขา เบื้องต้น การพันผ้าให้พร้อมสำหรับการใส่ขาเทียม การจัดการสภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสียอวัยวะไปแล้ว ขั้นตอนในการเตรียมกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการนั่งและเหยียดขา ฝึกท่าทางการเคลื่อนไหวตำแหน่งต่าง ๆ และฝึกยืดกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อยึดติด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมระหว่าง ปี 2562 ปี 2563 และ ปี 2564

(F-test ด้วยเทคนิค Repeated measurement)

| ตัวแปร                                  | Mauchly's W | Approx. Chi-Square | df | p-value | Epsilon <sup>b</sup> |             |             |
|-----------------------------------------|-------------|--------------------|----|---------|----------------------|-------------|-------------|
|                                         |             |                    |    |         | Greenhouse-Geisser   | Huynh-Feldt | Lower-bound |
| 1.การดูแลต่อขาเบื้องต้น                 | .333        | 92.408             | 2  | .000    | .600                 | .604        | .500        |
| 2. การพันผ้าให้พร้อมสำหรับการใส่ขาเทียม | .410        | 74.832             | 2  | .000    | .629                 | .634        | .500        |

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมระหว่าง ปี 2562 ปี 2563 และ ปี 2564

(F-test ด้วยเทคนิค Repeated measurement)

| ตัวแปร                                                                                                            | Mauchly's W | Approx. Chi-Square | df | p-value | Epsilon <sup>b</sup> |             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|----|---------|----------------------|-------------|-------------|
|                                                                                                                   |             |                    |    |         | Greenhouse-Geisser   | Huynh-Feldt | Lower-bound |
| 3. การจัดการสภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสียอวัยวะไปแล้ว                                                         | .440        | 69.017             | 2  | .000    | .641                 | .646        | .500        |
| 4. ขั้นตอนในการเตรียมกล้ามเนื้อให้แข็งแรง                                                                         | .250        | 116.407            | 2  | .000    | .571                 | .574        | .500        |
| 5. การนั่งและเหยียดเข้า ผีกทำทางการเคลื่อนไหวตำแหน่งต่าง ๆ และฝึกยืดกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อยึดติด | .510        | 56.588             | 2  | .000    | .671                 | .678        | .500        |
| รวม                                                                                                               | .381        | 80.952             | 2  | .000    | .618                 | .622        | .500        |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแลขาเทียม ระหว่าง ปี 2562 ปี 2563 และ ปี 2564 ตาราง 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแลขาเทียม ระหว่าง ปี 2562 ปี 2563 และ ปี

2564 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแลขาเทียม ระหว่าง ปี 2562 ปี 2563 และ ปี 2564

(F-test ด้วยเทคนิค Repeated measurement)

| ตัวแปร     | Mauchly's W | Approx. Chi-Square | df | Sig. | Epsilon <sup>b</sup> |             |             |
|------------|-------------|--------------------|----|------|----------------------|-------------|-------------|
|            |             |                    |    |      | Greenhouse-Geisser   | Huynh-Feldt | Lower-bound |
| ความเข้าใจ | .536        | 52.450             | 2  | .000 | .683                 | .690        | .500        |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมและความเข้าใจในการดูแลขาเทียม ปี 2564 โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ ความพร้อมก่อนใส่ขาเทียมและความเข้าใจในการดูแลขาเทียม ระหว่าง ปี 2560-2562 ปี 2563 และ ปี 2564 พบว่า โดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การดูแลต่อขาเบื้องต้น การพันผ้าให้พร้อมสำหรับการใส่ขาเทียม การจัดการสภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสียอวัยวะไปแล้ว ขั้นตอนในการเตรียมกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการนั่งและเหยียดเข้า ผีกทำทางการเคลื่อนไหวตำแหน่งต่าง ๆ และฝึกยืดกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อ

ยึดติด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก มีการกำหนดขั้นตอนการใส่ขาเทียมตามระดับความพิการ ได้แก่ ขั้นตอนการใส่ขาเทียม ระดับเหนือเข่า ขั้นตอนการใส่ขาเทียมระดับใต้เข่า ขั้นตอนการใส่ขาเทียม ระดับข้อ และขั้นตอนการใส่ขาเทียม ระดับข้อเท้า <sup>10,11</sup> ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ <sup>12,13</sup> โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้พิการขาเทียม การจัดจำแนกความต้องการ และกำหนดแนวทางในการดูแลผู้พิการขาเทียม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตาม ประเมินผล ถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

และปรับปรุงแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและสามารถประยุกต์ให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของอัญญา ซาครันท์ และจาระบุตร หีบแก้ว (2561)<sup>14</sup> ได้ศึกษาการจัดการความรู้เรื่องการพัฒนากระบวนการทำขาเทียมให้แก่คนพิการที่ตัดขา ในจังหวัดมหาสารคาม เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะเวลาศึกษา คือ ปี 2557 ถึง 2560 ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการทำขาเทียมที่มีการเตรียมตอขาคนพิการก่อนสามารถลดอุบัติเหตุ การเกิดแผลหลังจากใส่ขาเทียมได้ร้อยละ 8.6 ก่อนพัฒนาระบบเหลือ ร้อยละ 4.4 หลังพัฒนาระบบ และตอขาไม่พร้อมทำขาเทียมเมื่อถึงวันนัดได้ร้อยละ 4.9 เหลือร้อยละ 2.2 สรุปและข้อเสนอแนะ ระบบการทำขาเทียมที่มีการเตรียมตอขา ก่อนการทำขาเทียมสามารถนำไปใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอายุการใช้งานของขาเทียมของคนพิการแต่ละราย และสอดคล้องกันกับการศึกษาของเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2559)<sup>15</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความแตกต่างของความพึงพอใจที่มีต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลในอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างคนพิการ มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้านสุขภาพ ต้องการคนช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน ร้อยละ 50 ด้านสภาพแวดล้อมต้องการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 35 ด้านสวัสดิการสังคม ต้องการเบี้ยยังชีพคนพิการเพิ่ม และการสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภค ร้อยละ 100 การพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลใช้กระบวนการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม (Participatory training) มีองค์ประกอบ

ดังนี้ 1) ผู้เข้าอบรมเป็นศูนย์กลาง ให้มีส่วนร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ สถานที่ และกำหนดการ 2) การเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ใช้การบรรยาย เอกสาร สนทนาด้านเจตคติใช้การเสวนา ด้านทักษะใช้การฝึกปฏิบัติ 3) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม 4) การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจ กล้าแสดงออก 5) การนำประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตประจำวันมีการกำหนดแผนติดตามเยี่ยมคนพิการ 6) การฝึกอบรมโดยใช้วิทยากรที่เชี่ยวชาญในการบรรยายและสาธิต 7) การเรียนรู้เป็นกลุ่ม เน้นการกระจายความรู้และทักษะแก่ทั้งกลุ่มทำให้เกิดทักษะจากผลการจัดกิจกรรมทำให้ความพึงพอใจของคนพิการที่มีต่อการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ( $P\text{-value} < 0.01$ )

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ในการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ควร มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้พิการขาเทียม การจัดจำแนกความต้องการ และกำหนดแนวทางในการดูแลผู้พิการขาเทียม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และปรับปรุงแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและสามารถประยุกต์ให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการจนเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. ในการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการขาเทียมโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการให้บริการต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. สุจินต์ สว่างศรี. การส่งเสริมอาชีพคนพิการทางสติปัญญาของโรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล จังหวัดลพบุรี  
โครงการวิจัย, แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2550
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.แถลงผล “การสำรวจความพิการ พ.ศ.2560” [ออนไลน์] 2560 เข้าถึงเมื่อ 14  
กุมภาพันธ์ 2563 เข้าถึงได้จาก  
[http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press\\_Release/2562/N29-03-62-1.aspx](http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2562/N29-03-62-1.aspx)
3. Amputee Coalition.(a). Limb loss statistics [Online] 2017 [cited 2017 July 5]. Available  
from URL : [http://www.amputee-coalition.org/limb-loss-resource-center/resources-](http://www.amputee-coalition.org/limb-loss-resource-center/resources-by-topic/limb-loss-statistics/limb-loss-statistics/#1)  
[by-topic/limb-loss-statistics/limb-loss-statistics/#1](http://www.amputee-coalition.org/limb-loss-resource-center/resources-by-topic/limb-loss-statistics/limb-loss-statistics/#1).
4. Harker J. Would healing complications associated with lower limb amputation. [Online]  
2017[cited 2017 November 27]. Available from URL:  
[http://www.worldwidewounds.com/2006/september/Harker/Wound-Healing-](http://www.worldwidewounds.com/2006/september/Harker/Wound-Healing-Complications-Limb-Amputation.html)  
[Complications-Limb-Amputation.html](http://www.worldwidewounds.com/2006/september/Harker/Wound-Healing-Complications-Limb-Amputation.html)
5. Ruff D. Caring for patients with lower limb amputation. Nursing Times.2015 111(30-31):  
24-25.
6. Virani A, Werunga J, Ewashen C, Green T.Caring for patients with limb amputation. Nurs  
Stand.2015: 30(6): 51-60.
7. วิไล มนต์ศิริวิทยา, อารมย์ ขุนถาษี.การฟื้นฟูผู้ป่วยแขนขาขาด : ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. สมาคมเวชศาสตร์  
ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 3. 2539. 795-811.
8. พัทธวิมล คุปต์นิริติศัยกุล. เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา.คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 2 .บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิง  
จำกัด.2543. 259-269.
9. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall.1981
10. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้พิการแขนขาขาด. แนวทางการฟื้นฟู  
สมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย.สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวง  
สาธารณสุข.2547.
11. ทศพร พียาชัย. ความรู้เกี่ยวกับขาเทียม . เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชากายอุปกรณ์ ภาควิชา  
กายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2548.
12. อนัญญา เจียนรัมย์. ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ในเขตองค์การบริหารส่วน  
ตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิทยบริการ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,2557. 25(1) 63-68
13. วิชูพรรณ ทินนบุตร. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการที่ใช้รถเข็นในเขตกรุงเทพมหานครและ  
ปริมณฑล. วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ,2559 26(1) 207-32.
14. อัญญา ภาครินทร์ จาระบุตร หีบแก้ว. การจัดการความรู้เรื่อง การพัฒนาระบบการทำขาเทียมให้แก่คน  
พิการที่ตัดขา ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
,2561. 2(3) 154-58
15. เทียนทอง ต๊ะแก้ว.การพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.  
วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 2559. 17(3). 24-32

## การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

### DEVELOPMENT OF THE ELDERLY CARE SYSTEM IN DEPRESSION UNDER THE COVID-19 SITUATION, BANG LEN HOSPITAL, NAKHON PATHOM PROVINCE

(Received: July 20,2022 ; Accepted: August 28,2022)

กมลลักษณ์ จินดาไตรรัตน์<sup>1</sup>

Kamolluck Chindatrairat<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ที่มีภาวะซึมเศร้า ปี 2564 จำนวน 51 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test (One way ANOVA) Dependent t-test และ การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผลการติดตามผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ทั้งสิ้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0 ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื้องต้น ทำอะไรไม่เพิลิตเพิลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวมมากกว่าก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบการดูแล

#### ABSTRACT

This research was research and development. Aimed to study the situation of depression in the elderly under the COVID-19 situation and developed the care system for the elderly in depression under the COVID-19 situation, Bang Len District, Nakhon Pathom Province. Sample size were 51 elderly in depression Bang Len Hospital. Nakhon Pathom Province. Data were collected by questionnaires. Data were analyzed by Descriptive statistics were frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation F-test by One way ANOVA technique Dependent t-test and Content Analysis.

The results of the study found that Outcomes of follow up elderly in depression of the village health volunteers, it was found that the MCATT Team was able to follow up and give advice to the elderly with depression in a total of 51 cases, representing 100.0%. A caregiver's understanding of caring for the elderly with depression It was found that when comparing the caregiver's understanding of

<sup>1</sup> พบ. โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม \*Corresponding author: E-mail srs.mk62@gmail.com

caring for the elderly with depression before and after enhancing understanding are different statistically significant at the .05 level, after the potential development have an understanding of the characteristics of depression boredom lack of enjoyment, slow thinking, loss of appetite, sleep problems, negative thoughts, overthinking, worrying about problems, and overall more than before.

Keywords: elderly in depression development of care systems

## บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ใน พ.ศ. 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่เร่งเร็วขึ้น ในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1 ล้านคน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 4 ของประชากร 26 ล้านคนเท่านั้น จนถึงปี 2548 เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นปีแรกเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2559 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด<sup>1</sup> องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยาม ผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุ กำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่

ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูง อายุ อยู่ในช่วง 55-75 ปี<sup>2</sup>

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เริ่มต้นในประเทศจีน และแพร่ระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงาน 209 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ นับตั้งแต่ 5 มกราคม 2563 – 8 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อจำนวน 182,312,439 ราย เสียชีวิต 3,942,101 ราย ส่วนสถานการณ์ต่างประเทศที่มียอดผู้ป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย 33,652,098 ราย เสียชีวิต 604,474 ราย ประเทศอินเดียพบผู้ป่วย 30,362,848 ราย เสียชีวิต 398,454 ราย และประเทศบราซิลพบผู้ป่วย 18,513,305 ราย เสียชีวิต 515,985 ราย ซึ่งอาการโรค คือ มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ จมูกไม่ได้รับกลิ่น ลิ้นไม่ได้รับรส ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต ทั้งนี้หลักฐานการติดต่อจากคนสู่คนและเป็นการระบาดในระดับโลก<sup>3</sup> องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากเชื่อกันได้ว่ามีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จำนวน 756,505 เสียชีวิต 6,204 ราย ปัจจุบันเสี่ยงได้แก่ สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน อาชีพเสี่ยง เดินทางมาจากพื้นที่ควบคุมสูงสุดภายในประเทศ สถานที่เสี่ยง เช่น ตลาด คอก ชุมชน ก่อสร้าง นักแสดง นักพนัน สถานบันเทิง รวมทั้งเดินทางกลับมาจากต่างประเทศเสี่ยง ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้โรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โดยประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา<sup>4</sup>

ในช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 กลับมาระบาดอีกระลอกในประเทศไทย จำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตต่อวันเพิ่มขึ้นจนน่าตกใจ ซึ่งในกลุ่มของผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว ที่ได้รับเชื่อดังนั้นการดูแลจากญาติ หรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างถูกวิธี จะช่วยลดผลกระทบและความเสี่ยงที่จะเกิดกับต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อีกด้วย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายและอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากการสำรวจผลกระทบการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ต่อประชากรผู้สูงอายุไทย ที่ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ในด้านเศรษฐกิจและรายได้ ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการทำงาน มีอุปสรรคในการทำงานในช่วงการระบาดมากขึ้น รายได้จากการทำงาน หรือจากบุตร และดอกเบี้ยเงินออมมีสัดส่วนลดลง จากการสำรวจพบว่า 1 ใน 3 มีรายได้ไม่เพียงพอในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ด้านสุขภาพพบว่า 20% ของผู้สูงอายุรายงานว่าสุขภาพแย่ลงในช่วง COVID-19 อาจเนื่องมาจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด อาการที่รายงานมากที่สุด ได้แก่ วิดกกังวล ไม่อยากอาหาร เหนง ไม่มีความสุข เป็นต้น<sup>4</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม เพื่อทราบถึงสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์

COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐมต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

### ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 51 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการในการ การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ การกำหนดแนวทางในการควบคุม กำกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ

1.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการการศึกษา  
สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้  
สถานการณ์ COVID – 19 การวิเคราะห์ระบบการ  
ดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลบางเลน  
จังหวัดนครปฐม การทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติใน  
การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับให้  
เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ การติดตามผล  
การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุใน  
ภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับและสรุปผลการ  
ดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
ได้แก่

2.1 แบบวัดความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรค  
ซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า  
ด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย  
(8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วน  
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้  
คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านน้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้<sup>5</sup>

| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล      |
|-------------|------------|
| 4.21 – 5.00 | มากที่สุด  |
| 3.41 – 4.20 | มาก        |
| 2.61 – 3.40 | ปานกลาง    |
| 1.81 – 2.60 | น้อย       |
| 1.00 - 1.80 | น้อยที่สุด |

2.2 แบบวัดความเข้าใจภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้สูงอายุของผู้ดูแล มีความเข้าใจกับลักษณะโรค

ซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง การทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิด  
ซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทาง  
ลบ การคิดไม่ตก และความกังวลกับปัญหา  
สาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating  
Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านน้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ  
ความเข้าใจท่านน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้<sup>5</sup>

| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล      |
|-------------|------------|
| 4.21 – 5.00 | มากที่สุด  |
| 3.41 – 4.20 | มาก        |
| 2.61 – 3.40 | ปานกลาง    |
| 1.81 – 2.60 | น้อย       |
| 1.00 - 1.80 | น้อยที่สุด |

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศึ ก ษ า ได้  
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity )  
โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้  
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC)  
นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ  
แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่า  
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์  
อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach method) โดย  
แบบวัดความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2  
คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม  
(9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของ  
อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .763

และแบบวัดความเข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้ดูแล ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .934

### ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19
2. วิเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
3. การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า
4. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า
5. การควบคุม กำกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ การติดตามผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ และการทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์
6. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าที่ทบทวนแล้วของแต่ละระดับ
7. การควบคุม กำกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ การติดตามผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ และสรุปผลการดำเนินงาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ( Descriptive Statistics ) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ( Frequency Distribution ) ร้อยละ ( Percentage ) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (  $\bar{x}$  ) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( S.D. ) สถิติเชิงอนุมาน ( Inferential Statistics ) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ประกอบด้วย F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบความเข้าใจระหว่างกลุ่ม

Dependent t-test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจก่อนและหลังดำเนินการ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ( Content Analysis )

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม หมายเลขรับรอง 9/2565 ลงวันที่ 20 เมษายน 2565

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระหว่าง ปี 2560 – 2562 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในปี 2560 มีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6 ปี 2561 จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.0 ปี 2562 จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.5 และในปี 2563 จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6

2. การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 ประกอบด้วย

2.1 ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยแพทย์

2.2 การสร้าง MCATT team โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการทำ ความเข้าใจแบบคัดกรองทำให้ การเสริมสร้างความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการพัฒนาศักยภาพ โดยรวมและรายแบบคัดกรอง อยู่ในระดับมากที่สุด ไม่มีความแตกต่างกันและหลังการพัฒนาศักยภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการพัฒนา ศักยภาพ มีความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9

คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ (t มีค่าเป็นลบ)

3. MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ทั้งสิ้น 41 ราย (เป้าหมาย ปี 2563) คิดเป็นร้อยละ 100.0 แต่ยังไม่พบว่าความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 1 (ต.ค.-มี.ค.64) พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้มีโอกาสในการที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ดูแลอาจยังไม่เข้าใจในพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ จึงได้จัดให้มีการเสริมสร้างความเข้าใจให้กับผู้ดูแล ก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลับไปรักษาที่บ้าน ได้แก่ ลักษณะโรคซึมเศร้า การอาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ และการคิดไม่ตก กังวลกับปัญหา

4. ผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า

4.1 ผลการติดตามผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระยะที่ 2 (เม.ย.-ก.ย.64) ได้ทั้งสิ้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0

4.2 ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 (เม.ย.-ก.ย.64) พบว่า ก่อนเข้ารับการเสริมสร้างความเข้าใจ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับการเสริมสร้างความเข้าใจ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวม มากกว่าก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ (ตารางที่ 1 )

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ (Dependent t - test)

| ตัวแปร                                         | ก่อน   |      | หลัง   |      | df | t       | p-value | 95%CI    |          |
|------------------------------------------------|--------|------|--------|------|----|---------|---------|----------|----------|
|                                                | เฉลี่ย | S.D. | เฉลี่ย | S.D. |    |         |         | lower    | upper    |
| ลักษณะโรคซึมเศร้า                              | 3.16   | 0.29 | 4.79   | 0.36 | 50 | -20.618 | .000    | -1.78169 | -1.46537 |
| อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ | 3.14   | 0.26 | 4.80   | 0.34 | 50 | -23.061 | .000    | -1.80314 | -1.51421 |
| เบื่ออาหาร                                     | 3.09   | 0.16 | 4.88   | 0.20 | 50 | -40.937 | .000    | -1.87872 | -1.70298 |
| ปัญหาในการนอน                                  | 3.11   | 0.32 | 4.79   | 0.42 | 50 | -22.307 | .000    | -1.81103 | -1.51184 |
| ความคิดทางลบ                                   | 3.13   | 0.24 | 4.82   | 0.31 | 50 | -21.751 | .000    | -1.79507 | -1.49158 |
| คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา                         | 3.17   | 0.32 | 4.76   | 0.40 | 50 | -20.768 | .000    | -1.78673 | -1.47160 |
| รวม                                            | 3.14   | 0.25 | 4.81   | 0.33 | 50 | -2.211  | .032    | -.03957  | -.00189  |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย

ที่ หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทาง

ลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวม มากกว่า  
ก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ (t มีค่าเป็นลบ)

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา MCATT Team สามารถออก  
ติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้  
ทั้งสิ้น 41 ราย (เป้าหมาย ปี 2563) คิดเป็นร้อยละ  
100.0 ทั้งนี้เนื่องจากได้มีการได้จัดทำแนวปฏิบัติใน  
การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าขึ้นภายใต้กรอบแนว  
ทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ  
ทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ที่  
จัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการจัดการโรค  
ซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการ  
ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรมสุขภาพจิต ตามการ  
ดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนางานการป้องกันและ  
แก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า<sup>7</sup> ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพ  
อาสาสมัครสาธารณสุข<sup>9,10</sup> ในการทำความเข้าใจแบบ  
คัดกรองทำให้ การเสริมสร้างความเข้าใจกับแบบคัด  
กรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรค  
ซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่า  
ตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน ทำให้ความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า  
ด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9  
คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีส่วน  
ร่วมในการดำเนินงาน และเป็นส่วนหนึ่งของ MCATT  
team สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จันทิมา นว  
มะวัฒน์ และคณะ (2564)<sup>11</sup> ได้ศึกษาการมีส่วนร่วม  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกัน  
และเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยใช้ระบบ  
สารสนเทศทางภูมิศาสตร์ พบว่า 1) รูปแบบการมีส่วน  
ร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน ในการ  
ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19  
ประกอบด้วย กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม  
ของ อสม. และวิธีการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวัง  
โรค 2) ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อใช้ในการ  
ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดย  
ชุมชนได้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชันชื่อ  
“EpiScanCovid19” ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ มิ

แอปพลิเคชัน (สำหรับ อสม. กรอกข้อมูลการเฝ้าระวัง  
โรค วิเคราะห์ความเสี่ยงรายบุคคล แสดงคำแนะนำใน  
การดูแลตนเอง รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโค  
วิด 19 และพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน) และเว็บ  
แอปพลิเคชัน (สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./พชต. แสดง  
ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
19 ในพื้นที่และกำกับติดตามการดำเนินงานของอสม  
3) ประสิทธิภาพการใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์  
ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19  
พบว่า อสม. รับรู้ความเสี่ยงและให้คำแนะนำการ  
ปฏิบัติตนแก่ประชาชนได้ ส่งข้อมูลความเสี่ยงไปยัง  
รพ.สต. ได้อย่างรวดเร็ว และ รพ.สต. ติดตามการ  
ทำงานของ อสม. ได้ และรับทราบสถานการณ์ความ  
เสี่ยงในพื้นที่ ทั้ง อสม. และ รพ.สต. พึงพอใจต่อแอป  
พลิเคชันในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85 ผลลัพธ์ที่เกิดกับ  
อสม. และชุมชน สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อ/ผู้สัมผัสเชื้อ  
อย่างรวดเร็วและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่  
ได้ ชุมชนตื่นรู้สถานการณ์ความเสี่ยงในพื้นที่และ  
วางแผนป้องกันการแพร่ระบาดของโรค 4) ข้อเสนอ  
เชิงนโยบาย ประกอบด้วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ  
อสม. ในการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก สนับสนุนให้มีการใช้  
แอปพลิเคชัน “EpiScanCovid19” จัดให้มีการพัฒนา  
ศักยภาพของบุคลากรนักจัดการข้อมูล จัดให้มีระบบ  
การเฝ้าระวังและป้องกันโรคเฉพาะพื้นที่ และการ  
สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้  
แอปพลิเคชัน การเฝ้าระวังเชิงรุกและป้องกันโรคติด  
เชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการ  
ใช้แอปพลิเคชัน “EpiScanCovid19” เป็นกลยุทธ์  
ที่สำคัญที่จะหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคได้ จึง  
เป็นความท้าทายของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ  
ดำเนินงานป้องกันโรค ที่ร่วมสนับสนุนให้ดำเนินการ  
อย่างต่อเนื่องและขยายผลไปประยุกต์ใช้ในการ  
ป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศอย่าง  
เฉพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาและบริบทเชิงพื้นที่ได้  
อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แต่ยังพบว่าความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 1 พบว่า โดยรวม  
และรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้มีโอกาส

ในการที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ดูแลอาจยังไม่เข้าใจในพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ จึงได้จัดให้มีการเสริมสร้างความเข้าใจให้กับผู้ดูแล ก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลับไปรักษาที่บ้าน ได้แก่ ลักษณะโรคซึมเศร้า การอาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ และการคิดไม่ตก กังวลกับปัญหา ทำให้ ผลการติดตามผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระยะที่ 2 ได้ทั้งสิ้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0 และความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาเสริมสร้างความเข้าใจ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับการรักษาเสริมสร้างความเข้าใจ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวม มากกว่าก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว และ คณะ (2563)<sup>12</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19 ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรคมะเร็งประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการประชาสัมพันธ์ให้

ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ภาควิเคราะห์และประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลและภาควิเคราะห์อย่างเข้มแข็ง ภายใต้ “คนอุดรไม่ทอดทิ้ง กันฝ่าฟันโควิด” โดยสื่อสารข้อมูล ความรู้ รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย ข้อเสนอแนะสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาควิเคราะห์

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ให้มีความสำคัญกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จึงได้มีการวิเคราะห์และค้นหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล จึงได้กำหนดแนวปฏิบัติ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสร้างเสริมความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความคิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 ในหลายๆ รูปแบบทั้งที่ประสบความสำเร็จและที่มีปัญหาอุปสรรค เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสามารถรับมือกับโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคตต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลกประเทศไทย. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย [ออนไลน์] 2564. เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 8 สิงหาคม 2563
3. รายงานศูนย์อำนวยการต้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจังหวัดนครปฐม วันที่ 9 เมษายน 2563
4. โรงพยาบาลบาลเลน รายงานศูนย์ตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 2564.
5. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
6. บุญชม ศรีสะอาด. ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ : แสงทวีการพิมพ์ , 2555 .
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [ออนไลน์] 2563 เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2563. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=1>.
8. อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต (2 ed.). กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด, 2540.
9. อุไรรัชต์ บุญแท้. การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยยุทธศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิทยุศาสตร์การพัฒนาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, 2554.
10. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์; พัทธนี วินิจจะกุล; วราพร ศรีสุพรรณ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2562 8(2) 120-31
11. จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี, 2564.
12. ระนอง เกตุดาว และ คณะ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(1):53-61.