



ECH

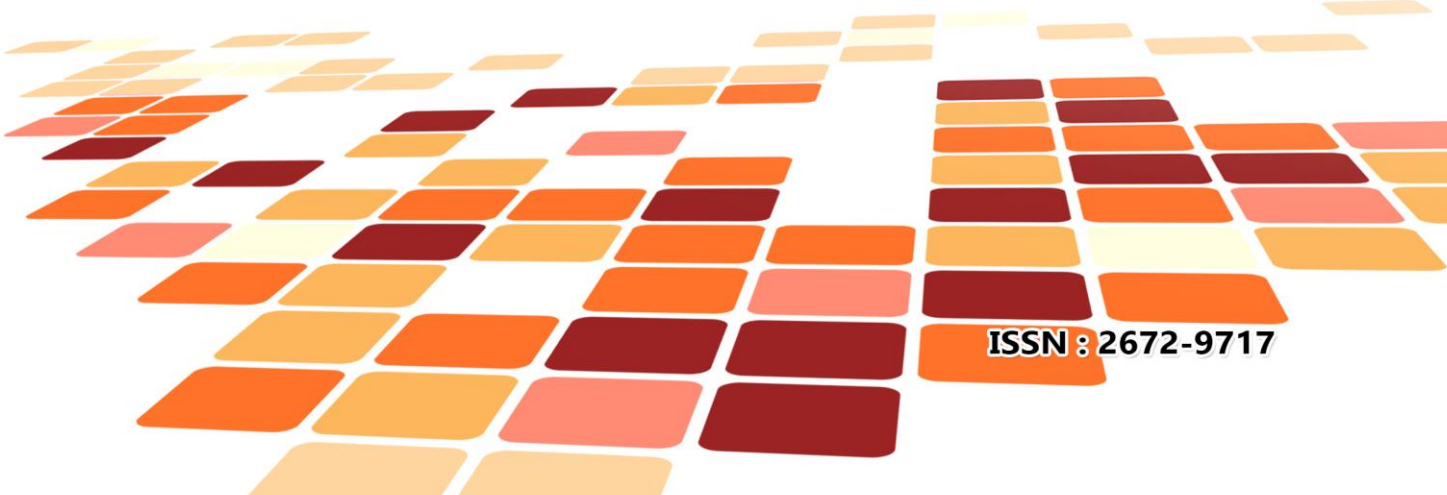
Journal

of environmental and community health

VOL.7 NO.3 September - December 2022

วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565



ISSN : 2672-9717

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ชุมชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครปฐม	1
มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์ และศากุล ช่างไม้	
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลกุสินทร์ อำเภอกุสินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ	11
เฉลิมพล แซ่โล้ว และชัชกร บุญลี	
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	22
ฐิติศักดิ์ อินทเสมอ	
ผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงงานสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะของประชาชนเขต ชุมชนชลประทาน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	31
ณัทกร วิจิตรรัตนันท์	
กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	43
ดวงภรณ์ กุลใบ	
การพัฒนาแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่ของศูนย์ สุขภาพชุมชนโพธาราม จังหวัดอุบลราชธานี	54
อรอนงค์ สุทธิไธ	
การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่	68
นงลักษณ์ สีลาสุธานนท์	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี	78
นารีรัตน์ จันทะ	
ผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับ ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวานรนิวาส อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดสกลนคร	88
รัตนธรรมาททอง	
การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอจังหวัดอุดรธานี	100
ชุติมา ปฏีรูปา , ชลกร ทรงศรี , สุชาติพิทย์ กุลศรี	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์ : กรณีศึกษา	114
อนงค์นาฏ จตุรนนท์	
ผลของโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอภูพาน จังหวัดกาฬสินธุ์	122
ประเสริฐ รัตนวัฒนศิลป์	
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่ ที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะ Malignant hyperthermia : กรณีศึกษา ..	131
นิลุบล อยู่เอ	
รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอภูพาน จังหวัดกาฬสินธุ์	142
ชิงชัย อัฐนาค	
ผลการติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการพัฒนาระบบเดมียา เพื่อนำส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	151
สุราณี วงศ์กระบกถาวร	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา	160
วัลลภา ทองศรี	
ผลของรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ..	169
ดาวรุ่ง ชาร์โสภณ	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	178
วุดมพงษ์ ชารวิวัฒน์ การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการทดสอบทางชีวเคมีในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ใน โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี . ประภัสร์ รัตนบุญกาญจน์	188
การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด และภาวะช็อกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา	196
นิลวรรณ อุ้นคำ การพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอเมืองจาศิริ จังหวัดขอนแก่น	206
มนัญชัย รูปต่ำ การพัฒนาแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น	215
วรรณกร ตาบ้านคู่ ,นพพร การถัก ,เกื้อกุล เพ็ชรสันทัด การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ห้องฉุกเฉิน : กรณีศึกษา	227
พรณี รัตนปทุมวรรณ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม หมู่ที่ 3 ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช	238
เฉลิมชัย โปศรี การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วย โปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD): กรณีศึกษา พ.ศ.2564	247
ประวีณา ศรีบุตรดี ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพร	259
ฤทธิ เพ็ชรนิล	

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 20 (ปีที่ 7 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2565 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์ การฝึกอบรม อสม. ไกลบ้าน ไกลใจ เด็กเพดานโหว่ ที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะ Malignant hyperthermia การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการพัฒนาระบบเตือนยา ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ การเปลี่ยนแปลงของค่าการทดสอบทางชีวเคมีในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 มารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด และภาวะช็อค การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ห้องฉุกเฉิน การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) ผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดูแลผู้พิการขาเทียม การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลของโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
ตำบลโคกพระเจดีย์ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

The Effects of a Health Literacy Lifestyle Program for People with Metabolic Syndrome at
Khok Phra Chedi Subdistrict Nakhon Chai Si District
Nakhon Pathom Province

(Received: November 14,2022 ; Accepted: December 12,2022)

มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์¹ และ ศากุล ช่างไม้²

Monthipa Taptaemtut¹ and Sakul Changmai²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ตำบลโคกพระเจดีย์ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม และ โปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ผลการวิจัย: การศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ยกเว้นพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ที่ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : เมตาบอลิกซินโดรม, แบบแผนการดำเนินชีวิต, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

The Research and Development (R&D) studied aimed to study the effects of a health literacy lifestyle program for people with metabolic syndrome at Khok Phra Chedi Subdistrict Nakhon Chai Si District Nakhon Pathom Province. The sample of 30 people with metabolic syndrome. Research tools included personal information form, life style assessment form, Health and Behavioral Literacy Assessment, and Health Literacy Lifestyle Program for People with Metabolic Syndrome developed from the concept of health literacy.

Results: A study of the effects of a health literacy lifestyle program for people with metabolic syndrome found that the sample had a comparison the mean scores of the health literacy components before and after participating in the program in all aspects were significantly

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม จังหวัดชุมพร

² ผศ.ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

different (p -value < 0.05). The health behaviors in all aspects except exercise behaviors were statistically significant difference (p -value < 0.05).

Keyword: Metabolic syndrome, lifestyle program, health literacy.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าแต่ละปีทั่วโลก จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 40 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70 ของสาเหตุการตายทั่วโลก โดยประมาณ 17 ล้านคน ที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี¹ ในปี พ.ศ.2558 มีคนป่วยเป็นโรคเบาหวาน 415 ล้านคน และทำนายปี พ.ศ. 2588 จะมีคนป่วยโรคเบาหวาน 642 ล้านคน ซึ่งพบว่า 1 ใน 11 คน เป็นโรคเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และโดยเฉลี่ยทุก 6 วินาที มีคนตายจากโรคเบาหวาน² มีจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกเกือบถึงพันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา³ อัตราตายด้วยไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในภาพรวมของประเทศไทย ในพ.ศ.2556 - 2558 ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 7.99, 10.95, 12.1 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานเท่ากับ 14.9, 17.53, 19.4 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 26.19, 27.83, 29.9 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 36.13, 38.66, 43.3 ต่อแสนประชากร⁴ ซึ่งจังหวัดนครปฐมเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ อัตรา 1,096.94 และ 490.02 ต่อแสนประชากรตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 29,918 และ 41,860 รายตามลำดับ พบว่าค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และหรือค่ารอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 32.48⁵ ซึ่งภาวะอ้วนลงพุง หรือ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) หรือกลุ่มอาการ

ผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด⁶

ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลง 4 ปัจจัย ได้แก่ ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนและระดับไขมันในเลือดสูง⁴ มีข้อมูลพบว่าคนไทยโดยเฉลี่ยใช้เวลากับกิจกรรมเคลื่อนไหวน้อย เช่น การนั่ง ๆ นอน ๆ ถึงวันละ 13.5 ชั่วโมง ในขณะที่มีกิจกรรมทางกายรวมทุกประเภทเพียง 2 ชั่วโมงต่อวัน⁷ รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ ไขมันสูง รสหวาน เค็มจัด ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เป็นต้น⁸ นอกจากนั้นแนวโน้มการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากประมาณร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นประมาณร้อยละ 34 ในปี พ.ศ.2558⁵ และความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 20.7 ใน พ.ศ. 2557⁹

จากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - พ.ศ.2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011 - 2020) ที่มีเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์¹⁰ ซึ่งวิถีชีวิตทั้ง 3 ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ดังนั้นการมี

สุขภาพดีควรเริ่มจากตนเองก่อน ถ้าคนสุขภาพดี การเจ็บป่วยก็จะลดน้อยลง คนไทยจึงต้องมีวินัยด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมในการป้องกัน คือ คนที่ไม่ป่วยหรือยังไม่มีโรคควรป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือเมื่อป่วยมีโรคภัยก็ต้องป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นการปฏิบัติระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน⁸ แต่พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนทั้งหมด มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามหลัก ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านสุขภาพ และด้านการดื่มสุรา¹¹

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ที่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กระบวนการต่างๆ สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพประชาชน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ ในการนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ตำบลโคกพระเจดีย์ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้มีอายุระหว่าง 35 – 69 ปี ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่อาศัยอยู่ในตำบลโคกพระเจดีย์ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

โดยแบ่งระยะการดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจ สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิตกับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้ในการวิจัยนี้ ได้จากการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2¹³ โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi - stage sampling) ทั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เข้าเกณฑ์ประเมินตามกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ต้องมีภาวะอ้วนลงพุง (คือการมีเส้นรอบเอวเกิน มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร ในเพศชายมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง) ร่วมกับความผิดปกติทางภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อีกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศชายต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศหญิง และ/หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท (ค่าใดค่าหนึ่งผิดปกติ ถือว่าเข้าเกณฑ์) และ/หรือ มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จากการศึกษาแนวคิด/ ทฤษฎีทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จนได้ โปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่พัฒนาขึ้นและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิต ตามความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินความรู้ด้าน

สุขภาพในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีกระบวนการสำคัญ 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 เป็นการอบรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิด 3 อ + 2 ส + 1 ย (อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา/ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล) ตามแนวทางการสร้างความรอบรู้ประกอบไปด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ
 2. ความรู้ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
 3. ทักษะการตอบโต้ชักถามเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (ทักษะการสื่อสาร)
 4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ (เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง)
 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (ทักษะการจัดการตนเอง)
 6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ (ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น/ บอกต่อ)
- กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการดูแลตนเอง (3 อ + 2 ส + 1 ย)

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการสื่อสารตามระบบแอปพลิเคชันออนไลน์ และการติดตามทุก 4 สัปดาห์ โดยการนัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อติดตามปัญหาและให้ข้อเสนอแนะในการดูแลตนเอง โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม จำนวน 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562

ขั้นตอนที่ 4 การเผยแพร่โปรแกรม โดยนำเสนอผู้บริหารและการตีพิมพ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการตรวจร่างกายและเครื่องมือในการประเมินสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจากการทบทวน

วรรณกรรม/ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ความเพียงพอของรายได้ ความเจ็บป่วยของญาติสายตรง โรคประจำตัว การรักษา การกินยา

แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภค ด้านกิจกรรมการออกกำลังกายและออกกำลังกาย ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านสุขภาพจิตและการใช้ยา

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยแบ่งเป็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โดยการหาค่าความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) = 0.82 และการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 แล้วจึงนำเครื่องมือไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบแบบสอบถาม (Try out) ในประชากรกลุ่มที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และคำนวณวัดความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือการรับรองจริยธรรมในการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัย และทุกคนยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมทั้งเข้าร่วมในโปรแกรมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ ก่อน - หลังการทดลอง โดยใช้ Paired - samples T-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ จากข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เพศชาย ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่อยู่อายุระหว่าง 55 – 59 ปี ร้อยละ 30.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 รายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 30.00 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ร้อยละ 66.67 มีการเจ็บป่วยของญาติสายตรง ร้อยละ 50.00 การมีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.67 เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 100.00 ระดับไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ ร้อยละ 56.67 ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ผิดปกติ ร้อยละ 40.00 ระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 93.33 และระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 93.33

ส่วนที่ 2 แบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการบริโภค การออกกำลังกายและออกกำลังกาย

ด้านสุขภาพจิตและความเครียด ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการสูบบุหรี่ แยกตามการมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

จากข้อมูลพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านการบริโภค ร้อยละ 70.00 ด้านการออกกำลังกายและออกกำลังกาย ร้อยละ 63.33 และมีความเสี่ยงต่ำ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.00 ด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 16.67 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่ำ ด้านการบริโภค ร้อยละ 23.33 ด้านการออกกำลังกายและออกกำลังกาย ร้อยละ 60.00 ด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 10.00 ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 6.67

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

จากข้อมูลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารและโภชนาการด้านการออกกำลังกายร่างกายและการออกกำลังกาย ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่ด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยองค์ประกอบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม เปรียบเทียบ กลุ่มศึกษาที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมก่อน หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

องค์ประกอบการวัด	ก่อน		หลัง		t	P
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.		
การวัดความรู้ด้านสุขภาพ						
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	21.53	2.763	24.43	2.011	2.779	.007
2.ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	20.83	3.424	24.46	2.582	4.001	.000
3.การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	23.80	2.02	27.33	1.37	7.10	.000
4.การตัดสินใจด้านสุขภาพ	19.73	1.94	24.03	2.34	4.435	.000
5.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	24.60	2.23	26.03	1.75	2.620	.011
6.การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	21.50	2.01	24.56	2.11	5.266	.000
7.สรุปคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	127.63	5.54	150.86	6.61	9.521	.000
การวัดพฤติกรรมสุขภาพ						
1.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	17.30	2.26	20.43	1.54	4.856	.000
2.พฤติกรรมการออกกำลังกาย	8.00	1.31	8.46	1.07	1.890	.064
3.การสูบบุหรี่และดื่มสุรา	3.33	1.76	8.70	1.17	4.732	.000
4.พฤติกรรมด้านอารมณ์และความเครียด	6.16	2.69	10.53	1.00	2.51	.015
5.พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	6.16	2.69	7.20	1.37	2.070	.043
สรุปคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ	37.06	4.93	60.00	4.09	7.809	.000

*p<0.05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพความเข้าใจข้อมูล และบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อความรู้ ความเข้าใจ การ

ตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง การบอกต่อ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ มีความแตกต่างกัน ส่วนแบบแผนการดำเนินชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการ

ดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารที่ดีในระดับน้อย (mean=2.23) มีภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 73.75 มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 86.25 น้ำตาลในเลือดผิดปกติ/ มากกว่าหรือเท่ากับ 100mg/ dL ร้อยละ 85.00 มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 53.75 มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงผิดปกติ ร้อยละ 61.25 รวมทั้งมีขนาดรอบเอวเกินค่าปกติทั้งเพศชายและเพศหญิงทุกราย ซึ่งทุกข้อของเกณฑ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารทั้งสิ้น

ผลการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารนี้ เป็นไปตามที่ มยุรี หอมสนิ¹⁴ กล่าวว่า ส่วนใหญ่กลุ่มที่เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเกิดจากการใช้ชีวิตอย่างไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง และใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ ไม่ค่อยออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานจากสารอาหารมาก และใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อยลง พลังงานส่วนเกินจึงถูกสะสมอยู่ในรูปของเนื้อเยื่อไขมันที่พอกพูนอยู่ในช่องท้อง รวมทั้งส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความผิดปกติอื่นๆ ตามมาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับอีกหลายงานวิจัยที่พบว่าในการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับเสี่ยงมาก โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยง ในเรื่องของการดื่มเครื่องดื่ม ร่องลงคือการรับประทานอาหารประเภททอด ผัด และรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง¹⁵

ผลการวิจัยแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับน้อย (mean=1.76) ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านการออกกำลังกาย และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลางมากที่สุดร้อยละ 48.75 และมีความเสี่ยงต่ำร้อยละ 33.75 ซึ่ง ปฏิพันธ์ เสริมศักดิ์¹⁶ ศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 62.6 สอดคล้องกับที่มยุรี หอมสนิ¹⁴ กล่าวว่าส่วนใหญ่กลุ่มที่เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

เกิดจากการใช้ชีวิตอย่างไม่เหมาะสม ใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ ไม่ค่อยออกกำลังกาย ใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อยลง

ผลการวิจัยแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเสี่ยง ร้อยละ 90.00 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 6.67 เสี่ยงต่ำ ร้อยละ 16.67 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรกลุ่มเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของ นิชา รีย์ ใจคำวัง¹⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมด้านอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในภาพรวม อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง โดยมักมีอาการหงุดหงิด เครียด กังวล หรือโกรธง่าย ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁷ อธิบายว่าความเครียดนี้ส่งผลต่อเนื่องถึงเซลล์ไขมัน โดยเมื่อมนุษย์อยู่ในสภาวะที่มีความเครียดสูง สมอองก็จะทำการหลั่งฮอร์โมนความเครียด (Stress Hormone) ก่อปฏิกิริยาถูกใช้ไปกระตุ้นให้ตัวรับ (Receptor) ที่อยู่ในเซลล์ไขมัน โดยเฉพาะภายในช่องท้องให้มีการเก็บไขมันสะสมได้มากขึ้น ทำให้เป็นอ้วนลงพุง

ผลการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความเสี่ยงร้อยละ 66.67 และเสี่ยงต่ำร้อยละ 30.00 แต่การศึกษาของ ขวัญใจ สิทธินอกและคณะ¹⁸ พบประชากรกลุ่มที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 0 – 381.2 กรัม/ วัน เพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิง เฉลี่ย 39.83 และ 5.95 กรัม/วัน และยังพบว่าเพศชายดื่มหนัก (61 กรัมขึ้นไป) ร้อยละ 8.7 และการศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมของ นิชา รีย์ ใจคำวัง¹⁵ พบว่าอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด ด้าน การดื่ม สุรา เบียร์ ไวน์ สาโท เหล้าปั่น พบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังจากการทำงานทุกวัน

ผลการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความเสี่ยงร้อยละ 93.34 และเสี่ยงปานกลางรวมเสี่ยงสูง ร้อยละ

6.66 ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ ขัดแย้งกับการศึกษาของ ชยาภัสร์ รัตนศิริศักดิ์ และคณะ¹⁹ ที่พบกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 11.04 เท่า ของกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่การสูบบุหรี่สามารถทำนายการเกิดเมตาบอลิกซินโดรม ได้ร้อยละ 13.1 ในการรณรงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังอาจมีความจำเป็นว่าต้องส่งเสริมให้บุคคลงดการสูบบุหรี่ เพราะแม้ในผลการวิจัยครั้งนี้บุหรี่ยังไม่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมก็จริง แต่บุหรี่ยังเป็นบ่อเกิดของโรคเรื้อรังอื่นๆได้เช่นกัน

สรุปผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง การได้เข้าร่วมโปรแกรม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยแยกในรายด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่และดื่มสุรา พฤติกรรมด้านอารมณ์และความเครียด พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับ การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้

ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ของ รุ่งนภา อาระหง²⁰ ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยภายหลังการใช้โปรแกรมทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น อารยา เชียงของ²¹ มีข้อค้นพบที่อธิบายให้เห็นว่า ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีสมรรถภาพร่างกายสมบูรณ์ มีการรู้คิดที่สมบูรณ์ เมื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแล้วนั้น จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นๆ ซึ่ง วัชรพร เขยสุวรรณ¹¹ เสนอว่าพยาบาลควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรู้ของประชาชนทั่วไปโดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสนใจในผลกระทบ และตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนในบริบทของเขตกิ่งเมืองกิ่งเกษตรกรรม โดยบูรณาการการใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพดี

เอกสารอ้างอิง

1. World health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. 2017. [cited 2019 April 14]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
2. ธนพันธ์ สุขสะอาด และคณะ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 Kick off to the goals/สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นนทบุรี. 2559.
3. อัจฉรา ภักดีพิณิจ และคณะ. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2559. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2561] เข้าถึงจาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/>.

4. ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล. รายงานประจำปี 2558. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2559.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560.[อินเทอร์เน็ต]. 2560. [สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2562] เข้าถึงจาก: <http://social.nesdb.go.th/>.
6. สายศิริ ด่านวัฒนะ. รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่องการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2552.[สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2562] เข้าถึงจาก: <http://kb.hsri.or.th/>.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สุขภาพคนไทย 2558: 11 ตัวชี้วัด โรคอ้วน. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2561] เข้าถึงจาก: <http://suchons.wordpress.com/>
8. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. วิถีชีวิต NCDs ภาระโรค วาระชาติ, 2557. 3 (1), 2 - 6.
9. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. จาก NCPA 2015 ถึง ISPAH 2016. The END NCDs กิจกรรมทางกายสู่นโยบายสาธารณะ. 2558. 2(4), 6-7. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2561] เข้าถึงจาก: <http://thaincdnet.com/flies/newsletter/NCD>.
10. เนติมา คูณีย์ และคณะ. การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
11. วัชรพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ; 2560. 44(3), 183 – 197.
12. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัยเรื่องความรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2561] เข้าถึงจาก: http://203.157.65.15/anamai_web/ewt_dl_link.php?nid=10221.
13. Faul, F., et al. (2009). *Statistical power analyzes using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Medthods*. 41, 1149-1160. [Internet]. 2017. [cited 2017 April 14]. Available from: DOI: 10.3758/BRM.41.4.1149.
14. มยุรี หอมสนิท. รู้ได้อย่างไรว่า...อ้วนลงพุง. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2560] เข้าถึงจาก: <http://www.thaihealth.or.th/>.
15. นิชาธิย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากค่าง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต; 2558. 3 (2), 173 - 184.
16. ปฏิพันธ์ เสริมศักดิ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของพนักงานโรงงาน ที่เข้ากะในโรงงานผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 2558. 25 (2), 157 - 165.

17. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุ้นเคยมันได้เอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2560] เข้าถึงจาก:
<http://www.thaihealth.or.th/>
18. ขวัญใจ สิทธินอก และคณะ. การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนการดำเนินชีวิต ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. ราชวิทยาลัย พยาบาลสาร; 2555. 18 (2), 190 - 206.
19. ชยาภัสร์ รัตนศิริศักดิ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการเกิดเมตาบอลิกซินโดรมของพนักงานโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 2558. 4 (2), 64-74.
20. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
21. อารยา เขียงทอง. ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effect of the self-care behavior modification program for patients with uncontrolled hypertension in the responsible area of Phusing Hospital, Phusing District, Sisaket Province

(Received: November 8,2022 ; Revised: December 29,2022 ; Accepted: December 31,2022)

เฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญลี¹

Chalermpon Saelow and Chirakorn Boonlee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 64 คน รวม 128 คน คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวังหิน อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง 1 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองกระบวนการที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the self-care behavior modification program for patients with uncontrolled hypertension in the responsible area of Phusing Hospital, Phusing District, Sisaket Province. There was a total of 128 samples which were divided into two groups. The experimental group consisted of 64 people, and the control group consisted of 64 people. The experimental group was patients with uncontrolled hypertension in the responsible area of Phusing Hospital, Phusing District, Sisaket Province, and the control group was patients with uncontrolled hypertension in the responsible area of Wanghin Hospital, Wanghin District, Sisaket Province. The experimental group received the program for 12 weeks, and the control group did not receive the program. The data were collected from questionnaires twice, before and after experiments during May 1, 2022, and November 30, 2022, and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, standard deviations, median and 25th and 75th percentile. Comparing differences in average scores of variables within group using paired t-test statistic and between groups using Independent t-test statistic with a statistical significance level of 5%. The results showed the outcomes of comparing differences in scores on Mean difference in hypertension knowledge score, perceived risk of hypertension, perceived severity of hypertension, perceived benefit in preventing hypertension. High, perceived barriers to prevent hypertension, social support, and antihypertensive behaviors of the

¹ โรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โทรศัพท์: 08-6876-8282 E-mail: peterpure@gmail.com

experimental group were significantly higher than the comparison group at the 0.05 level. In addition, the developed process can change the self-care behavior of uncontrolled hypertension patients in the area of responsibility of Phusing Hospital, Phusing District, Sisaket Province, with the results as set objectives.

Keywords: Program, Self-Care Behavior, Uncontrolled Hypertension Patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ต้องรักษาตลอดชีวิต ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วย สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร สังคม เศรษฐกิจและวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ความเครียด ความเร่งรีบในการรับประทานอาหาร การไม่ออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม¹ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียจากภาวะแทรกซ้อน 5.7 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปีพ.ศ.2568² มีสถิติมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,478 ราย อัตราตาย 389 รายต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีเพียงร้อยละ 20.9 และไม่ทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.9 โดยมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควรและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น

เป็นสองเท่าและความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่าหากไม่รักษาหรือควบคุมความดันโลหิตให้คงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญ³ หากควบคุมความดันให้ปกติการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25 และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 36.8⁴ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช้ยาลดความดันโลหิตแต่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้

จากรายงานสถิติสาธารณสุขในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 1,306,070 ราย 1,363,616 ราย และ 1,462,433 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างปีพ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 7,930 ราย 8,525 รายและ 8,590 รายซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น¹ สำหรับสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 491 คนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 219 คนคิดเป็นร้อยละ 44.6⁵ เมื่อเทียบกับพื้นที่ใกล้เคียง สัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่เขตบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่สูงกว่าเขตพื้นที่อื่นๆ หากจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยังมีสัดส่วนที่ไม่ลดน้อยลงหรือเพิ่มขึ้นก็จะเป็นปัญหาการเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงในอนาคตได้ ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่อำเภอภูสิงห์พบผู้ป่วยเกิด โรค

หลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คิดเป็นร้อยละ 0.24 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.24 พุพพลภาพ จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของผู้ป่วยทั้งหมด

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในรายที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้นเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานติดต่อกัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ต้องรักษาตลอดชีวิต ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วย สาเหตุของการเกิดโรคมามากมายเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น ความเครียด ความเร่งรีบในการรับประทาน อาหาร การไม่ออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาให้ทันทั่วถึงก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับประชาชนเป็นวิธีการที่สามารถลดอัตราการป่วย พิการจากภาวะแทรกซ้อน และตายจากโรคความดันโลหิตสูงได้ แนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าวคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใส่ใจดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดตระหนักและใส่ใจตนเองให้มากขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยการติดตามเสริมพลังปลุกการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้น จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อดูผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นว่ามีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และใช้เป็นโอกาสในการขยายผลการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าวเพื่อให้

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกิดการดูแลตนเองและสามารถดำเนินชีวิตตามปกติสุขในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 64 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวังหิน อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของ

โรงพยาบาลสุรินทร์ อำเภอสว่างวีรญาติ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย รูปแบบการเสริมพลังที่การสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุรินทร์ อำเภอสว่างวีรญาติ จังหวัดศรีสะเกษ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสำนึกเรื่องความดันโลหิตสูง กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้การให้คุณค่าและกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นและได้มีการปรับเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ

0.78 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.80 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.82 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.76 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.84 และแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.78 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัย และทุกคนยินยอมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมทั้งเข้าร่วมในโปรแกรมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.9 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 63.04 ปี (S.D.= 11.41 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.9 มีสถานภาพแต่งงานร้อยละ 65.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.3 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 3,000 บาท (P25=2,000 บาท : P75=6,000 บาท) มีมัธยฐานของระยะเวลาการป่วย 5 ปี (P25=3 ปี : P75=9.75 ปี) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.7 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 63.35 ปี (S.D.=

10.13 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 51.6 มีสถานภาพแต่งงานร้อยละ 68.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 59.4 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 3,000 บาท (P25=2,000 บาท : P75=6,000 บาท) มีมัธยฐานของระยะเวลาการป่วย 5 ปี (P25=3 ปี : P75=9 ปี) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.25 คะแนน (95% CI = 1.55-2.94) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 64)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.54	2.48	0.17	-0.64-0.985	0.41	0.676
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.37	2.15				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.28	1.89	2.25	1.55-2.94	6.43	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.03	2.05				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.018$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.49 คะแนน (95% CI = 2.25-2.71) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	20.21	3.99	-0.05	-1.39-1.30	0.06	0.945
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.26	3.70				
หลังการทดลอง						

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	22.00	3.42	1.49	0.25-2.71	2.38	0.018
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.51	3.60				

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.04) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.95 คะแนน (95% CI = 0.01-3.89) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=64)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36.25	5.97	-0.09	-2.14-1.95	-0.09	0.928
กลุ่มเปรียบเทียบ	36.34	5.76				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	39.04	5.48	1.95	0.01-3.89	1.99	0.04
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.09	5.60				

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.03 คะแนน (95% CI = 1.03-3.02) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=64)

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดัน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดัน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	25.60	3.74	0.04	-1.25-1.35	0.07	0.943
กลุ่มเปรียบเทียบ	25.56	3.71				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	28.35	1.95	2.03	1.03-3.02	4.03	0.0001
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.32	3.51				

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.002$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.08 คะแนน (95% CI = 0.76-3.38) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=64)

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.31	4.36	-0.23	-1.71-1.24	-0.31	0.75
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.54	4.07				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	16.54	3.68	2.08	0.76-3.38	3.13	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.46	3.80				

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.031$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.64 คะแนน (95% CI = 1.55-4.83) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	66.37	9.68	-0.05	-3.39-3.30	-0.02	0.978
กลุ่มเปรียบเทียบ	66.42	9.47				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	68.82	9.02	1.64	1.55-4.83	10.01	0.031
กลุ่มเปรียบเทียบ	67.18	9.25				

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0007) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.92 คะแนน (95% CI = 1.26-4.58) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=64)

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	42.17	4.94	0.16	-1.56-1.87	0.18	0.857
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.01	4.86				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.70	4.76	2.92	1.26-4.58	3.48	0.0007
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.78	4.71				

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค

ความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยดำเนินศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวแนวทางรูปแบบ และนวัตกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้อย่างครอบคลุม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เพื่อพัฒนาแนวการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการสร้างองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมการเล่าประสบการณ์ กิจกรรมการเพิ่มสารความรู้เรื่องโรค

ความดันโลหิตสูง กิจกรรมการมีส่วนร่วมในป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงผ่านกระบวนการ สร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง การ รับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานยา การจัดการความเครียด การ สนับสนุนข้อมูล เอื้ออำนวยแรงใจให้สามารถ จัดการปัญหาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทักษะสื่อสาร ทางบวกเพื่อสร้างแรงใจให้กำลังใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการประเมินผลการปฏิบัติ ที่ได้ดำเนินการตามแผน การทบทวน เพิ่มความมั่นใจ ให้ปฏิบัติตามเป้าหมายและต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการ แสดงความคิดเห็น การสร้างบทบาทสมมติ และการให้ คุณค่า การเสริมพลัง ผู้ป่วยสามารถนำแนวทาง ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ นพารณ จันทรศรี (2563)⁶ ศึกษาเรื่องผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean= 2.52, SD=1.73) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 2.15, SD .366) และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ (Mean = 2.04, SD=.219) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2,001 (p-value <000) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ซึ่งได้ ถือและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดมอสโคโคหลังทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <000) รัชณี วัฒนา เมธี และคณะ (2560)⁷ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดัน โลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลชลประทาน ผลการวิจัยพบว่า 1. หลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจาก ความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน

จากความดันโลหิตสูง การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เพื่อควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถ ตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต และ พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการ จัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 0.01, 0.001, 0.03 และ 0.001 ตามลำดับ 2. หลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจาก ความดัน โลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนจาก ความดันโลหิตสูง การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เพื่อ ควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถตนเองใน การปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.001, 0.001, 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ 3. หลังการจัดโปรแกรมกลุ่ม ทดลองมีส่วนในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อุบลรัตน์ มั่งสระคู และคณะ (2562)⁸ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดัน โลหิตสูง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า (1) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ และมีพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ทุกด้าน ยกเว้นด้านการรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 05 กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างจากก่อน ทดลอง (p > .05) และ (2) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมี ความดันโลหิตสistolikและไดแอสistolikต่ำกว่าก่อน ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตสistolik และไดแอสistolikไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง (p > .05) ณัฐินี เสือโต และคณะ (2561)⁹ ศึกษาเรื่องผลของ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มี คะแนนเฉลี่ยความรู้ แรงใจ และการรับรู้มากกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รุ่งโรจน์ พรหมอยู่ และคณะ (2559)¹⁰ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และดีกว่ากลุ่ม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$, $t = 2.28$) กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงหลังเข้าโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และดีกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$, $1-2,84$) และวิชาญ มีเครือรอด (2563)¹¹ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม สุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับ ความดันโลหิต ของ บุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมหาศ จังหวัดสุโขทัย การ วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัด ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง การทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ดัชนีมวล กายก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

หลังการทดลองสร้างการมีส่วนร่วมและแรง สนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความ รุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ใน การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคใน การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทาง สังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรمدังกล่าวไป ขยายผล หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่น หรือ พื้นที่ อื่นต่อไป
2. ควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แบบผสมผสาน มีภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
3. ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบ เพื่อค้นหาตัวกรรมที่มีส่วนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้ เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์.
- 2.กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562 สำนักโรคไม่ติดต่อกรม ควบคุมโรค.

- 3.Thanamai Y, Photisat S, Archayindee S, et al. (2012). Awareness guide for hypertension self-care.
Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. Thai.
- 4.Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et.al. (2013). ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.
- 5.โรงพยาบาลสุโขทัย. (2564). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564
- 6.นพภรณ์ จันทร์ศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีห้วยเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- 7.รัชณี วัฒนานเมธี และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลประทาน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.
- 8.อุบลรัตน์ มั่งสระคู และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาล.
- 9.ณัฐินี เสือโต และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข
- 10.รุ่งโรจน์ พรมอยู่ และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.
- 11.วิชาญ มีเครือรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

The Development of Health Behavior Modification Model Participatory for People with Overweight in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Muang District, Chumphon Province.

(Received: December 18,2022 ; Revised: December 29,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ฐิติภัก อินทเสม¹

Thitipak Intasam¹

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกิน เป็นประเด็นระดับโลกที่หลายประเทศกำลังเผชิญร่วมกันซึ่งเป็นสาเหตุ ของค่าใช้จ่ายที่สูงและการมีคุณภาพชีวิตต่ำของประชากรโลก การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยงาน คณะทำงานงานสุขศึกษา เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานประจำหน่วยงาน และบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์จำนวน 40 คน ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดได้เข้าร่วมกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตผลที่เกิดจากการปฏิบัติ และการสะท้อนผลกลับหลังจากการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2565 และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การบันทึกการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินงาน 9 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ปัญหา 2) ทบทวนตัวเอง 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 4) ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ 5) จัดทำแผนปฏิบัติการ 6) ดำเนินการตามแผน 7) นิเทศติดตาม 8) ประเมินผล 9) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล ผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม มีระดับการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ได้รูปแบบ คือ 1) การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) เพื่อนเตือนเพื่อน 3) เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ 4) มีผู้นำพาฝึก ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในครั้งนี้ คือ ความรู้ มีการสนับสนุนทางสังคม และมีผู้ช่วยกระตุ้นเตือนจึงจะทำให้มีจำนวนบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักเกิน การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

Overweight is a global issue that many countries are facing together, which are causes of the high cost and poor quality of life in the world's population. This practical action research aimed to development of health behavior modification model participatory for people with overweight in Chumphon Khet Udomsakdi hospital, Muang district, Chumphon province The

¹ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ Tel: 09-1060-6227 Email: thitipook11@gmail.com

sample was selected of 40 persons by the leader group of health education in safety officers working in the department and people with overweight were joined in the participatory activities that followed the 4 processes of the cycle: Plan, Action, Observation, and Reflection. The study was conducted during August 2022 until October 2022. The data collection was used the multi-method included of the questionnaire for the quantitative data, and the focus group and in-depth interview for qualitative data. The quantitative data were analyzed descriptive statistics using percentage, mean, standard deviation, while the qualitative data was analyzed the content analysis. The results showed that the implementation of this research is the 9 steps process: 1) analyzed the problem, 2) reviewed itself, 3) workshops, 4) strategies establish together, 5) planned, 6) implemented of the plan, 7) supervision, 8) evaluated, and 9) discussed and restored data. The operations of the participants were level of the participation and satisfaction, which was increased by the following factors of; 1) workshop 2) peer support, 3) behavior surveillance, and 4) trained from leader. In summary, the success factors in the implementation of participatory behavior modification for people with overweight is knowledge, social support And there is a helper to encourage, so that personnel who are overweight to change their health behavior increases.

Key Words: Health Behavior; Overweight, Participatory

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกิน เป็นประเด็นระดับโลกซึ่งหลายประเทศกำลังเผชิญร่วมกันซึ่งเป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายที่สูงและการมีคุณภาพชีวิตต่ำของประชากรโลกซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีภาวะเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากรัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 2-6 ของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 0.2-1.2 ของผลผลิตมวลรวมของประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนนี้อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาหยุดชะงักได้ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ลำดับที่ 5 ของสาเหตุการตายของประชากรโลกและการเกิดโรคเรื้อรังโดยร้อยละ 44 ของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยโรคหัวใจ และร้อยละ 7-41 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งมี ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ ภาวะน้ำหนักเกิน⁽¹⁾ การให้บริการสุขศึกษาและ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ที่สำคัญของสถานบริการจากการตั้งรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างความเข้าใจและการรับรู้เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เน้นการสร้างสุขภาพภายใต้นโยบายสร้างนำซ่อม เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ไม่จำเป็นและสามารถป้องกันได้ ดังนั้นบุคลากรในสถานบริการทุกระดับ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอดุมศักดิ์ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากร ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการโดยตัวของบุคลากรภายใต้การมีส่วนร่วมที่ความช่วยเหลือจากทีมสนับสนุน เป็นไปตามแนวคิดของ Cohen and

Uphoff⁽³⁾ ได้จำแนกรูปแบบหรือขั้นตอนของการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-Making) ในช่วงการดำเนินการวางแผนและการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการร่วมดำเนินการ (Implementation) เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานและประสานงาน การขอความช่วยเหลือ ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) นอกจากผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังรวมถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่ม ผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เช่น ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้ โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน (Technology of Participation:TOP) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มี 3 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้พบปะสนทนา 2) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มสามารถพัฒนาไปเป็นมติและปฏิบัติการ 3) วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เป็นวิธีการที่รวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ⁽⁴⁾ ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนโรงเรียนเทศบาล 4 อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา อยู่ในระดับมาก โดยแต่ละส่วนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการวางแผน ประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนบุคลากรเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึง และไพรวัลย์ โคตรตระ และคณะ⁽⁵⁾

ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนพบว่า แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับชุมชน 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติ และ 4) การพัฒนาและปรับปรุง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁽⁶⁾ ในลักษณะของวงรอบ 4 ขั้นตอนคือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนกลับผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection) วงจรการวิจัยปฏิบัติการ PAOR ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

จากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี บุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง (2562-2564) พบว่า บุคลากรมีดัชนีมวลกายเกิน 23 ร้อยละ 30.39, 34.35 และ 36.35 ตามลำดับ จากการวัดรอบเอวบุคลากร พบบุคลากรที่มีรอบเอวเกินร้อยละ 74.78, 75.43 และ 72.66 ตามลำดับ⁽⁷⁾ โดยในปี 2565 ได้มีการศึกษานำร่องการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือ มองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมกิจกรรม ก่อให้เกิดความรู้ร้อยละ 80 ได้ผ่อนคลาย ได้ออกกำลังกาย สนุกสนาน ร้อยละ 85 มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองร้อยละ 90 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ ภาระงานมาก ไม่มีเวลาร้อยละ 60 ต้องทำงานอยู่เวรร้อยละ 30 เวลาว่างไม่ตรงกัน มี

ภารกิจอื่นที่สำคัญกว่า สถานที่ที่ไม่เอื้ออำนวยร้อยละ 30 ไม่ตระหนักวิธีสักว่ายังไม่ถึงเวลาต้องปรับเปลี่ยนร้อยละ 60 ในด้านเวลาพบว่า ควรจัดกิจกรรมทุกวันหรือหลังเลิกงาน ในแต่ละวันมีกิจกรรมอะไรบ้าง ให้มีสถานที่จัดกิจกรรมได้ตลอด และต่อเนื่องร้อยละ 80 สำหรับคนที่ไม่สะดวกในการรวมกลุ่มกับเพื่อน ๆ ส่วนกิจกรรมการจัดอบรมดีแล้ว ให้จัดทุกปี ๆ ละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 65 มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอร้อยละ 70 เพื่อเป็นการกระตุ้นกลุ่มเป้าหมายให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอยากให้ผู้บริหารมาร่วมกิจกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างให้กับบุคลากรร้อยละ 50 และมีความจำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม ร้อย 95 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมามีวิธีชีวิตเปลี่ยนไป โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยทำการวิจัยในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร โดยดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart⁽⁶⁾ วิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflection) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอน การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทผู้เกี่ยวข้องประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการขั้นปฏิบัติการตามแผน (Action) ขั้นสังเกตผลและบันทึกผลที่เกิดจากการปฏิบัติ นิเทศติดตาม ปัญหาอุปสรรค (Observation) และขั้นสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข ถอดบทเรียน (Reflection) เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น ในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่องเป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแก้ปัญหาได้สำเร็จ

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ช่วงเวลาระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 ถึงเดือน ตุลาคม 2565 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) เป็นการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (Pre-test) ประชุมจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และจัดทำแผนปฏิบัติการ 2) การปฏิบัติการ (Action) เป็นขั้นปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานที่วางไว้ในขั้นตอนที่ 1 และนิเทศติดตาม 3) การสำรวจผล (Observation) เป็นขั้นตอนสังเกตการพัฒนาหลังจากที่ปฏิบัติการแล้ว นิเทศติดตามการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการประเมินผลการการพัฒนารูปแบบที่ได้จากการปฏิบัติการ สังเกตการณ์มีส่วนร่วม และสัมภาษณ์เชิงลึกและกลุ่มย่อย และ

4) การสะท้อนผล (Reflection) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน การดำเนินงานที่เกิดขึ้น เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อนำไปวางแผนแก้ปัญหาในวงรอบต่อไป คำนึงข้อมูลสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลหลังการดำเนินการ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอมือง จังหวัดชุมพร วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอมือง จังหวัดชุมพรในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงาน คณะทำงานสุขภาพ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน และบุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คนที่สมัครใจเข้าร่วม จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนมีความพึงพอใจในการพัฒนาและการมีส่วนร่วมในพัฒนาก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้

สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ศึกษา จากรายงานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ตั้งแต่ปี 2562-2564 สรุป ข้อมูลสุขภาพจากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปี ได้ดังนี้ ปี 2562 บุคลากรทั้งหมดจำนวน 1,385 คน ได้รับการตรวจสุขภาพจำนวน 1,185 คน มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 226 คน ปี 2563 บุคลากรทั้งหมดจำนวน 1,469 คน ได้รับการตรวจสุขภาพ 1,254 คน มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 225 คน และปี 2564 บุคลากรทั้งหมดจำนวน 1,378 คน ได้รับการตรวจสุขภาพจำนวน 1,227 คน มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 250 คน (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2564)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 25 และ มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 25 และรองลงมาอายุ มากกว่า 50 ปี ร้อยละ 17.5 และอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 15 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40 มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 10 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.5 รองลงมาเป็นต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30 และ ระดับปริญญาโทขึ้นไป ร้อยละ 17.5 ตามลำดับ มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25 และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 25 รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 22.5 และตำแหน่งอื่น ๆ ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ

3. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอมือง จังหวัดชุมพร

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบสุขภาพมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาล

ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁽⁶⁾ (1988) ในลักษณะของวงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) การสะท้อนกลับผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff⁽³⁾ (1977) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ได้รูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร คือ 1) การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 2) การหาเพื่อนเตือนเพื่อนเพื่อกระตุ้นเตือนการแสดงผลพฤติกรรมที่เหมาะสม 3) ฝึกระวังพฤติกรรม

สุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม 4) มีผู้นำพาฝึกปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนการแสดงผลพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4. การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 3.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.402) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.41 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.750) หลังการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนา มีความพึงพอใจในการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 3.91 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.107) การมีส่วนร่วมในพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 3.51 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.462) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินงาน รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร	3.10	.402	3.91	.107
การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร	2.41	.750	3.51	.462

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร เป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด⁽⁶⁾ ร่วมกับการนำทฤษฎีการมีส่วนร่วมมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

เนื่องจากจากผู้วิจัยพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่สำรวจปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างแท้จริง ประกอบกับการพัฒนารูปแบบที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน และการจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร มีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีการเอื้ออำนวยให้ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้มีการแลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลาย ทำให้บุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินและผู้เกี่ยวข้องมีความสนใจ และสามารถร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปเป็นรูปแบบในการพัฒนางานอื่นๆได้ ทั้งนี้ สัมพันธภาพที่ดีและความพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรหรือผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานที่ต้องมีการแสวงหารูปแบบใหม่และเหมาะสมกับบริบทมาใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะการที่บุคลากรมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาองค์กรได้เป็นอย่างดี บุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถ สิ่งที่ได้เรียนรู้ไปบอกต่อให้กับเพื่อนร่วมงาน ครอบครัวและผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วม ให้เหมาะสมตามบริบทและวิถีชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีในองค์กรระหว่างหัวหน้า เพื่อนร่วมงานส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม ในการวางแผนและดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทการทำงาน รวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จนได้รูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ประทุมโท และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง มีค่าดัชนีมวลกายระดับอ้วน มีคอรอบเอวเกิน และมีภาวะไขมันสูง มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะอ้วนลงพุง และเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและสูง การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม 2) การปรับกระบวนการทัศน 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ 4) ความมุ่งมั่นและมีการกำลังใจในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการตรวจสอบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดำเนินการโดยการนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน พิจารณารูปแบบที่เหมาะสม ปรับปรุงและแก้ไข ได้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม การปรับกระบวนการทัศน การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การสร้างความมุ่งมั่นกำลังใจ ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การปรับสิ่งแวดล้อมและการงดเว้นสารเสพติด ผลการประเมิน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกายรอบเอว ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบมีลักษณะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการ

- 3.Cohen, John M. and Uphoff, Norman T. (1977). Rural Participation: Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation. In Rural Development Monograph No.2 The Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University, January.
- 4.กิตติพร เนาว์สุวรรณ ทิพสุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์ ปฐมามาศ โชติบัณ จรุงรัตน์ รอดเนียม จิรรัตน์ บัวงาม และ สุกันยา นัครามนตรี. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน.
- 5.ไพรวลัย โคตรตะ อมรัตน์ นระสนธิ อรุมา แก้วเกิด. (2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน
- 6.Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University.
- 7.โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. (2565). สรุปผลการดำเนินงานประจำปีรับผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข.
- 8.วรรณภา ประทุมโชน พนารัตน์ เจนจบ สมตระกูล ราศิริ และ นันทวรรณ อีรพงศ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 28 ฉบับพิเศษ พฤษภาคม - มิถุนายน 2562.

ผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน
เขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Effect of creating participation and social support to change the waste management behavior
of the people in the irrigation community, Warin Chamrab District,
Ubon Ratchathani Province

(Received: December 20,2022 ; Revised: December 29,2022 ; Accepted: December 30,2022)

ณัทกร วิทิตถิรานนท์¹

Nuttakorn Vithitdhiranunt¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 32 คน รวม 64 คน กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ ประชาชนเขตชุมชนต้นตอ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 31 กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมจัดการขยะของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถใช้ในการจัดการขยะของประชาชนในเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การจัดการขยะ

Abstract

The objective of the quasi-experimental study aimed to investigate Effect of creating participation and social support to change the waste management behavior of the people in the irrigation community, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province. There were totally 64 samples which were divided into 2 groups, experimental group consisted of 32 people and control group consisted of 32 people: the experimental group were people in Chonpratan Community, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province and the control group were people in Tontae Community, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the program during 12 weeks, and the control group did not receive the program. Data were collected from questionnaires twice before and after experiments during July 1, 2022 and September 30, 2022,

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์: 09-9205-2459 E-mail: s.witith@hotmail.co.th

and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, standard deviations, medians, percentile 25th and percentile 75th. Comparing differences in average scores of variables of each group relied on the paired t-test and comparing differences in averages scores of variables between groups was based on the independent t-test determined with a statistical significance level at 5%. The results showed that, the results of comparing differences in scores on waste management knowledge, waste management attitudes, participation in waste management knowledge, waste management attitude, waste management participation, social support in waste management, waste management intention, and waste management behaviors in the experimental group were higher than before the experiment and then those in the control group with a statistical significant level at 0.05. The results show that the program created can be used to manage the waste of people in the irrigation community, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province, with the results according to the set objectives.

Keywords: Participation, Social Support, Behavior, waste management

บทนำ

พระราชบัญญัติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้กำหนดให้เทศบาลแต่ละแห่งมีหน้าที่กำจัดสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ⁽¹⁾ หลักในการจัดการขยะมูลฝอยคือต้องดำเนินการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทางหรือตั้งแต่การเก็บรวบรวม การขนส่ง และการกำจัด⁽²⁾ ปัญหาขยะมูลฝอยของประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามการขยายตัวของเมืองชุมชน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชน ในขณะที่หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดเก็บขน และกำจัดมูลฝอย ในหลายพื้นที่ประสบปัญหาไม่สามารถจัดหาสถานที่กำจัดมูลฝอย ขาดการบริหารจัดการที่ดี ขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการที่เหมาะสม และเกิดความขัดแย้งในการดำเนินการ ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาจากมูลฝอยได้ทันการณ์ เป็นเหตุให้เกิดมูลฝอยตกค้าง ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน เกิดปัญหาด้านทัศนียภาพ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์ และแมลงนำโรค และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน⁽³⁾ ประเทศไทยมีปริมาณขยะสูงขึ้นต่อเนื่องขึ้นทุกปี จากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี 2564⁽⁴⁾ พบว่ามีปริมาณการเกิดขยะรวมกันทั้งประเทศ 27.80 ล้านตันต่อปี เทียบเท่าตึกโบยอก 2 จำนวน 140 ตึก คิดเป็น

ประมาณ 74,130 ตันต่อวัน เฉลี่ยเป็นปริมาณขยะ 1.13 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ยังไม่รวมขยะตกค้างสะสมที่เพิ่มขึ้นทุกปีไม่ต่ำกว่าปีละ 10 ล้านตัน โดยแบ่งขยะมูลฝอยตามประเภทได้ทั้งหมด 4 ประเภท โดยแบ่งเป็นขยะอินทรีย์ หรือขยะที่ย่อยสลายได้ คิดเป็นร้อยละ 64 จากขยะทั้งหมด ส่วนใหญ่มาจากอาหารเหลือทิ้งขยะรีไซเคิล เป็นที่ขยะสามารถนำมาหลอมใช้ใหม่ได้หากมีการแยกขยะอย่างถูกต้องและทำความสะอาดก่อนทิ้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 30 ของขยะทั้งหมด ขยะทั่วไป เป็นย่อยสลายตามธรรมชาติได้ยาก หรือนำไปรีไซเคิลแล้วไม่คุ้มทุน ต้องนำไปกำจัด ได้แก่ ขงขนม ก่อโงโม่ ทุงพลาสติก ร้อยละ 3 ของขยะทั้งหมด ขยะอันตราย เป็น ขยะที่ต้องนำไปกำจัดหรือบำบัดด้วยวิธีเฉพาะ เช่น หลอดไฟ ขวดยา ถ่านไฟฉาย ยาฆ่าแมลง กระป๋องสี ประมาณร้อยละ 12 -13 เป็นขยะพลาสติก ยกเว้นในเขตกรุงเทพมหานครที่มีปริมาณขยะพลาสติก ประมาณร้อยละ 20 หรือ 2,000 ตันต่อวัน จากปริมาณขยะรวมของกรุงเทพฯ 10,560 ตันต่อวัน⁽⁵⁾

แนวทางการจัดการขยะในชุมชนที่เกิดประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการต้องสร้างจิตสำนึก การมีส่วนร่วม และแรงกดดันจากคนในสังคมเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาขยะที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมใน

ความรับผิดชอบต่อปัญหาที่คนในชุมชนสร้างขึ้นโดนเฉพาะปัญหาขยะที่ทุกหลังคาเรือนสร้างขึ้นทุกวัน การทำให้ทุกคนได้รับรู้ปัญหาทั้งเชิงปริมาณและปัญหาการจัดการขยะที่ยากขึ้นทุกวัน โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสถานที่ที่จะใช้ในการพักและกำจัดขยะ รวมถึงปัญหาการรับผิดชอบต่อการจัดการขยะที่ตนเองสร้างขึ้น เช่น การลดการสร้างขยะ การแยกขยะ และปัญหามลพิษที่เกิดจากขยะด้วย ซึ่งแนวทางการจัดการขยะที่ได้ผลจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในชุมชน รวมถึงจะต้องมีกฎเกณฑ์ของชุมชนในการเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันเพื่อการจัดการขยะในชุมชนอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของลลิตา ปาลี⁽⁶⁾ พบว่า ประสิทธิภาพการจัดการขยะภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีประสิทธิภาพด้านการกำจัดขยะสูงที่สุด ปัจจัยด้านสถานที่มีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ โดยปัจจัยด้านวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ มีความสัมพันธ์สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านสถานที่ หทัยพรรณ สังข์ชู⁽⁷⁾ พบว่า ประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุยควรมีแผนงานนโยบายที่ครบวงจรตั้งแต่ภาคครัวเรือน และสถานประกอบการ พัฒนาบุคลากรให้เอาใจใส่รับผิดชอบต่อหน้าที่ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชน เทศบาลควรจัดหาอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมและขนส่งขยะมูลฝอยให้เพียงพอและสอดคล้องกับปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการทิ้งขยะมูลฝอยในสถานที่และภาชนะรองรับที่จัดเตรียมไว้ รณรงค์ลดต้นทุนการจัดการขยะมูลฝอยด้วยการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยจากต้นทาง ประวิทย์ แสงรักษ์⁽⁸⁾ ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและด้านการมีจิตสำนึกสาธารณะ ความรู้ ความเข้าใจในการกำจัด ขยะมูลฝอย งบประมาณ และการบริการ การมีส่วนร่วมการมีจิตสำนึกสาธารณะ ชยพล คำภีระ⁽⁹⁾ ที่พบว่า

ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนต้องสร้างความร่วมมือของประชาชน อุปกรณ์ บุคลากร และการจัดองค์กรที่มีประสิทธิภาพ ธงชัย ทองทวี⁽¹⁰⁾ พบว่าแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขามในการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยนั้นต้องมีร่วมมือกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน

จังหวัดอุบลราชธานีมีปริมาณขยะเกิดขึ้นประมาณ 1,580 ตันต่อวัน มีขยะที่นำกลับไปใช้ประโยชน์ประมาณ 841 ตันต่อวัน ถูกกำจัดอย่างถูกวิธี 420 ตันต่อวัน กำจัดแบบไม่ถูกวิธี 319 ตันต่อวัน ตกค้าง 9,400 ตัน⁽⁵⁾ ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่เทศบาลเมืองวารินชำราบ มีจำนวน 50 ตัน/วัน กำจัดได้จำนวน 30-40 ตัน/วัน คงเหลือขยะตกค้างจำนวน 10-20 ตัน/วัน ซึ่งเทศบาลเมืองวารินชำราบได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษตกค้างตามแนวคิดการจัดการขยะเหลือศูนย์และลดขยะที่ต้นทางครอบคลุมพื้นที่ 28 ชุมชน มีสถานที่กำจัดขยะถูกหลักวิชาการในพื้นที่จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ บ่อขยะเทศบาลเมืองวารินชำราบ เทศบาลมีรถเก็บขยะอัดท้าย จำนวน 5 คัน รถคอนเทนเนอร์จำนวน 1 คัน รถเข็นเล็กบรรทุกขยะจำนวน 25 คัน จัดเก็บขยะวันละ 2 เที่ยว มีถังขยะรองรับขยะ จำนวน 1,200 ใบ เจ้าหน้าที่ปัดกวาดถนนจำนวน 31 คน เจ้าหน้าที่เก็บขนขยะ จำนวน 23 คน เจ้าหน้าที่ชุดโยธา จำนวน 21 คน และมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการขยะตั้งแต่ในระดับครัวเรือน⁽¹¹⁾ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงงานสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทานอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 32 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนเขตชุมชนต้น แต่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชน เพื่อให้มีการเก็บ คัดแยก และกำจัดขยะอย่างถูกต้องเหมาะสมของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะ ประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่ม

สำราญรู้เรื่องการจัดการขยะ การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการขยะ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ เช่น การรณรงค์ กิจกรรมการสร้างความตั้งใจในการจัดการขยะ และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการจัดการขยะ ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการจัดการขยะ ส่วนที่ 7 พฤติกรรมในการจัดการขยะ ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการจัดการขยะ เท่ากับ 0.84 ด้านทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ 0.76 การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ 0.78 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ 0.80 และความตั้งใจในการจัดการขยะเท่ากับ 0.74 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 36.72 ปี (S.D.= 13.03 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.4 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 9,000 บาท (P25=5,000 บาท : P75=18,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 36.78 ปี (S.D.= 13.29 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.1 มีมัธยฐานของ

รายได้ของครอบครัว เท่ากับ 8,500 บาท (P25=5,000 บาท : P75=17,250 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.09 คะแนน (95% CI = 0.86-3.32) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	9.21	1.01	0.28	-0.98-1.54	0.4433	0.659
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	8.93	0.98				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	11.50	0.94	2.09	0.86-3.32	3.3931	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	9.41	0.75				

*p-value<0.05

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.43 คะแนน (95% CI = 1.36-3.50) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	18.12	1.79	0.22	-0.72-1.16	0.4622	0.645
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	17.90	1.98				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	20.71	2.18	2.43	1.36-3.50	4.5481	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	18.28	2.09				

*p-value<0.05

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนน

เฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.007) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.94 คะแนน (95% CI = 0.55-3.31) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	9.35	2.75	-0.21	-1.60-1.16	-0.3154	0.753
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	9.56	2.79				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	11.90	2.55	1.94	0.55-3.31	2.8098	0.007*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	9.96	2.94				

*p-value<0.05

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.53 คะแนน (95% CI = 0.81-2.24) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	11.81	2.05	-0.06	-1.03-0.90	-0.1286	0.898
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	11.87	1.82				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	14.15	1.19	1.53	0.81-2.24	4.2675	0.0001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	12.62	1.64				

*p-value<0.05

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.003) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.00 คะแนน (95% CI = 0.70-3.29) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความตั้งใจในการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	19.43	2.56	0.18	-1.11-1.48	0.2882	0.774
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	19.25	2.63				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	21.65	2.50	2.00	0.70-3.29	3.0943	0.003*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	19.65	2.65				

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.012) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.22 คะแนน (95% CI = 0.71-5.71) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลอง
กับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	18.31	5.10	0.66	-1.89-3.20	0.5138	0.609
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	17.65	5.11				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	21.56	5.04	3.22	0.71-5.71	2.5741	0.012*
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	18.34	4.95				

*p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลการสร้างการมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมการจัดการขยะสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างครบถ้วน ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะที่ครอบคลุมเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม โดยมีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ในการจัดการขยะที่ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระความรู้เรื่องการจัดการขยะทั้งที่เป็นกรณีศึกษาเชิงปฏิบัติการ เสนอความคิดเห็น พูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแยกทิ้ง ขนส่งและการจัดการขยะ เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการขยะในครัวเรือน และให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะ จากนั้นจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมใน

การส่งเสริมการคัดแยกขยะ การทิ้งขยะลงถังที่คัดแยก การกำจัด และการจัดการขยะ เช่น การรณรงค์การคัดแยกขยะ การลดการใช้วัสดุที่ย่อยสลายยาก การคัดแยกขยะในครัวเรือน การกำจัดขยะที่ถูกต้อง การเสนอข้อคิดเห็น การออกแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม การวางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ให้แนวทางซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของไตรรงค์ ทองนา (12) ศึกษาผลของการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมการจัดการขยะของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิชาติ ตั้งปรัชญากุล และคณะ (13) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจรแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า การใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจรแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ตัวแทนครัวเรือนเกิดความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการ

จัดการขยะมูลฝอยชุมชนหลังปฏิบัติการใช้รูปแบบ 3 เดือนโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 พระทองเจริญ อุปสนโต และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาจิตสำนึกและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะตามหลักภาวนา 4 ด้วยนิเวศวิทยาเชิงพุทธของประชาชนตำบลคลองหก อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนความรู้ด้านภาวนา 4 จิตสำนึกในการจัดการขยะและพฤติกรรมในการจัดการขยะมากกว่าก่อนการทดลอง ที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองหลังเข้าอบรมมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองหลังการอบรม 1 เดือนมีคะแนนความรู้ด้านภาวนา 4 จิตสำนึกในการจัดการขยะและพฤติกรรมในการจัดการขยะมากกว่าก่อนและหลังทดลองที่ระดับ 0.05 อมรรัตน์ ช่างฉาย และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษารูปแบบการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดโรงเกลือ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าโดยรวม และจำแนกตามเพศ และระดับการศึกษาหลังการอบรมมีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงมาก มีเจตคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมากที่สุด และมีพฤติกรรมร่วมจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปฏิบัติมากถึงมากที่สุด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) Hopper and Mc Carlnielesen⁽¹⁶⁾ ศึกษาพฤติกรรมการแยกประเภทมูลฝอยเพื่อนำกลับมาใช้ประโยชน์ของประชาชนในเมืองเดนเวอร์ พบว่าประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการแยกประเภทขยะมูลฝอยเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Vinning and Eboireo⁽¹⁷⁾ ศึกษาผลของโครงการแยกขยะเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์ เป็นการศึกษาระยะยาวในระหว่างปี 1986-1988 พบว่า โครงการแยกขยะดังกล่าวมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมแยกประเภทขยะมูลฝอย เพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์ของประชาชน โดย

สัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมแยกประเภทขยะมูลฝอยเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์ และสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีปริมาณขยะที่แยกได้ปริมาณเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโครงการมีผลทำให้ทัศนคติต่อพฤติกรรมการแยกประเภทขยะมูลฝอยเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นด้วย นรังสรรค์ บุญสรรค์⁽¹⁸⁾ ศึกษาเรื่องการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเมืองอุทัยธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคต่างๆ หลายด้านซึ่งยังไม่สามารถแก้ไขได้โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลนบุคลากร การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์มีสภาพไม่ดี การบังคับใช้กฎหมายไม่ได้เป็นไปตามที่กำหนด ขาดความร่วมมือจากประชาชนในการรักษาความสะอาด การเพิ่มของจำนวนประชากรมีมากทำให้ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นแต่การจัดเก็บขยะสามารถปฏิบัติได้ไม่เพิ่มขึ้น สถานที่สำหรับการปฏิบัติงานไม่แน่นอนปัญหานโยบายและโครงการที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานรักษาความสะอาดเกี่ยวกับขยะมูลฝอย ในขณะที่จำนวนขยะเพิ่มมากขึ้นทุกวันในชุมชน โดยขยะที่ระบุว่าพบมากในชุมชน เกิดจากบ้านเรือนเป็นส่วนใหญ่ และขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ อาทิ พลาสติกรูปแบบต่างๆ ขวดแก้ว และกระดาด้า ทั้งนี้ อาจเกิดจากสภาพวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จึงก่อให้เกิดขยะจากการผลิตเหล่านี้มากมาย วิธีการแก้ไขที่เหมาะสมมากที่สุดคือการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชน หทัยพรรณ สังข์ชู⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะ สมุย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ระดับประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้านแผนงานและนโยบายในการจัดการขยะมูลฝอย ด้านบุคลากรและการจัดองค์การ ด้านวัสดุ เครื่องมือ เครื่องใช้และสถานที่ทิ้งขยะมูลฝอย ด้านงบประมาณ ด้านความร่วมมือของประชาชน และด้านเทคนิควิธีการ อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และ

พบว่าประชาชนที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประเภทที่อยู่อาศัยต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับประสิทธิผลในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะ สมุยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประสิทธิผลในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุย ควรมีแผนงานนโยบายที่ครบวงจรตั้งแต่ภาคครัวเรือน และสถานประกอบการ พัฒนาบุคลากรให้เอาใจใส่รับผิดชอบหน้าที่ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชน ทั้งนี้เทศบาลควรจัดหาอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมและขนส่งขยะมูลฝอยให้เพียงพอและสอดคล้องกับปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการทิ้งขยะมูลฝอยในสถานที่และภาชนะรองรับที่จัดเตรียมไว้ รณรงค์ลดต้นทุนการจัดการขยะมูลฝอยด้วยการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยจากต้นทาง ลลิตา ปาลี⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า 1) เทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีประสิทธิภาพการจัดการขยะภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเรียงด้าน พบว่า ประสิทธิภาพด้านการกำจัดขยะสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการขนลำเลียง ด้านการเก็บรวบรวม และด้านการแปรรูป ตามลำดับ 2) ปัจจัยด้านการจัดการมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการจัดการขยะในเขตเทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปัจจัยด้านสถานที่ที่มีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ 3) ปัจจัยด้านการจัดการมีความสัมพันธ์ไปทิศทางเดียวกันในระดับมากกับประสิทธิผลการจัดการขยะมูลฝอย โดยปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ มีความสัมพันธ์สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านสถานที่ ประวิทย์ แสงรักษ์⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการจัดการขยะ

มูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด ตามความเห็นของประชาชน คือ ด้านการบริหารจัดการประสิทธิภาพ วัสดุอุปกรณ์ ความรู้ความเข้าใจในการจัดเก็บ ขน ขยะมูลฝอย งบประมาณ และการบริหารและการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นในระยะทางและระยะเวลา ด้านการมีส่วนร่วมและด้านการมีจิตสำนึกสาธารณะประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเห็นของพนักงานเทศบาลประสิทธิภาพ วัสดุอุปกรณ์ความรู้ ความเข้าใจในการจัดเก็บ ขน ขยะมูลฝอย งบประมาณ และการบริการ การมีส่วนร่วมการมีจิตสำนึกสาธารณะมีประสิทธิภาพในระดับต่ำ การติดตามประเมินผลอยู่ในระดับต่ำ และขยพล คำภีระ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมคะแนนมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลเห็นว่า มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านความร่วมมือของประชาชน รองลงมาได้แก่ ด้านบุคลากรและการจัดองค์กร ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านวัสดุเครื่องมือ เครื่องใช้และสถานที่ทิ้งขยะมูลฝอยส่วนประสิทธิผลในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวม ประชาชนในพื้นที่เห็นว่า มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความคิดเห็นของประชาชน ผู้บริหารและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ต่อประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอย พบว่าประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ถือได้ว่าไม่แตกต่างกันตามพื้นที่ในการจัดเก็บขยะมูลฝอย ได้แก่ พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฟ้าหลวงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สรุปผลการวิจัย

หลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และในพื้นที่อื่นให้เกิดความครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอเมืองวารินชำราบ หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ในชุมชน

2. ในการวิเคราะห์รายข้อด้านการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการแยกขยะและการกำจัดขยะที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การไม่แยกขยะตั้งแต่ต้น การทิ้งถุงพลาสติกลงในพื้น การทิ้งเศษอาหารลงบนพื้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรสร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการขยะ การแยกขยะ การนำส่ง และกำจัดขยะให้กับประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีแบบผสมผสาน มีส่วนร่วม และ แลขยายพื้นที่ในการศึกษา

3. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นนวัตกรรมที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการขยะของประชาชนเขตชุมชนชลประทาน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. (2535). ราชกิจจานุเบกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 2.พิรพงษ์ จันทราเทพ และ สุนิสา ชายเกลี้ยง. (2553). พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนมูลฝอยของเทศบาลในเขตอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารเพื่อคุณภาพที่ดีของชีวิต, 2553.
- 3.กานดา ปุ่มสิน, ทอแสง พิมพ์บำรุงธรรม และ นลพรรณ เจนจำรัสฤทธิ์. การศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลแก้งไก่อ อำเภอสังขาม จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์ วิศวกรรม และ เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (2021) กรกฎาคม-ธันวาคม 2564.
- 4.มูลนิธิสืบนาคะเสถียร. สถานการณ์ปัญหาขยะในประเทศไทย: วันที่ 6 กรกฎาคม 2561. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2564, แหล่งสืบค้น <https://www.schoolofchangemakers.com/knowledge/16656/>.
- 5.กรมควบคุมมลพิษ (2564) ประกาศกรมควบคุมมลพิษ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการคัดแยกองค์ประกอบมูลฝอย ณ สถานที่กำจัดมูลฝอย พ.ศ. 2564.

- 6.ลลิตา ปาลี. (2558). ประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาตรีวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.
- 7.หทัยพรรณ สังข์ชู . (2557). ประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุย อำเภอเกาะ สมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- 8.ประวิทย์ แสงรักษ์. (2553). ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 9.ชยพล คำภีระ. (2554). ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- 10.ธงชัย ทองทวี. (2553). สภาพปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขามอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิศวกรรมโยธา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- 11.สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564.
- 12.ไตรรงค์ ทองนาค. (2565). ผลของการเสริมพลังและแรงบันดาลใจทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมขันธ์ อำเภอชนธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2565.
- 13.อภิชาติ ตั้งปรัชญากุล สุวารี ศรีบุญ และ สม นาสอำนาจ. (2559). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจรแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2559).
- 14.พระทองเจริญ อุปสนโต อุบลวรรณ ภวานันท์ และ โภณัฐ ศรีทอง. (2562). โปรแกรมการพัฒนาจิตสำนึกและพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการจัดการขยะตามหลักภาวนา 4 ด้วยนิเวศวิทยาเชิงพุทธของประชาชนตำบลคลองหก อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (พฤษภาคม-มิถุนายน 2562).
- 15.อมรรัตน์ ช่างฉาย วินัย วีระพัฒนานนท์ และ ธงชัย นิลคำ. (2565). รูปแบบการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการร้านค้าตลาดโรงเกลือ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 วันที่ 30 เมษายน 2565.
- 16.Hopper, Joseph P. and Mc Carl Nielsen, Joyce. Recycling as Altruistic Behavior Normative and Behavioral Strategies to Expand Participation in a Community Recycling Program. Environment and behavior. 23(2) March 1991: 195-220.
- 17.Vinning, Joanne and Ebreo, Angela. Predicting Recycling Behavior form Global and Specific Environmental Attitudes and Changes in Recycling Opportunities. Journal of Appted Social Psychology. 22(20) 1992 : 1580-1607.
- 18.นรังสรรค์ บุญสรรค์. (2552). การพัฒนาประสิทธิภาพด้านการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเมือง อุทัยธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาตรีวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
Case study: Nursing care of hip replacement surgery patients

(Received: December 14,2022 ; Revised: December 29,2022 ; Accepted: December 30,2022)

ดวงกรณ์ กุลใบ¹

Duangporn Kunbai¹

บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าอัตราการตายจะสูงสุดใน ช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหัก เป็นโรคที่พบบ่อยในสตรีสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 80 ปี มีวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกที่หักและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การรักษาแบบนี้เนื่องจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนที่เข้าสะโพก การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนั้นมีความสำคัญทุกขั้นตอน ตลอดระยะการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์พิเศษสำหรับทำผ่าตัดข้อสะโพก การตรวจสอบความถูกต้องทุกลำดับขั้นตอนดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลห้องผ่าตัด ต้องมีความรู้ ความสามารถในการให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Abstract

Hip fractures in the elderly are a major cause of hospitalization. The mortality rate was highest in the first 6 months after hip fracture. It is a common disease in elderly women between the ages of 60 and 80. Treatment methods include fixation of broken bones and hip replacement surgery. This type of treatment is due to the degeneration of the hip socket cartilage. Caring for patients undergoing hip replacement surgery is important at every step throughout the surgical process, starting from preoperative preparation. Preparing equipment and supplies ready for surgery Preparation of special equipment for hip joint surgery Validation of every sequence of steps is therefore essential to the operating room nurse. must have knowledge The ability to provide accurate and fast preoperative, intraoperative and postoperative nursing care. So that patients can receive surgery that is fast, safe, without complications.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก พบบ่อยในสตรีสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 80 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าอัตราตายจะสูงสุดใน ช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหัก พบการหักแบบ Close fracture มากกว่า Open fracture การรักษามี 2 วิธี คือ การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกที่หักและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมี 2 แบบ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนแบบสองชั้น (Bipolar hemiarthroplasty) ซึ่งวิธีนี้กระดูกอ่อนที่เข้าสะโพกยังติดอยู่ และการผ่าตัดเปลี่ยนทั้งหัวสะโพกและเบ้าเทียม (Total hip arthroplasty) การรักษาแบบนี้เนื่องจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนที่เข้าสะโพก การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนั้นมีความสำคัญทุกขั้นตอนตลอดระยะการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์พิเศษสำหรับทำผ่าตัดข้อสะโพก การตรวจสอบความถูกต้องทุกลำดับขั้นตอน การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องศึกษาขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างละเอียดถูกต้อง รวดเร็ว รวมถึงการใช้แนวทางกระบวนการพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ตลอดจนแนะนำการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมได้ดังเดิม¹⁻³

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้เป็นศูนย์รับส่งต่อในเขตโซนใต้ของจังหวัดขอนแก่น และเป็นโรคหลักหนึ่งใน Service Plan ของศูนย์สุขภาพเขต 7 ด้วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักจึงเริ่มมีการรับส่งต่อมามากขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้

ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ ทำนา การวินิจฉัยโรค กระดูกข้อสะโพกข้างซ้ายหัก รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร วันที่ 18 มีนาคม 2565 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสิรินธร วันที่ 29 มีนาคม 2565

ระยะเวลาที่ศึกษาผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่รับไว้ดูแลจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แหล่งที่มาของข้อมูล จากแฟ้มทะเบียนประวัติผู้ป่วยจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ จากการสอบถามแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาลผู้ดูแล และจากการสังเกต

อาการสำคัญ รับส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลพลด้วย 3 ชั่วโมงก่อนมา ดึงเชือกวัลล์ม สะโพกซ้าย กระแทกพื้น ลูกไม่ขึ้น ญาติจึงพามาพบแพทย์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีอาการปวดข้อสะโพกด้านซ้ายมาก Pain scale 5-8 คะแนน ผู้ป่วยนอนตะแคง งอตัวตลอดเวลา ไม่ขยับตัว บ่นว่าปวดสะโพกมาก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพล มาตลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือแพ้สารเคมีต่างๆ

สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วันที่ 18 มีนาคม 2565 แรกรับผู้ป่วย รู้สึกตัวดี นอนงอตัว ตะแคงด้านขวา มีสีหน้าวิตกกังวล แสดงสีหน้าเจ็บปวดเมื่อขยับตัว พุดคุยรู้เรื่อง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/75 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9%NSS 1,000 ml. vein drip 80 cc/hr. เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้ยา Morphine 3 mg. vein stat แก้ปวด ทำ EKG 12 lead ,ส่งเอกซเรย์กระดูกสะโพกซ้าย และ Admit เพื่อรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกด้านซ้าย

การตรวจรักษาการประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

ใบหน้าและศีรษะ : ใบหน้าซีด ศีรษะรูปร่างปกติ ผมหวดสั้น สะอาด

ตา : มองเห็นชัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะต่อกระจก รุ ม่านตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

จมูก : ได้รับกลิ่นปกติ ไม่มีน้ำมูก

ปาก และคอ : ริมฝีปากแห้ง คอปกติ

ระบบทางเดินหายใจ : หายใจได้เอง อัตราการหายใจ 20 ครั้ง /นาที่ ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจน เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นสม่ำเสมอ 86 ครั้ง/นาที่ ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น murmur ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว Capillary refill กลับคืนสู่ปกติภายใน 2 นาที

ท้อง : ท้องไม่อืด ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

ผิวหนัง : มีแผลถลอกบริเวณขาข้างซ้าย

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล

ระบบกล้ามเนื้อ : มีกล้ามเนื้อพกข้อบริเวณข้อสะโพกด้านซ้าย

ระบบกระดูกและข้อ : มีข้อสะโพกด้านซ้ายหัก

ระบบขับถ่ายและอวัยวะสืบพันธุ์ : ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะวันที่ 18 มีนาคม 2565 มีการขับถ่ายอุจจาระปกติ โดยขับถ่ายบนเตียง

การวินิจฉัย : Closed fracture Lt.neck of femur

การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนการดำเนินชีวิต (11 แบบแผนของกอร์ดอน)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ ดึงเชือกวัลล์ม สะโพกซ้ายกระดูกแตกหัก เป็นเหตุทำให้ข้อกระดูกสะโพกด้านซ้ายหัก ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณข้อสะโพกซ้าย ได้รับการรักษาเบื้องต้นที่ โรงพยาบาลพล และได้ส่งต่อมาเพื่อรับการรักษาดำเนินการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่โรงพยาบาลสิรินธร จ.ขอนแก่น

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการ

ขณะปกติ : รับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ บางครั้ง อาหารที่รับประทานจะมีลูกสาวเตรียมไว้ให้ บางครั้งจะซื้อจากร้านค้าในชุมชน หรือจากตลาด ชอบรับประทานผักสดและผลไม้

ขณะเจ็บป่วย : รับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้ 3 มื้อ ตรงเวลา

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่าย

ขณะปกติ : ขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้า ไม่มีอาการท้องผูก ไม่มีประวัติการใช้ยาระบาย ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง สีเหลืองใส ไม่แสบขัด

ขณะเจ็บป่วย : ผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินไปขับถ่ายที่ห้องน้ำได้ จึงขับถ่ายที่เตียง 2 ครั้งในวันที่ 19 มีนาคม 2565 อุจจาระปกติ และวันที่ 23 มีนาคม 2565 มีอาการท้องผูกต้องสวนอุจจาระ, ผู้ป่วยได้ใส่สายสวนปัสสาวะวันที่ 18 มีนาคม 2562 ปัสสาวะสีเหลืองใส

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ขณะปกติ : หลังจากตื่นนอนจะออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดร่างกาย

ขณะเจ็บป่วย : ไม่ได้ออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน

ขณะปกติ : นอนหลับวันละประมาณ 6-8 ชั่วโมง ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ

ขณะเจ็บป่วย : ผู้ป่วยนอนบนเตียง หลับไม่สนิท นอนวันละ 4-6 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนด้านสติปัญญาและการรับรู้

ขณะปกติ : ความจำดี ไม่หลงลืม สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง

ขณะเจ็บป่วย : สื่อสารกับญาติและเจ้าหน้าที่ได้ ความจำดี ไม่หลงลืม สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง รับรู้ว่าตนเองกำลังเจ็บป่วย และนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัมโนทัศน์

ขณะปกติ : สุขภาพแข็งแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ปวดสะโพกข้างซ้ายเนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก ข้อมูลสนับสนุน 1. บ่นปวดสะโพกข้างซ้าย ประเมิน pain score 5-8 คะแนน	1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยใช้ pain score 2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สบาย 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล รวดเร็ว และรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด 4. พุดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ แสดงออกด้วยท่าทางเห็นอกเห็นใจ เข้าใจถึงความเจ็บปวด 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวด Paracetamol (500 mg) 1½ tab ทุก 4-6 ชั่วโมง

ขณะเจ็บป่วย : รับรู้ว่าตนเองป่วย สามารถทำตามคำแนะนำได้

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ขณะปกติ : เป็นสมาชิกในครอบครัว อยู่ในความดูแลของลูกสาวคนโต สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี

ขณะเจ็บป่วย : ครอบครัวรักใคร่กันดี ลูกสาวคนโตเป็นผู้ดูแล

แบบแผนที่ 9 แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์

ขณะปกติ : ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์

ขณะเจ็บป่วย : ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2565

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญปัญหาและความทนต่อภาวะความเครียด

ขณะปกติ : นิสัยร่าเริง แจ่มใส

ขณะเจ็บป่วย : ผู้ป่วยพูดคุยน้อยลง มีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย

แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

ขณะปกติ : นับถือศาสนาพุทธ ไหว้พระก่อนนอน เชื่อเรื่องเวรกรรม ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามโอกาส

ขณะเจ็บป่วย : เชื่อถือตามหลักพระพุทธศาสนา เชื่อว่าการรักษาในครั้งนี้ถ้าปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาตนจะหายได้ปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2.หน้านิ้วคิ้วขมวดเวลาขยับตัว วัตถุประสงค์ 1.เพื่อบรรเทาอาการปวด 2.ให้ผู้ป่วยสบาย 3.สีหน้าสดชื่น เกณฑ์การประเมินผล 1.ไม่บ่นปวดสะโพก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ 2.สีหน้าสดชื่นขึ้นนอนหลับพักผ่อนได้	สังเกตอาการปวดหลังให้ยา 6.ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg vein for severe pain ทุก 4 hr. 7.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน การประเมินผล 1.อาการปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนนนอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน 1.สีหน้าเคร่งเครียด 2.ผู้ป่วยบอกว่าไม่สบายใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้คลายความวิตกกังวล 2.เพื่อความสบาย เกณฑ์การประเมินผล 1.สีหน้าสดใส 2.พูดคุยยิ้มแย้มแจ่มใส	1.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุ และพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการรักษา 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ 3.ให้กำลังใจโดยการให้ความสนใจ แสดงความห่วงใย ให้ความมั่นใจว่าให้การรักษาดูแลที่ดีที่สุด รับฟังปัญหา และแสดงความเห็นอกเห็นใจ 4.อธิบายถึงผลเสียของความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อการหายของโรค 5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ให้มีการเป็นส่วนตัว ให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด การประเมินผล -ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หน้าตาสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการผ่าตัด 2. กลัวอันตรายจากการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น 3. สอบถามการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด วัตถุประสงค์ 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น 2.ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัว 2.อธิบายเหตุผลของการผ่าตัด ปลอบใจให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล 3.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สอนวิธีการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว 4.แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นก่อนวันผ่าตัด 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 8 ชั่วโมงในคืนก่อนวันผ่าตัด 6.ให้ดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน 7.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 8.วัดสัญญาณชีพก่อนเข้าห้องผ่าตัด การประเมินผล -ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แผนการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. มีการลงมือผ่าตัดที่ผิวหนังผู้ป่วย 2. เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดมีจำนวนหลายชิ้น 3. ใช้บุคลากรในทีมผ่าตัดหลายคน วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1. เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดทุกชิ้นปราศจากเชื้อ 2. บุคลากรในทีมผ่าตัดทุกคนใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด 3. ใช้เวลาผ่าตัดน้อยที่สุด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ทำความสะอาดห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ภายในห้องผ่าตัดด้วยน้ำสะอาดผสมผงซักฟอกทุกเช้าก่อนทำผ่าตัด 2. ตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ในการผ่าตัดโดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด 3. เปิดเครื่องมือ จัดเครื่องมือ ส่งเครื่องมือและช่วยผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดโดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด 4. จำกัดการเข้าออกของบุคลากรในห้องผ่าตัด ขณะทำผ่าตัดไม่เข้าออกโดยไม่จำเป็น 5. ปิดแผลผ่าตัดให้เรียบร้อยก่อนรื้อผ้าคลุมผ่าตัด 6. ไม่เปิดประตูห้องผ่าตัดด้านหลังจนกว่าจะปิดแผล การประเมินผล 1. เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัดทุกชิ้นปราศจากเชื้อก่อนเปิดใช้ 2. บุคลากรในทีมผ่าตัดทุกคนใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด 3. การผ่าตัดราบรื่น ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 ml. 2. ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองลำบาก 3. ผู้ป่วยนอนท่าตะแคงขณะผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน 4. มีการใช้ไฟฟ้าในการผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสุขสบายและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 2. ตามบริเวณร่างกายผู้ป่วยไม่มีร่องรอยจากการใช้ไฟฟ้าและรอยกดทับ 3. เคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย 4. สัญญาณชีพปกติ	1. ตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อน ย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด 2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคง โดยพลิกด้านที่สะโพกหักขึ้นด้านบน โดยเฝาระวังให้ศีรษะอยู่ในท่าธรรมชาติไม่เกิดการแหงนหรือบิดมากเกินไปที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อไขสันหลังบริเวณคอหรือกลุ่มเส้นประสาท brachial และไม่ก้มจนทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ และระวังการเกิดแผลกดทับบริเวณไหล่และดวงตาด้านตะแคง 3. ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนี้ และส่วนร่างกายผู้ป่วย ที่อาจมีผลกระทบจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดท่าผู้ป่วย 4. ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย 5. ประสานงานกับวิสัญญี พนักงนเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด 6. ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย 7. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 8. รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การประเมินผล - ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/75 มิลลิเมตรปรอท วัด O2 sat 99% Hct 27vol% แผลผ่าตัดไม่มี Bleeding ชิม ตามบริเวณร่างกายผู้ป่วยไม่มีร่องรอยจากการใช้ไฟฟ้าและรอยกดทับ เคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดด้วยความ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 ml., Hct. 25 vol% 2.มีเลือดออกจากขวด Radivac drain 50 ml. 3.แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเปื้อน 4.ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1.แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม หรือมีเลือดซึมออกเล็กน้อย 2.ปริมาณเลือดในขวด Radivac drain ออกน้อยลง 3.Hct. อยู่ระหว่าง > 25 vol% สัญญาณชีพปกติ	ปลอดภัย 1.ประเมินความผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ภาวะซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ 2.วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ 3.ดูแลการให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 cc. vein drip 120 cc./hr. ตามแผนการรักษา 4.เจาะ Hct. at ward และ serial ทุก 12 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 5.สังเกต Bleeding จากแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวน Content ขวด Radivac drain 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O2 canular 3 LPM 7.Record I/O การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท วัด O2 sat 99% เจาะ Hct at ward 27 vol% แผลผ่าตัดมี Bleeding ซึม เล็กน้อย ไม่มี Active Bleeding
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับ ปวดแผลผ่าตัด 2.ประเมินความรุนแรงการเจ็บปวด pain score 5-8 คะแนน 3.สังเกต สีหน้า หน้าวุ้นตัวขมวด วัตถุประสงค์ 1.เพื่อบรรเทาอาการปวด 2.นอนหลับพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยบอกอาการเจ็บปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนน 2.หน้าตาสดชื่น 3.นอนหลับพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ pain score สังเกตสีหน้าและท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก 2.พูดคุยให้กำลังใจแสดงออกด้วยท่าที่เห็นอกเห็นใจ 3.ฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ สลับกับผ่อนออกยาว ๆ ขณะมีอาการปวด 1.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว และรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Mo. 3 mg. vein ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา 3.ลงบันทึกทางการแพทย์เพื่อประเมินอาการครั้งต่อไป 4.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย โดยกางขาข้างผ่าตัดออกเล็กน้อยใช้หมอนสี่เหลี่ยมวางไว้ ระหว่างขา 2 ข้าง ในกรณีที่ต้องการพลิกตะแคงตัว จัดท่าพลิกตะแคงตัวไปทางข้างด้านที่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้เข่าด้านติดกับพื้น ยกกันลอยขึ้น และเอียงตัวเล็กน้อย เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อสะโพกอยู่ในท่าเหยียดมากเกินไป การประเมินผล -ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวดบอกว่าอาการปวดลดลง ยังมีอาการปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหว ตรวจสอบ pain score 3 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์การพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1.ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลถูกต้อง 2.ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 3 ลิตรต่อวัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน -หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล 1.อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส 2.ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองฟาง ไม่มีตะกอนขุ่น	3.ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และรอบ ๆ รูเปิดท่อปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 4.ดูแลสายสวนปัสสาวะและ urine bag ให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา 5.ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้บิดงอ หรือหักพับ 6.ถ้ามีปริมาณปัสสาวะในถุง urine bag เกิน 2/3 ถึง ให้เทปัสสาวะออก 7.ให้ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะอยู่เสมอ 8.แขวนถุงเก็บปัสสาวะให้สูงกว่าพื้นตลอดเวลา ในกรณีที่ต้องยกสายสูงกว่าระดับของ กระเพาะปัสสาวะให้พับสายสวนปัสสาวะชั่วคราว เมื่อวางถุงเก็บปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะให้ปล่อยสายที่พับออก เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก 9.ไม่ให้สายสวนปัสสาวะดึงรั้ง หรือเลื่อนเข้าไปโดยยึดสายด้วยพลาสติกที่หน้าขา 10.สังเกตและบันทึกปริมาณน้ำดื่ม และลักษณะปริมาณปัสสาวะทุกวัน 11.วัดอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ การประเมินผล วัดอุณหภูมิได้ 36.8 องศาเซลเซียส ปัสสาวะใส ไม่มีตะกอนขุ่น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ข้อมูลสนับสนุน -ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ต้องนอนกึ่งขาโดยให้หมอนสามเหลี่ยมไว้ตลอดเวลา วัตถุประสงค์ -ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง ปอดบวม และแผลกดทับ เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง 2.กล้ามเนื้อมีกำลังในการหดตัวดี 3.ไม่เกิดแผลกดทับ	1.การพยาบาลเพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรง และข้อติด 1.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน การรับประทานอาหาร จัดโต๊ะข้างเตียงสำหรับวางสิ่งของเครื่องใช้ใกล้เตียงในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถหยิบเองได้ 1.2 กระตุ้นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพก ข้อเท้า ขา 2 ข้าง ควรปฏิบัติดังนี้ -การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา -การออกกำลังกายข้อสะโพก ด้วยการยกขาขึ้นตรงๆ พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อขา -การออกกำลังกายข้อเท้า โดยการกระดกเท้าขึ้นลง และหมุนออกด้านในด้านนอก ช่วยป้องกันการเกิดข้อเท้าตก (foot drop) จะทำให้การเดินลำบาก 2.การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดบวม 2.1 ประเมินลักษณะการหายใจ ฟังปอดโดยใช้หูฟัง (Stethoscope) 2.2 จัดท่านอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยให้หายใจสะดวก 2.3 กระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ โดยหายใจเข้าเต็มที่ยาวๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ในลักษณะการเป่าปาก เหมือนผิวกาก เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ถุงลมในปอดมีการยืดขยาย ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี 2.4 กระตุ้นให้อาบน้ำอุ่นหรืออาบน้ำอุ่น โดยการหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ 4-5 ครั้ง พอครั้งสุดท้ายสูดลมหายใจเข้าเต็มที่แล้วกลืนเอาไว้ และไอออกมาจากส่วนลึกเป็นการกระตุ้นและการขับเอาเสมหะออก 2.5 ดูแลการดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 แก้ว เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่าย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.6 กระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวไม่ควรรอนในท่าเดียวนานๆ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย 2.7 วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย เพื่อประเมินการติดเชื้อ การประเมินผล - ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง กล้ามเนื้อมีกำลังในการหดรัดตัวดี ไม่เกิดแผลกดทับ
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อข้อหลุด หรือข้อสะโพกเคลื่อน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีท่านอนที่ไม่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยมีข้อสะโพกเทียมด้านซ้าย วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของข้อหลุดหรือข้อสะโพกเคลื่อน เกณฑ์การประเมินผล 1. ท่านอนของผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายที่ถูกวิธี 3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด	1. จัดท่านอนของขาข้างที่ทำผ่าตัด ให้ผู้ป่วยนอนกางขาออก 30-45 องศา และใช้หมอนเล็กหนุนเข้า 2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป X-ray หลังผ่าตัด 3. เลื่อน Stretcher เทียบกับเตียงและปรับระดับให้เท่ากันล้อล้อเตียงให้มั่นคง 4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อต้องมีการขยับหรือเคลื่อนย้ายร่างกาย 5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องให้สัญญาณและเคลื่อนย้ายพร้อมกัน 6. ใช้หมอนสี่เหลี่ยมคางหมูไว้ระหว่างขาและเขย็นติดไว้ห้ามหุบขาทุกครั้งที่เคลื่อนย้าย การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของข้อสะโพกหลุดหรือเคลื่อน
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่ 11 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยถามว่ากลับบ้านแล้วต้องมาพบแพทย์อีกหรือไม่ 2. ผู้ป่วยถามว่าต้องใช้ไม้ค้ำเดินหรือไม่ จะลงน้ำหนักได้เมื่อใด วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เกณฑ์การประเมิน 1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง หกล้ม 2. แผลไม่บวม ไม่ปวด 3. ผู้ป่วยเดินด้วยไม้ยันรักแร้ได้คล่อง	1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา 2. ให้ออกกำลังกายของกล้ามเนื้อต่าง ๆ โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับเมื่ออยู่โรงพยาบาล 3. ให้ระมัดระวังเวลาเดินด้วยไม้ยันรักแร้ 4. แพทย์จะบอกเกี่ยวกับการเดินลงน้ำหนักขาขวาที่ทำผ่าตัด ต้องมาตามแพทย์นัด 5. ถ้ามีสิ่งผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง บริเวณผ่าตัด ให้มาพบแพทย์ 6. แนะนำให้พักผ่อนเพียงพอ 7. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย 8. ห้ามอยู่ในท่าที่จะทำให้ข้อสะโพกเทียมหลุด 9. แนะนำญาติหาเก้าอี้นั่งเจาะรูตรงกลางใช้ในการนั่งถ่ายอุจจาระ การประเมินผล - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด กลับบ้านด้วยความดีใจ ตอบข้อซักถามเรื่องการดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้านได้

สรุปกรณีศึกษา

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าอัตราการตายจะสูงสุดใน ช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหัก และมีอัตราการรอดชีวิตลดลงประมาณร้อยละ 20 ผู้รอดชีวิตยังมีจำนวนมากที่สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลงเป็นภาระต่อญาติและครอบครัวในการดูแล โดยพบว่าภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกหักร้อยละ 22 ของผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากมีอาการปวดข้อสะโพกเป็นๆ หายๆ หากทำการรักษาต้องใช้เวลานาน และต้องการคนดูแล รวมทั้งแต่เดิมการเปลี่ยนข้อสะโพกเป็นการเสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องชำระเงินค่าข้อสะโพกเทียมเอง ทำให้การเปลี่ยนข้อสะโพกไม่มีแพร่หลายเมื่อมีการประกันสุขภาพคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการเปลี่ยนข้อสะโพกก็มีการเปลี่ยนมากขึ้น แต่ข้อจำกัดหลังการเปลี่ยนมีผลต่อการดำรงชีวิต และอาชีพ

ดังเช่นกรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยต้องทำการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นทำให้มีความวิตกกังวล ก่อนรักษาต้องทำงานใช้แรงแบกหาม หลังรักษาต้องเปลี่ยนอาชีพที่ต้องไม่มีผลกระทบต่อข้อจำกัดหลังผ่าตัด ซึ่งทีมรักษาได้เตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจที่มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต ตั้งแต่เริ่มเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้านโดยผู้ป่วยและลูกสาวมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ฟันฟุสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว

และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์และพยาบาลที่ดูแลต้องใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการนำกระบวนการ รักษาพยาบาลมาประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยมีความปลอดภัยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการผ่าตัดที่คล้ายกับการผ่าตัดโรคอื่นๆ พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการช่วยศัลยแพทย์และการส่งเครื่องมือ เป็นอย่างดีตลอดจนขั้นตอน การส่งเครื่องมือต้องถูกต้องตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ การจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องผ้าวัสดุผูกเย็บได้ครบถ้วนถูกต้อง การผ่าตัดจะดำเนินไปอย่างรวดเร็ว และราบรื่น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย⁴⁻⁸

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ตลอด ทุกระยะสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกและข้อจะมีเครื่องมือผ่าตัดแบบใหม่ที่ผลิตออกมามากมาย หลากหลาย ดังนั้นหน่วยงานห้องผ่าตัดควรจัดอบรมพยาบาลให้มีความรู้ โดยให้เจ้าหน้าที่บริษัทนำเครื่องมือผ่าตัดใหม่ๆ มาแนะนำหรือให้พยาบาลผ่าตัดศึกษาดูงานนอกสถานที่
2. จัดทำแนวทางคู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยกระดูกและข้อสะโพกหักเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เป็นแนวทางที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร เป็นการเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. สภายาบาล. (2551). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก : CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES. กรุงเทพฯ : บริษัทจุดทอง.
2. พรศิริ พันธสี. (2557). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
3. วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ และคณะ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรส.
4. ศิริเอมอร วิชาชาติ. (2552). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในหอพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
5. บวรฤทธิ์ จักรโพวงศ์ และคณะ. (2556). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
6. ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
7. จอมศรี โพธิสาร. (2554). ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก : ประเด็นท้าทายในการป้องกัน. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 16(1), 5-13.
8. กฤษฎา สาเขตร์. (2551). ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักบริเวณ Intertrochanter. พุทธชินราชเวชสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2551, หน้า 500-508.

**การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม จังหวัดอุบลราชธานี**
**Development of self-care behavior change to prevent diabetes of risk group people in the
area of Pon Ngam Community health center, Ubon Ratchathani**

(Received: November 26,2022 ; Revised: December 29,2022 ; Accepted: December 30,2022)

อรอนงค์ สุทธิ¹
Ornanong Sutto¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และนำผลการพัฒนารูปแบบไปใช้ในการแก้ไขปัญหา กลุ่มอื่นที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกันต่อไป กระบวนการวิจัยครอบคลุม 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาในเรื่อง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจและการ สทนากลุ่ม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหาโดยการยกร่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ สำหรับกลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มอย่าง ง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1.เครื่องมือที่เป็นรูปแบบ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ระยะเวลา ดำเนินการ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ระยะที่ 4 การขยาย ผลการวิจัยโดยนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองในกลุ่มโรคอ้วนและดัชนีมวลกายเกินเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล ตนเอง ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อใน ผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำไปทดลองใน กลุ่มที่มีปัญหาโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายเกิน ด้านความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อใน ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน การปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตาม เกณฑ์และสามารถขยายผลนำไปใช้ในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพที่มีปัจจัยเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังขยายรูปแบบนำไปใช้พื้นที่อื่นเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม,โรคเบาหวาน,กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

This research and development had the objective to study the development of self-care behavior change to prevent diabetes of risk group people and to implement the result of model

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม, โรงพยาบาลบุณยฤทธิ์

development in solving the problems of other groups with similar problems. The research process covered 3 phases as follows. Phase 1 studied the problem on blood sugar level control behavior of the diabetes risk group with research format of survey research and group discussion. Phase 2 was the development of format in solving problems by creating health behavior change program for self-care of the diabetes risk group. Phase 3 was the assessment of the format result. The sample group was from simple sampling. They were divided into the test group and comparison group for 40 people each. The research tools consisted of 1. tools which were self-care behavior change program format 2. The tools used in collecting the data were questionnaire. The operation time was 12 weeks. General data were analyzed by descriptive statistics to compare the difference of score means and analyzed by Paired Sample t-test and independent t-test at statistical significance of 0.05. Phase 4 Extending the results of the research by using the developed model to experiment in obesity and overweight body mass index groups to change self-care behaviors. Reduce the risk of developing diabetes

The research result found that the sample group that joined the program had better result than before the test and the comparison group regarding the belief in the risk of getting diabetes, belief in severity of diabetes, belief in the good result and obstacle of diabetes prevention, behavior practice to prevent diabetes with statistical significance. As for blood sugar level and BMI reduced with statistical significance. and when tested in groups with obesity problems and over BMI the belief in the risk of getting diabetes, belief in severity of diabetes, belief in the good result and obstacle of diabetes prevention, behavior practice to prevent diabetes with statistical significance. BMI and waist reduced with statistical This meant that self-care behavior change format to prevent diabetes which was developed had efficiency according to the criteria and the result could be extended to other areas in order to prevent new cases of diabetes

Keywords: Behavior Change Format, Diabetes, Diabetes Risk G

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคนในแต่ละปี สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

ในจังหวัดอุบลราชธานีมีรายงาน มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560, พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 คิดเป็น 12.04 , 13.57 และ 12.47 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ ในอำเภอบุณฑริกมีรายงานผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี พ.ศ. 2560 , พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 คิดเป็นอัตราป่วย 5.76, 6.04 และ 6.31 ซึ่งอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ศูนย์สุขภาพชุมชนโพธิ์งาม โรงพยาบาลบุณฑริก พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2560 , พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 มีจำนวน 156 , 165 และ 182 คนตามลำดับ และมีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นอัตราป่วย 5.12, 6.66 และ 7.14 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม กลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบุษราคัม เป็นหน่วยบริการเขตพื้นที่ให้บริการจำนวน 15 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 11,200 คน คน จากผลคัดกรอง การตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ประจำปี 2562 จำนวน 1,423 คน พบว่า ประชาชนมีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากการสุ่มสำรวจกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม จากการใช้แบบสอบถามสำรวจพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานเป็นประจำมากกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 85.7 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นและหากไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จะส่งผลทำให้กลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและจากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มารับบริการติดตามผลระดับน้ำตาล ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้ให้บริการตามขั้นตอนการให้บริการตามรูปแบบของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม เพื่อติดตามระดับน้ำตาล พบว่า ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชิญกลุ่มเสี่ยงมาสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนปัญหา ความเชื่อ และความต้องการเพื่อค้นหารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา และประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มโดยนำ แนวคิดหลักของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้สรุปไว้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น

ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของ เฮาส์ (House,1981) มาประยุกต์ใช้โดยผู้ดูแลในครอบครัว จะมีส่วนในการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1.) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2.) การสนับสนุนทางด้านการประเมิน เปรียบเทียบ 3.) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4.) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของหรือบริการ โดยสรุปจะเห็นว่า ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สามารถดูแลตนเอง และจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมอาการของโรค มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น โดยผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยในการควบคุมพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม อำเภอบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี
2. พัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหาโดยการยก ร่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม อำเภอบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี
3. การประเมินผลและขยายผลรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม อำเภอบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อนำมา พัฒนา และประเมินผลรูปแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2564 – 037 ลงวันที่ 23 เมษายน 2564 จึงได้ดำเนินการศึกษากระบวนการวิจัยครอบคลุม 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจและการสนทนากลุ่ม รวมทั้งการทบทวนเอกสารเพื่อค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการในรูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม และอาศัยอยู่ในในช่วงเวลาที่กำลังการศึกษา **กลุ่มตัวอย่าง** ในระยะนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้วิธีการสำรวจความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก (simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม จำนวน 67 คน 2) กลุ่มตัวอย่างใช้เลือกแบบเจาะจงจากผู้แทนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 คน ญาติกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม จำนวน 2 คน รวม 14 คน เพื่อทำการสนทนากลุ่มย่อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้วิธีการสำรวจความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้แบบสอบถาม

ส่วนที่1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว การมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน

ส่วนที่2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สร้างขึ้น ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยมีข้อคำถามตามองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ความเชื่อในความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ความเชื่อในอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 22 ข้อ

นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญรวม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา (Content validity) นำไปทดลองใช้ กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน การทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีภาพรวมได้ค่า 0.78 และค่าที่ได้แยกเป็นรายด้านดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.75 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.80 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.7 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.7 5) ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.75 ใช้วิธีเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม เป็นตัวอย่างในขั้นตอนศึกษาสถานการณ์ก่อนการ ดำเนินการเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มย่อย ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ดีเพื่อนำมาสังเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วจึงทดสอบความถูกต้องโดยให้สมาชิกที่ทำ การสนทนากลุ่มพิจารณาความถูกต้องหลังจากที่ได้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล (member checking)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหาโดยการยกร่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

นักวิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 และมีการยกร่างจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รูปแบบการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และยกร่างโปรแกรม ดังนี้

1. สร้างโครงร่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการแก้ปัญหาการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยกำหนดส่วนประกอบของกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่อยู่เขตรับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนโพธาราม โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

1.1 หลักการและเหตุผล กำหนดสภาพปัญหาและความจำเป็น โดยพิจารณาจากข้อมูล ที่ได้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพฤติกรรม การดูแลตัวเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเบาหวานและมีการสนทนากลุ่ม ความต้องการรูปแบบการเรียนรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของตัวแทนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และยกร่างเพื่อให้ทีมทีมวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาร่างโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ได้ร่วมกำหนดขอบเขตของปัญหาและความจำเป็นที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางใน

การกำหนดจุดมุ่งหมายของการซึ่งพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1.2 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน กำหนดวัตถุประสงค์โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังไว้ว่า เมื่อเสร็จสิ้นแล้ว กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถมีความเชื่อมั่นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพตนเองของตนเองได้

1.3 องค์ประกอบของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วยรายละเอียดต่างๆ คือ คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม ความเป็นมาและความสำคัญของโปรแกรม หลักการของโปรแกรม วัตถุประสงค์ของโปรแกรม กิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรม เทคนิคที่ใช้ในโปรแกรม สื่อที่ใช้ในโปรแกรม และ การวัดและการประเมินผล

1.4 จัดทำรายละเอียดกิจกรรมของโปรแกรม ประกอบด้วยประเด็นเรื่อง การเรียนรู้และฝึกทักษะการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง การเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน การเรียนรู้เรื่องการออกกำลังกาย การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม อาหารแลกเปลี่ยน การคำนวณพลังงานในอาหาร การเรียนรู้สาธิตและฝึกทักษะเรื่องการจัดการด้านอารมณ์โดยการใช้รูปแบบ SKT การเสนอตัวแบบทั้งทางด้านบวก การอภิปรายกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมโดยใช้โทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย

1.5 เครื่องมือที่ใช้ 1) แผนการสอนสุขศึกษา ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง 2) สื่ออุปกรณ์ประกอบการให้สุขศึกษา

1.6 การประเมินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนา โดยมีผู้คุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ผลการประเมินเป็นค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ I-CVI = 0.88 มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นการจัดทำแผนให้มีความสอดคล้องกับเวลา และแผนโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ

ป้องกันตนเองให้เขียนวัตถุประสงค์สอดคล้องกับกิจกรรมก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ในการศึกษาคือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม และอาศัยอยู่ในในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรที่จะศึกษาดังนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดให้มี 2 กลุ่ม โดยเลือกพื้นที่ที่มีลักษณะประชากร สภาพแวดล้อม และการบริหารสาธารณสุขที่คล้ายคลึงกัน คือ พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงามกับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นการเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และ กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่เป็นรูปแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่พัฒนามาจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาอุปสรรค รวมถึงมุมมองความต้องการรูปแบบกิจกรรมเพื่อนำมาใช้ในของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ครอบคลุม อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม โรงพยาบาลบุณฑริก และยังมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็นทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความ เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อในรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการ

ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ซึ่งเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น โดยมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.รูปแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จากการศึกษาในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม ได้นำมาจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเน้นกระบวนการที่เสริมสร้างความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งกิจกรรมจะเน้นในกระบวนการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การประเมินภาวะสุขของตนเอง การได้รับความรู้และฝึกทักษะ เรื่องการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด มีการแจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การนำเสนอตัวแบบ และการอภิปรายเรื่อง โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยจะมีกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน รวมถึงให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10 นาทีต่อคน โดยเริ่มการสนับสนุนตั้งแต่สัปดาห์ ที่ 7-12

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง บันทึกในแบบบันทึก ในคู่มือการดูแลตนเอง แนะนำและ ฝึกคำนวณวิเคราะห์ค่าดัชนีมวลกาย ประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด ส่งเสริมความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและการป้องกันโรคเบาหวาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการเลือกบริโภค

อาหาร การฝึกคำนวณปริมาณแคลอรี และแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลและลดน้ำหนัก และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 5 ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง พร้อมทั้งให้สมาชิกบันทึก ในคู่มือการดูแลตนเอง นำเสนอบุคคลต้นแบบ ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองจนอยู่ในกลุ่มปกติ ส่งเสริมความรู้และสาธิตเรื่องการออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหา และตอบคำถามของสมาชิก

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 9 ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง พร้อมทั้งให้สมาชิกบันทึก ในคู่มือการดูแลตนเอง ส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิต สมาธิบำบัด SKT และฝึกปฏิบัติ SKT เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหา และตอบคำถามของสมาชิก

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง พร้อมทั้งให้สมาชิกบันทึก กิจกรรมขยายกายสบายชีวิ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในเดือนที่ผ่านมา และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มอบรางวัลสำหรับผู้ที่มีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นสรุปการเรียนรู้จากโครงการประเมินผล

สัปดาห์ที่ 2-12 กระตุ้นเตือนด้วยการใช้โทรศัพท์และโดยผู้วิจัย เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข ชี้แนะการกระทำโดยญาติหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ชี้แนะการกระทำโดยญาติหรือบุคคลในครอบครัว จนครบทั้ง 12 สัปดาห์

ซึ่งกิจกรรมจะครอบคลุมการเรียนรู้เพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง เรียนรู้และฝึกทักษะด้านการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การรู้เท่า

ทันสื่อ การตั้งเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปฏิบัติกับเพื่อนในกลุ่ม

ระยะที่ 4 การนำรูปแบบการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองมาขยายผลนำมาใช้ในกลุ่มโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายเกินเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสร้างผลกระทบทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต โครงการศึกษาภาวะโรคขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่าร้อยละ 58 ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 21 ของโรคหลอดเลือดหัวใจและร้อยละ 42 ของโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน นอกจากนั้นยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคอ้วนและของโรคที่พบร่วม

ดังนั้นผู้วิจัยได้นำรูปแบบการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นนำมาใช้ในการแก้ไขปัญา ซึ่งมีกระบวนการวิจัยดังนี้

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน ออกแบบการวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design) เปรียบเทียบจะได้รับ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่เป็นเป็นรูปแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็นทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อในรุนแรงของการเกิดโรค ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

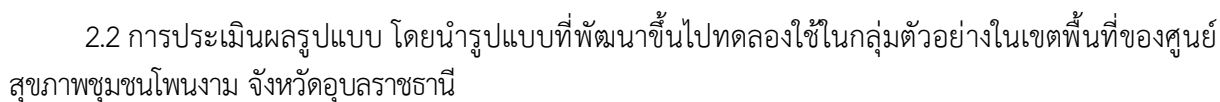
ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 67 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.7 เพศชายร้อยละ 40.3 ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 52.2 และไม่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 47.8 เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าความเชื่อทุกด้าน อยู่ในระดับต่ำ ทั้งทางด้านความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ($\bar{x} = 25.2, S.D. = 3.6$) ความเชื่อในรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ($\bar{x} = 23.5, S.D. = 2.4$) ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ($\bar{x} = 23.8, S.D. = 2.6$) รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ($\bar{x} = 20.1, S.D. = 1.1$) จากการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน จากผู้แทนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 คน ญาติกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม จำนวน 2 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 เพศชาย ร้อยละ 14.3 อายุเฉลี่ย 45.7 ($SD = 12.3$) อายุน้อยที่สุด 31 ปี มากที่สุด 55 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6

ประเด็นจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้ที่พอดิกรรมของตนเองที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทั้งการไม่เลือกกินอาหาร ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝึกทักษะการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารกินที่เหมาะสมและประกอบอาหารได้ง่ายเข้ากับวิถีชีวิต หากมีการจัดกิจกรรมอบรมต้องการให้จัดห่างกันเดือนละ 1 ครั้งจะได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดพร้อมด้วย ข้อมูลจากกลุ่มครอบครัว พบว่า กลุ่มเสี่ยงชอบกินอาหารรสหวาน รสมันและกิน ครอบครัวกระตุ้นเตือนแต่ไม่ได้ได้รับความร่วมมือ ประเด็นจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าควรนัดกลุ่มเสี่ยงมารวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน มีการตั้งเป้าหมายละคนให้ชัด อสม.ในพื้นที่ที่จะช่วยหากกลุ่มเป้าหมายและอธิบาย นัดหมายเรื่องการเก็บข้อมูลและการเจาะเลือด ประเด็นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ทดแทน แลกเปลี่ยนและปริมาณที่เหมาะสมที่ควรรับประทานในแต่ละวัน ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่นำมาใช้ในการทดลอง

2.1 รูปแบบในการแก้ปัญหาโดยการยกร่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี



ในการนำรูปแบบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชน กลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 80 คน โดยเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้ โปรแกรม จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน ติดตามวัดผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม นาน 12 สัปดาห์ มีผลการวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดี และอุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น		n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95 % CI	p- value
ความเชื่อในโอกาสเสี่ยง								
ก่อนการทดลอง		40	24.35	2.97	5.37	8.91	4.15ถึง6.59	<0.001
หลังการทดลอง		40	29.72	2.02				
ความเชื่อในความรุนแรง								
ก่อนการทดลอง		40	13.7	0.3	14.0	31.72	13.1ถึง14.9	<0.001
หลังการทดลอง		40	27.8	0.1				
ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค								

ประเด็น		n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95 % CI	p- value
ก่อนการทดลอง		40	23.3	0.6	10.1	15.2	8.77ถึง11.4	<0.001
หลังการทดลอง		40	33.4	0.2				
พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน								
ก่อนการทดลอง		40	24.9	0.4	16.4	32.7	15.4ถึง17.4	<0.001
หลังการทดลอง		40	41.4	0.2				
ระดับน้ำตาลในเลือด								
ก่อนการทดลอง		40	122.95	22.25	22.47	2.23	-29.7ถึง1.30	<0.001
หลังการทดลอง		40	100.48	19.73				
ค่าดัชนีมวลกาย								
ก่อนการทดลอง		40	26.90	3.29	0.6	4.00	-0.91ถึง0.30	<0.001
หลังการทดลอง		40	26.30	3.03				

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความเชื่อในโอกาสเสี่ยง							
ก่อนการทดลอง	24.3	2.9	24.0	2.8	0.3	-0.9 ถึง 1.5	0.6
หลังการทดลอง	29.7	2.0	24.1	2.7	5.6	4.5 ถึง 6.6	<0.001
ความเชื่อในความรุนแรง							
ก่อนการทดลอง	13.7	2.4	14.3	2.3	0.5	-1.5 ถึง 0.5	0.3
หลังการทดลอง	27.8	1.1	14.0	2.4	13.8	-12.9 ถึง 14.0	<0.001
ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค							
ก่อนการทดลอง	23.3	3.8	23.0	3.4	0.3	-1.2 ถึง 1.9	0.6
หลังการทดลอง	33.4	3.9	23.3	3.9	10.1	0.6 ถึง 8.8	<0.001
พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน							
ก่อนการทดลอง	24.9	2.6	25.0	2.6	0.1	-1.2 ถึง 1.0	0.1
หลังการทดลอง	41.4	1.3	24.7	2.3	16.6	15.8 ถึง 17.5	<0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด							

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ก่อนการทดลอง	122.95	22.25	123.33	19.73	0.35	-18.9 ถึง 20.37	0.94
หลังการทดลอง	100.48	19.73	124.00	21.10	23.53	-41.6 ถึง 2.05	<0.001
ค่าดัชนีมวลกาย							
ก่อนการทดลอง	26.9	3.29	28.02	2.97	1.13	-2.60 ถึง 0.35	0.13
หลังการทดลอง	26.3	3.03	27.99	2.97	1.70	-3.10 ถึง 0.28	0.02

จากตารางพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$)

3. ผลการนำรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพธาราม อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานีไปใช้

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ระหว่าง 41-59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.9 และ 87.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 บุคคลในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 81.8

ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$)เส้นรอบเอว พบว่าลดลงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์และสามารถขยายผลนำไปใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ต่อไป

ความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่าภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองรูปแบบ และมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ก่อนและหลังการทดลอง (n=34 คน)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความเชื่อในโอกาสเสี่ยง	28.58	4.64	33.22	2.26	4.64	2.55 ถึง 4.75	<0.001
ความเชื่อในความรุนแรง	28.05	4.30	32.00	2.48	3.94	2.79 ถึง 5.09	<0.001
ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค	28.25	3.23	31.21	2.88	2.01	0.50 ถึง 3.27	0.009
พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค	32.84	4.57	38.13	3.48	5.29	3.16 ถึง 7.36	<0.001
ค่าดัชนีมวลกาย	28.43	3.7	27.09	3.01	1.34	0.48 ถึง 0.95	<0.002
เส้นรอบเอว	97.10	8.96	91.2	9.1	5.90	3.42 ถึง 6.66	<0.003

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในครั้งนี้ ได้มีการวิจัยและพัฒนาโดยการสังเคราะห์สภาพปัญหาและสำรวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งใช้หลักการทฤษฎีและเครื่องมือมาประยุกต์ใช้งานด้วยกระบวนการวิจัยจนได้รูปแบบใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยได้สร้างนวัตกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองและพื้นที่ในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดให้มี 2 กลุ่ม โดยเลือกพื้นที่ที่มีลักษณะประชากร สภาพแวดล้อม และการบริหารสาธารณสุขที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่เน้นกระบวนการที่เสริมสร้างความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของพรพรรณ ลีลาศสง่างาม

และคณะ (2562)⁴ ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพเสี่ยง มีปัจจัย ได้แก่ รับรู้ความเสี่ยงของโรค ภาวะ, รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและรับรู้ความรุนแรงของโรค, ไขมันผิดปกติ, การออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ ซึ่งกิจกรรม จะเน้นในกระบวนการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง การได้รับความรู้และฝึกทักษะ เรื่องการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด มีการแจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การนำเสนอตัวแบบ และการอภิปรายเรื่อง โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยจะมีกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน รวมถึงให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10 นาทีต่อคน ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงการชี้แนะการกระทำเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว

2. ประสิทธิภาพรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่งผลต่อการส่งเสริมและเพิ่ม

ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในความรุนแรงของเกิดโรคเบาหวาน ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ทั้งด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์เพิ่มสูงขึ้น ก่อนการทดลองรูปแบบ นอกจากนี้ส่งผลต่อการลดค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลง ซึ่งผลการทดลองรูปแบบดังกล่าวทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากจำนวนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทั้งหมด 40 คน หลังการทดลองพบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงน้ำตาลในเลือดลดลงจนอยู่ในระดับปกติจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60 นอกจากนี้ในกลุ่มทดลองยังสามารถลดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ทำให้สามารถลดอัตราแนวโน้มการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นต้นแบบที่สามารถที่นำไปขยายผลและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อ ลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆที่เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของวิล แสนยาเจริญกุลและคณะ (2561)⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ซึ่งการให้ข้อมูลความรู้ภายใต้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความรุนแรงของภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ผ่านการจัดกิจกรรมกลุ่ม การพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ช่วยลดอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ทำให้คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ขยายผลมาทำการศึกษาและทดลองในกลุ่มที่มีปัญหาโรคอ้วนและค่าดัชนีมวลกายเกินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดีและอุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองรูปแบบ และมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 3 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถขยายผลนำไปใช้ในกลุ่มอื่นที่พบปัญหาโรคและภาวะสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถขยายไปยังหน่วยบริการในพื้นที่อื่นต่อไป

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่สอดคล้องกับความต้องการเพื่อแก้ปัญหาการพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. ได้ต้นแบบทางวิชาการในพื้นที่เพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและสามารถขยายผลรูปแบบไปสู่สถานบริการแห่งอื่นได้
3. นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานและการบรรลุตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การใช้รูปแบบกระบวนการที่เข้าใจง่ายและแลกเปลี่ยนความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพยายามปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคมามากขึ้นและพฤติกรรมบริโภค

เป็นปัญหาสำคัญสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการชอบดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่หวานในปริมาณน้อยอาจเนื่องมาจากนิสัยและความเคยชิน ดังนั้นการจัดการเรียนรู้ที่จะสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคแบบเดิมจำเป็นต้องมีการให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและมองเห็นทางเลือกที่เป็นไป

ได้ในการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคได้ดียิ่งขึ้น

2. การออกแบบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองมีการกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับความสนใจและวิถีชีวิตของตนทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถดูแลพฤติกรรมของตนเองได้ต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กาญจนา พรหมทองและคณะ. (2563). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 26(2) : 141-160
- 2.ดวงเดือน หันทุงส์และคณะ.(2559). ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองไผ่. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 11(1) : 36-51
- 3.เฉลิมพล ต้นสกุลและคณะ. (2546). ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : ยุทธินทร์การพิมพ์.
- 4.พรพรรณ ลีลาศสง่างามและคณะ. (2562). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 16(1) : 274-286
- 5.โรงพยาบาลบุญทริก. (2563). รายงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ประจำปี 2563. เอกสารรายงาน. อุบลราชธานี: กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม.
- 6.วิไล แสนยาเจริญกุล.(2561). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. Nursing Science Journal of Thailand, 37(1) : 60-72
- 7.อรุณ จิรวัดน์กุล.(2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. วิทย์พัฒน:กรุงเทพฯ

การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่

Evaluation of Caring Dependent Elders by Sub-district Health Promoting Hospitals, Krabi Province

(Received: December 10,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

นงลักษณ์ ลีลาสุธานนท์^{1*}

Nongluk Leelasuthanon^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผลขณะดำเนินการ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังได้รับการดูแล และปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดกระบี่ โดยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการประเมิน พบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 94.4 เห็นด้วยต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 30.3 และ 77.2 ต้องการให้ทีมดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 45.9, 33.3 และ 20.8 ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับมาก น้อย และปานกลาง ตามลำดับ ร้อยละ 83.3 มีการดำเนินงานในระดับสูง ร้อยละ 47.2 มีส่วนร่วมจากทีมดูแลผู้สูงอายุชุมชนและอำเภอ ในระดับมาก ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และผู้ที่ไม่ดูแลตนเองไม่ได้ มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับระดับมาก ร้อยละ 40.7 และ 38.0 ตามลำดับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก และปานกลาง ร้อยละ 37.5 และ 51.4 มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ขาดเครื่องมือ / อุปกรณ์ มีเจ้าหน้าที่น้อย / ภาระงานมาก ร้อยละ 11.1 และ 7.0

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This research was formative evaluation research. The objectives were to evaluate the care for the dependent elders, as well as, compare health status before and after care providing, and problems in caring the dependent elders at sub-district health promoting hospitals (SHPHs), Krabi province. Both quantitative and qualitative study were used. Questionnaires, interviewing from, and in-depth interviewing from were used for data collecting. Descriptive statistics, paired t-test and content analyzing were used for data analyzing.

The evaluation results showed that 94.4% of SHPH officers agreed with the caring policy for dependent elders. 30.3% and 77.2% of elders (who rather could and could not do self-care) need home health care. 45.9%, 33.3% and 28.1% of SHPH's dependent elders care teams (DECTs) got high, low and moderate level of support, respectively. 83.3 % of SHPH's DECTs got high level of

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ *Corresponding author E-mail: nongluk.12507@gmail.com

implementing. 47.2% got high level of implementing participation from community and district. The elders who rather could and could not do self-care had statistically significant better physical and mental health than previously (P -value <0.001), and had high satisfied of care taking at 40.7% and 38.0%, respectively. SHPHs officials had high and moderate level satisfied of care taking at 37.5% and 51.4%. There were problems during implementing included lack of equipment and durable articles, few staff / over workload at 11.1% and 7.0%, respectively.

Keywords : elderly care, dependent elders, sub-district health promoting hospital

บทนำ

ผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของสังคมและประเทศชาติ เป็นศูนย์รวมจิตใจในครอบครัว⁽¹⁾ เป็นวัยที่มีปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วยตามมา เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เป็นภาระต่อครอบครัว ต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม⁽³⁾ ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ตลอดจนการพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการบริการด้านสุขภาพ ด้วยการจัดการบริการการดูแลสุขภาพที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุโดยภาครัฐ⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการสาธารณสุขในการบริการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในระดับรากหญ้า โดยมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก ได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่องในลักษณะองค์รวม มีการบูรณาการและเชื่อมโยงช่วยเหลือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้มีการปฏิรูปการดูแลสุขภาพประชาชนรูปแบบใหม่ โดยจัดให้มีทีมบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนถึงระดับครัวเรือน ให้คำปรึกษา ประสานการเยี่ยม ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล มีแพทย์เป็นที่ปรึกษา ซึ่งจะมีทีมงานดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลเข้ามาร่วมกันทำงานเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ⁽⁵⁾ เป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม และสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม⁽⁶⁾

จังหวัดกระบี่ มีจำนวนผู้สูงอายุ 64,378 คน คิดเป็นร้อยละ 13.49⁽⁷⁾ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ ปี 2562-2564 คิดเป็นร้อยละ 11.32, 12.11 และ 12.57 ตามลำดับ⁽⁸⁾ จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้การดูแลและพัฒนาสุขภาพ ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครัวเรือนทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ให้การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ได้ให้หน่วยงานในสังกัด ในระดับปฐมภูมิไปให้บริการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องทำการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบ ติดตาม กำกับ ให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ จึงได้ทำการประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดกระบี่ เพื่อจะได้นำข้อเท็จจริงต่าง ๆ มาวางแผนและการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลการดำเนินการ (ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ญาติ และความพึงพอใจต่อการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ของ รพ.สต.
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลสุขภาพจาก รพ.สต. ก่อนและหลังการได้รับการดูแล

3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคจากการดูแลของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต.

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินผลขณะดำเนินการ
(Formative Evaluation Research) โดยใช้ระเบียบวิธี
การศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีรายละเอียด
ตามลำดับดังนี้ คือ

การศึกษาเชิงปริมาณ ได้ดำเนินการใน 2 กลุ่ม
คือ

1. **กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชา
กรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นแกนหลักใน
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. ทุก
แห่ง ในจังหวัดกระบี่ แห่งละ 1 คน ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น
72 แห่ง โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive
sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นแกนหลักในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต.
2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงอย่างน้อย 1 ปี
3. เป็นผู้ที่ยินดีย่อมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. ปัจจุบันไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงของ รพ.สต.
2. ไม่ยินดีย่อมมือในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม
ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับบริบท ปัจจัย
นำเข้า และกระบวนการ ความพึงพอใจต่อการให้การ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาอุปสรรคในการ
ดำเนินงานของทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน
1 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบให้อธิบายความ

2. **กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต.
ประชากร** คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และ
ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ รู้สึกตัวดี สามารถตอบ
คำถามต่างๆ ได้ดี และขึ้นทะเบียนที่ รพ.สต. ในจังหวัด
กระบี่ ทั้งสิ้น จำนวน 1,342 คน **กลุ่มตัวอย่าง** คือ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. ซึ่งมีเกณฑ์ในการ
คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดีที่
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน
ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน / ผู้สูงอายุกลุ่มที่
พึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่
ในช่วง 0 – 4 คะแนน สามารถตอบคำถามต่าง ๆ ได้ดี
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง
ได้

2. ขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.
สต. ที่เป็นเป้าหมายในการศึกษา

3. เป็นผู้ที่ยินดีย่อมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลในการศึกษา
2. ไม่ยินดีย่อมมือในการศึกษาวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการกำหนด
ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane ⁽¹⁰⁾ ซึ่งใช้
ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง
309 คน เพื่อเป็นตัวแทนอ้างอิงถึง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้
ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 310 คน โดยแบ่งเป็น
กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 231 คน และ
กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ จำนวน 79 คน ผู้วิจัย
ได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ
หลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบ
สัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ
(ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต) และความพึงพอใจ
ต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทั้งนี้ เครื่องมื่อดังกล่าวนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ
ความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) และมีค่า
ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives
Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง
0.66 – 1.00 นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ความเชื่อถือของ
มาตรวัด โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน
(Internal consistency method) แบบครอนบาค
อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่า
ความเชื่อถือของแบบวัดการสนับสนุนการดำเนินงาน

ของ تیمดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง = 0.85 การดำเนินการของทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. = 0.89 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง = 0.92 ความพึงพอใจต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง = 0.90 และความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง = 0.89

การศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินการศึกษาดังนี้คือ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือก รพ.สต. ตัวอย่างมาอำเภอละ 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 4 แห่ง ด้วยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้เป็น รพ.สต. ที่มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดี ขนาดตัวอย่างพิจารณาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ซึ่งในการประเมินครั้งนี้ได้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น แห่งละประมาณ 10 คน รวมทั้งสิ้น 4 แห่ง จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. แห่งละ 2 - 3 คน แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลในพื้นที่ (อำเภอละ 2 - 3 คน)

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละ รพ.สต. แห่งละ 2 - 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโดย รพ.สต. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. และปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงทีมงานผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในแต่ละอำเภอ แล้วให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละอำเภอ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นวิธีการหลัก นอกจากนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการตรวจสอบหลักฐาน ทั้งนี้ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดในเดือนตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ KBO-IRB 2022/18.1209 ลงวันที่ 12 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ

1.1 บริบท ได้ประเมินใน 2 ประเด็นคือ ความคิดเห็นต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโดย รพ.สต. และความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบผลการศึกษาดังนี้

ความคิดเห็นต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโดย รพ.สต. พบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 94.4 เห็นด้วยต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโดย รพ.สต. ทั้งนี้ ร้อยละ 94.4, 77.8, 62.5 และ 43.1 เห็นว่าเกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม ควรดำเนินการนโยบายดังกล่าวต่อไปและภูมิใจในการเป็นสมาชิกทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจากการสัมภาษณ์เจาะลึกเพิ่มเติม พบว่า ทุกคนเห็นด้วยว่าเป็นนโยบายที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้บ้างมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น เป็นบริการที่ถูกต้องส่งถึงบ้าน ทั้งในเรื่องการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยใน

ระยะสุดท้าย ช่วยให้ญาติและผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกัน เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ มีแพทย์ไปดูแลเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทั้งในระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในทุกระดับ และหน่วยงานอื่น ๆ อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบล อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯ ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และการช่วยเหลือทางสังคม

ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดูแลสุขภาพที่บ้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างร้อยละ 30.3 มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มาดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 40.7 และ 29.0 มีความเห็นอย่างไรก็ได้ และไม่ต้องการ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 77.2 มีความต้องการ รองลงมา ร้อยละ 21.5 และ 1.3 เห็นว่าอย่างไรก็ได้ และไม่ต้องการ

1.2 ปัจจัยนำเข้า ได้ประเมินในเรื่อง จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบของ รพ.สต. และการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบผลการศึกษาดังนี้

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบของ รพ.สต. พบว่า รพ.สต.มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบ น้อยกว่า 20 คน ร้อยละ 72.2 รองลงมา ร้อยละ 20 – 40 คน และมากกว่า 40 คน ร้อยละ 13.9 และ 13.9 โดยเฉลี่ยรพ.สต.มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบ 20.4 คน

การสนับสนุนการดำเนินงานของทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการสนับสนุนการจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 45.9 ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 33.3 และ 20.8 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และน้อยตามลำดับ ทั้งนี้ โรงพยาบาลสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ รพ.สต.ในการปฏิบัติงาน จัดให้มีแพทย์ให้คำปรึกษาแก่ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดให้มีช่องทางโดยตรง (พิเศษ) ในการรับส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างเป็นประจำ ร้อยละ

75.0, 61.1, 56.9 และ 54.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ มีการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการแก่ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการกระจาย/เกลี่ยบุคลากรจากโรงพยาบาลลงปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นประจำเพียงร้อยละ 47.3, 33.3 และ 26.4 ตามลำดับ

1.3 กระบวนการ ได้ประเมินในเรื่องการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. การสื่อสารกับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบผลการศึกษาดังนี้

การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. พบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.3 มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต.ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 15.3 และ 1.4 อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ โดยได้มีการดำเนินงานเป็นประจำมากกว่าร้อยละ 90.0 ในเรื่องให้คำปรึกษา แนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและผู้ดูแล ติดตามและประเมินผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน และให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกเพิ่มเติม พบว่า แต่ละอำเภอก็ได้ทำความเข้าใจ ประชุมชี้แจง และแบ่งผู้รับผิดชอบลงเยี่ยมบ้านในแต่ละพื้นที่ มีการนัดหมายบ้านที่จะทำการเยี่ยม และก่อนหน้านั้นแต่ละ รพ.สต.ก็มีการดำเนินการอยู่แล้ว เพียงแต่มีการจัดระบบให้ดีขึ้น ให้ความสำคัญและความจริงจังมากขึ้น การลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก็จะพิจารณาตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยมาก มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ก็จะร่วมกับทีมโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ไปให้การดูแลรักษา ส่วนในกรณีที่ไม่มีอาการซับซ้อน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ก็จะลงไปเยี่ยมบ้านเอง หากมีอะไรหรือต้องการคำแนะนำจากแพทย์ก็จะโทรปรึกษาแพทย์ ทั้งนี้ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องนอนติดเตียง ก็จะประสานนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาล (ในกรณีที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมีนักกายภาพบำบัด) ไปให้คำแนะนำสอนญาติผู้ป่วย และ

ฝึกปฏิบัติ ในการทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง

นอกจากนี้ ก็มี อสม. เจ้าหน้าที่ อบต.ร่วมเยี่ยมบ้านด้วย ซึ่งในส่วน อสม.ก็จะทำการให้ข้อมูลข่าวสาร และช่วยนัดแนะเป็นหลัก บางครั้งก็ไปเยี่ยมและช่วยเหลือผู้ป่วย ในส่วนของเจ้าหน้าที่ อบต.ก็ให้การสนับสนุนงบประมาณ ให้การดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย/ไม่มีรายได้ ไม่มีญาติ บาง รพ.สต.ก็ใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ทั้งนี้ ในส่วนการได้รับงบประมาณนั้น เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ก็นำไปสนับสนุนการดูแลผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในการเยี่ยมบ้านดังกล่าว งบประมาณส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (กองทุน Long term care) และงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในตำบลที่ อบต.ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ Long term care ซึ่งนอกจากให้การดูแลรักษา และส่งเสริมสุขภาพแล้ว ก็ให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วย พร้อมให้กำลังใจ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยเน้นการทำงานอย่างต่อเนื่อง

การสื่อสารกับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้มีการสื่อสารกับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการพบปะโดยตรง การโทรศัพท์ ใช้ Line และสื่อสารผ่าน อสม. ร้อยละ 93.1, 91.7, 56.9 และ 19.4 ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า โดยรวมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 47.2 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 38.9 และ 13.9 ตามลำดับ โดยมีส่วนร่วมจากทีมดูแลผู้สูงอายุชุมชน และทีมดูแลผู้สูงอายุอำเภอ ในระดับมาก ร้อยละ 47.2 และ 44.4 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.7 และ 38.9 และระดับน้อย

ร้อยละ 18.1 และ 16.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมชุมชนและทีมอำเภอในแต่ละประเด็น พบว่า **ทีมชุมชน** (อสม. อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา นักบริบาล แกนนำครอบครัวและประชาคม) มีส่วนร่วมในการดำเนินการในระดับมากถึงมากที่สุด (ตั้งแต่ร้อยละ 72.3 ขึ้นไป) ในเรื่องช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือให้การบริบาลเบื้องต้น ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสมือนญาติของผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานกับ รพ.สต. เมื่อต้องส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปรักษาพยาบาล เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ครอบครัว และช่วยเหลือดูแลจิตใจทุกข์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ครอบครัว ร้อยละ 83.3, 80.6, 76.4, 73.6 และ 72.3 ตามลำดับ ส่วน **ทีมอำเภอ** (บุคลากรโรงพยาบาล และ สสอ.) มีส่วนร่วมในการดำเนินการในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 76.4 ขึ้นไป) ในเรื่องเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานแก่ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการพัฒนาศักยภาพแก่ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานแก่ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนการดำเนินงานแก่ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหมู่บ้านร่วมกับทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต. ร้อยละ 86.1, 81.9, 80.5, 80.5 และ 76.4 ตามลำดับ

2. ผลการดำเนินการ

2.1 ภาวะสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และกลุ่มดูแลตนเองไม่ได้ ในเรื่องภาวะสุขภาพกาย และสุขภาพจิต พบว่า ทั้งใน 2 กลุ่มนี้ หลังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกาย และสุขภาพจิตก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และดูแลตนเองไม่ได้

ภาวะสุขภาพ	n	$\bar{X}$	SD	t-value	df	P-value
ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง						
สุขภาพกาย (คะแนน)						
ก่อนได้รับการดูแล	231	16.3	4.7	-37.688	230	<0.001
หลังได้รับการดูแล	231	23.7	3.1			
สุขภาพจิต (คะแนน)						
ก่อนได้รับการดูแล	231	7.3	2.2	-26.992	230	<0.001
หลังได้รับการดูแล	231	10.5	1.6			
ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้						
สุขภาพกาย (คะแนน)						
ก่อนได้รับการดูแล	79	13.4	3.9	-31.997	78	<0.001
หลังได้รับการดูแล	79	23.4	2.9			
สุขภาพจิต (คะแนน)						
ก่อนได้รับการดูแล	79	6.0	2.1	-17.888	78	<0.001
หลังได้รับการดูแล	79	10.3	1.8			

2.2 ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ญาติ พบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง/ญาติ โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.3 รองลงมา มีความพึงพอใจมาก และต่ำ ร้อยละ 41.0 และ 10.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง/ญาติในแต่ละด้าน พบว่ามีความพึงพอใจด้านบุคลากร ด้านการให้บริการ และด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ในระดับมาก ร้อยละ 46.3, 34.6 และ 26.0 สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้/ญาติ โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 รองลงมา มีความพึงพอใจมาก และต่ำ ร้อยละ 38.0 และ 5.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้/ญาติในแต่ละด้าน พบว่ามีความพึงพอใจด้านบุคลากร ด้านการให้บริการ และด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ในระดับมาก ร้อยละ 45.6, 31.6 และ 13.9

2.3 ความพึงพอใจต่อการให้การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบว่า มีความพึงพอใจต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 รองลงมา

มีความพึงพอใจมาก และต่ำ ร้อยละ 37.5 และ 11.1 ตามลำดับ

3. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบว่า มีปัญหาบ้างเล็กน้อย โดยมีปัญหาในเรื่องขาดเครื่องมือ / อุปกรณ์ในการดูแลช่วยเหลือ มีเจ้าหน้าที่น้อย / มีภาระงานมาก บางรายขาดผู้ดูแล ขาดการพัฒนาความรู้ให้กับผู้ดูแล/ญาติ การเดินทางไปพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความยากลำบาก ขาดการบูรณาการงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีความยากลำบากในการส่งต่อในพื้นที่เกาะ ร้อยละ 11.1, 7.0, 4.2, 4.2, 4.2, 2.8 และ 2.8 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ รพ.สต. จังหวัดกระบี่ พบว่า ทั้งผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และที่ดูแลตนเองไม่ได้ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิต หลังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้งนี้ การได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และการมีส่วนร่วมจากทีมชุมชน และทีมอำเภอ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ได้รับการดูแลทั้งร่างกายจิตใจ ตลอดจนได้รับ

คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง บางรายได้รับการช่วยเหลือทางสังคม โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจน อด./หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้รับการประสาน และได้เข้าไปดูแลให้การช่วยเหลือ อาทิ เรื่องที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ฯ ทำให้มีภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจดีขึ้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวผู้ปวยก็ได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนได้รับกำลังใจ ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีขึ้น เกิดผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง จึงเป็นสิ่งที่ดี ผู้ได้รับการดูแลจึงขึ้นชอบนโยบายนี้ เพราะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยสะดวก ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว⁽¹¹⁾ เป็นบริการปฐมภูมิที่ให้การดูแลเป็นองค์รวม โดยยึดผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง⁽¹²⁾ เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่ทำให้ประชาชนมีศักยภาพและความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้าน ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัว/ชุมชน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังทำให้ชุมชนเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่ายได้ทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ เกิดการมีส่วนร่วมและบูรณาการงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน/หน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศุภมิตร ปาณรูป⁽¹⁴⁾ ที่ประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 96.6 เห็นด้วยต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนิลลักษณ์ จิรยัตย์สุนทร⁽¹⁵⁾ และหทัย พันธุ์พงษ์วงศ์⁽¹⁶⁾ ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เกือบทั้งหมด เห็นด้วยต่อนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ที่ได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวมากกว่าร้อยละ 82.0 มีความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

หลังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมกับภาคส่วนต่างๆ ทำให้ผู้ปวยมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป ทั้งนี้ การทำงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละบุคคลนั้น มีปัญหาที่แตกต่างกัน การให้บริการต้องตอบสนองต่อความต้องการต่อบุคคลนั้น ๆ จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วม และบูรณาการกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหา ตามบทบาทหน้าที่ ๆ รับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า สมาชิกทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่าควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป

ในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มากกว่าครึ่งเล็กน้อยได้รับการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จากทางโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย ซึ่งเรื่องที่ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ ที่น้อยได้แก่ เรื่องการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการ กระจาย/เกลี้ยบุคลากรจากโรงพยาบาลลงปฏิบัติงาน และการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ซึ่งเมื่อพิจารณาในส่วนช่องทางโรงพยาบาลก็มีข้อจำกัดในเรื่องรายได้ และงบประมาณที่ได้รับ บางโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะแพทย์ก็มีจำกัด ต้องให้การดูแลผู้ปวยที่โรงพยาบาลเป็นหลัก และก็จะมิผลให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการได้น้อยตามมา ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการให้การสนับสนุนแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีความพึงพอใจต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 62.5 สอดคล้องกับการศึกษาของศุภมิตร ปาณรูป⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. ร้อยละ 61.8 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางถึงน้อย และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลางถึงต่ำ หทัย พันธุ์พงษ์วงศ์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ทีมหมอครอบครัว

รพ.สต. ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับปานกลางถึงน้อย

ในเรื่องการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ญาติ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจากทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลางถึงมาก ทั้งนี้ การไปให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถึงบ้าน ทำให้เกิดความรู้สึกได้รับความใส่ใจ สะดวก ไม่ต้องเดินทางไกล ประหยัดค่าใช้จ่าย อีกทั้งมีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่จึงมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนในเรื่องปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องต่าง ๆ เพียงเล็กน้อย ซึ่งก็อาจพิจารณาให้การช่วยเหลือ / แก้ไขปัญหาเป็นราย ๆ ไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไป พร้อมพัฒนาให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น อีกทั้งขยายการให้บริการสู่กลุ่มอื่นด้วย และควรกำกับติดตามให้เกิดการดำเนินการอย่างจริงจังเกิดประสิทธิผลที่ดีเพิ่มขึ้น พร้อมสนับสนุนทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชุมชน อำเภอ และโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและร่วมการดำเนินการกับ รพ.สต.เพิ่มขึ้น

เชิงปฏิบัติ

1. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ รพ.สต. ทางโรงพยาบาลเครือข่ายที่เป็นทีมพี่เลี้ยง รพ.สต. ควรให้การสนับสนุนการดำเนินการของ รพ.สต. เพิ่มขึ้น

2. ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทั้งในกลุ่มดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชุมชน และอำเภอ

3. ผู้บริหารทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ควรให้ความสำคัญและจริงจังเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย รพ.สต.เพิ่มขึ้น พร้อมทั้งสร้างขวัญกำลังใจให้ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต. โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์การดำเนินงาน

4. ส่งเสริม สนับสนุนให้นักกายภาพบำบัด หรือนักการแพทย์แผนไทย จากทางโรงพยาบาลหรือ รพ.สต.ลงเยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น

5. ควรต้องสร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นในเรื่องความสม่ำเสมอในการเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ และเรื่องกำหนดวันนัดหมาย

6. ควรเกลี้ยอัตราค่าจ้างให้แต่ละ รพ.สต.มีความสมดุล และทางโรงพยาบาลสนับสนุนบุคลากรให้ รพ.สต.ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น โดยส่งบุคลากรไปร่วมปฏิบัติงานกับทีม รพ.สต. เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพ โดยทีม รพ.สต.ต่อไป เพื่อจะได้ทราบถึงผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากมีการปรับปรุง พัฒนา

2. ประเมินผลการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในกลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ศึกษาหารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมงานระดับต่าง ๆ และหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ ทีมงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชุมชน / อำเภอ อบต.ฯ

เอกสารอ้างอิง

1. กมลชนก ขำสุวรรณ, และมาตี ลิมสกุล. คุณค่าของผู้สูงอายุในระบอบของความเป็นจริง: ความท้าทาย ของนักวิจัย ด้านสังคมศาสตร์ในปัจจุบัน. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, 2560; 25(1): 133-156.
2. Eliopoulos C. Gerontological Nursing. 7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2020.
3. ธนะวัฒน์ รอมสุก, ศุภลักษณ์ พื้นทอง, ประภัสร ธรรมเมธา, นงนุช วงศ์สว่าง, นพวรรณ ดวงจันทร์, ชลธิชา บุญศิริ, จิรกุล ครบสอน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร.วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 2564; 36(1): 39-52.
4. ดนุลดา จินขาวขำ, นงนุช วงศ์สว่าง, กัญญา ศรีตะวัน. การรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการ บริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2564; 4(1): 170-182.
5. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2557.
6. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. ทีมหมอครอบครัว ของขวัญปีใหม่คนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/26856>
7. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2565.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. ประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่. กระบี่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. 2565.
9. Stufflebeam, Foley, W. J., Gephart, W. J., Guba, E. G., Hammond, R. L., Merriman, H. O., Educational Evaluation and Decision – Making. Illinois : Peacock Publishers. 1971.
10. Yamane, T. Statistics : An Introductory Analysis. London : John Weather Hill, Inc. 1967.
11. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. รายงานโครงการวิจัยประเมินผลติดตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ : รายงานวิจัย. 2558.
12. Muldoon LK1, Hogg WE, Levitt M. Can J. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?. September – October, 2016; 97(5): 409-11.
13. สุขุม กาญจนพิมาย. สธ.ประกาศ “ปฏิรูประบบสาธารณสุขด้วย พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ”. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019 /10/17870>
14. ศุภมิตร ปาณธูป. ผลการประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด อุตรดิตถ์. รายงานวิจัย: อุตรดิตถ์. 2562.
15. สีนีลักษณ์ จิรยัตย์สุนทร. การดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. รายงาน วิจัย : สุราษฎร์ธานี. 2559.
16. หทัย พันธุ์พงษ์วงศ์. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม : รายงานวิจัย. 2559.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

Effectiveness of awareness program on community suicidal signs of village health volunteers

Sam Khok District, Pathum Thani Province

(Received: December 20,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

นาริรัตน์ จันทะ¹

Nareerat Chanta¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow up) กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 68 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ ความตระหนักถึงสัญญาณที่บ่งบอกว่าจะฆ่าตัวตายและ ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆที่อาจนำไปสู่การมีความคิด ฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็นระยะทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated Measure ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่า กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการให้ความรู้แบบปกติ

ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน และความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช ,การรับรู้ และความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะติดตามผล 1เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

คำสำคัญ: สัญญาณการฆ่าตัวตาย,ความตระหนัก,การรับรู้

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Abstract

This research is a two-group quasi-experimental study. Measured before, after the experiment and the follow-up period of 1 month (Two group pre-post test and follow up). The sample were public health volunteers of Sam Khok District. Pathum Thani Province consisted of 68 peoples, divided into 2 groups: the experimental group 34 peoples and the control group 34 peoples. Its purpose is to compare perceptions awareness of suicidal signs and knowledge of depression and other psychiatric disorders that may lead to suicidal ideation of experimental and control groups. Before and after receiving the community health volunteers' community and awareness program for signs of suicide. divided into trial period and a follow-up period of 1 month. Statistical analyses were by mean, percentage, standard deviation, independent t-test and Two-way repeated measure ANOVA. Hypothesis prove with p-value < 0.05

The results showed that experimental groups, who received the community suicide awareness and perception program had average scores on community awareness of suicide signs before. The experiment immediately after the experiment was completed. and the 1-month follow-up period was greater than the control group receiving conventional education

At pre-experimental period, between the experimental and control group There were mean scores of perceptions of suicide signs in the community and knowledge of depression and psychiatric disorders. There was a statistically significant difference at the 0.05 level. At post-test, the experimental and control group They had average scores on their knowledge of depression and psychiatric disorders, awareness and awareness of suicide signs were no significant. The follow-up period 1 month, the experimental and control group. They had average scores on their knowledge of depression and psychiatric disorders. There was a statistically significant difference at the 0.05 level.

The results of a two-way repeated ANOVA of awareness and perceptions of suicide signs among health volunteers' community were different experimental methods and durations Affects Awareness Average Score and perceptions of suicide signs in the community among health volunteers. The statistical significance at the 0.05 level showed that there was an interaction between the experimental method and the experimental duration.

Keywords: suicide signs, awareness, awareness

บทนำ

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในยุคปัจจุบัน อันเนื่องมาจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนเกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น¹ องค์การอนามัยโลกพบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรโลก²ในปี

หนึ่งจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วโลกเป็นจำนวนกว่าล้านคน เฉลี่ยมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 40 วินาที ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่าโดยพบข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายโลกในเวบไซต์องค์การอนามัยโลก ได้ปรับปรุงข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายล่าสุดคือปี ค.ศ. 2016 ซึ่งคาดหมายว่า มีคนเสียชีวิตจากปัญหาฆ่าตัวตายทั่วโลกราว ๆ 739,000 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยโลกทุกช่วงวัย (Global-age standardized) อยู่ที่ 10.5 ต่อประชากรแสนคน สำหรับข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ได้เฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ต่อเนื่องตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีตั้งแต่ทศวรรษ 2000 เป็นต้นมา อัตราฆ่าตัวตายจากรายงานการเฝ้าระวังปัญหาปี พ.ศ. 2559 เป็นปีที่อัตราฆ่าตัวตายของประเทศลดต่ำสุดคือ 5.77 ต่อประชากรแสนคน หลังจากนั้นอัตราฆ่าตัวตายอยู่ระดับ 5.97-6.20 มาต่อเนื่อง อัตราขึ้นไปสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 อัตราอยู่ที่ 6.32 และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2561 อัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.32 ต่อประชากรแสนคน³ จากสถิติดังกล่าว อัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยในระดับโลก ณ ช่วงเวลาเดียวกัน นั่นคือ ปี พ.ศ.2559 ไทยมีอัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.35 ต่อประชากรแสนคน ถือได้ว่าประเทศไทยอยู่กลุ่มประเทศที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อัตราการฆ่าตัวตายล่าสุดปี พ.ศ. 2563 พบมีอัตราฆ่าตัวตายสูงขึ้น เท่ากับ 7.73 ต่อประชากรแสนคน⁴

จังหวัดปทุมธานี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตรา 5.32 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2563 มีอัตรา 7.41 ต่อแสนประชากร และ ปี พ.ศ. 2564 มีอัตรา 7.66 ต่อแสนประชากร แม้ว่าจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.98 เพศหญิงร้อยละ 26.02 ช่วงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 26-45 ปี ร้อยละ 36.58 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 25.20 ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน รองลงมาเป็นช่วงวัยรุ่น 14-25 ปี ร้อยละ 21.13 และในวัยสูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยที่สุด ร้อยละ 17.17 อาชีพที่ฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.77 รองลงมาคือว่างงาน ร้อยละ 18.69 และค้าขาย ร้อยละ 12.19 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือการผูกคอ ร้อยละ 60.46 รองลงมาได้แก่ ใช้ปืน ร้อยละ 11.62 และรมควัน ร้อยละ 9.3 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นการฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาหนี้ใจ ถูกดูต่ำ ถูกตำหนิ ร้อยละ 38.04 รองลงมาเป็นการทะเลาะกับคนใกล้ชิด และปัญหาผิดหวังความรัก หึงหวง ร้อยละ 20.65 และ 15.21 ตามลำดับ ด้านภาวะเศรษฐกิจพบมีปัญหาตกงาน ค่าขายขาดทุน และมีหนี้สินร้อยละ 28.70 ติดสุรา ร้อยละ 21.29

ติดสารเสพติด ร้อยละ 12.96 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 13.88 และโรคทางจิตเวช ร้อยละ 14.81⁵

สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จแต่ละอำเภอของจังหวัดปทุมธานี 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ดังนี้ 1) อำเภอเมืองปทุมธานี 4.01, 5.93 และ 1.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ 2) อำเภอลองหลวง 1.08, 0.72 และ 1.45 ต่อแสนประชากร 3) อำเภอธัญบุรี 0.48, 0.95 และ 0.98 ต่อแสนประชากร 4) อำเภอหนองเสือ 11.19, 5.59 และ 3.82 ต่อแสนประชากร 5) อำเภอลาดหลุมแก้ว 7.54, 13.58 และ 3.07 ต่อแสนประชากร 6) อำเภอลำลูกกา 3.61, 1.65 และ 1.08 ต่อแสนประชากร และ 7) อำเภอสสามโคก 9.05, 7.42 และ 9.26 ต่อแสนประชากร

อำเภอสสามโคกมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562-2563 (ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร) และปีงบประมาณ 2564-2565 (ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร) แม้ว่าอำเภอนองเสือและลาดหลุมแก้วจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 สูงกว่าอำเภอสสามโคก แต่ในปี พ.ศ. 2564 ทั้ง 2 อำเภอมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงอย่างเห็น ได้ชัด ในขณะที่อำเภอสสามโคกยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดจากสาเหตุและปัจจัยที่ไม่สามารถหาคำตอบที่ชัดเจนได้ ปัญหาการฆ่าตัวตาย และอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ในพื้นที่อำเภอสสามโคก เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และส่วนใหญ่พบว่าเป็นผู้ที่ไม่เคยเข้ามารับบริการรับคำปรึกษาในระบบโรงพยาบาล หรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาก่อน รวมถึงมักไม่พบการส่งสัญญาณที่บ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเองให้คนรอบข้างทราบ หรืออาจส่งสัญญาณแต่คนรอบข้างขาดความตระหนัก และไม่เชื่อว่าจะทำร้ายตนเองจริง บางครั้งอาจคิดว่า บุคคลนั้นพูดเรื่องการทำร้ายตนเองบ่อยๆ แต่ไม่เคยทำจริงสักที จึงไม่คิดว่าเป็นการส่งสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ

บุคคลที่มีโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายมักมีความเสี่ยงหรือเปราะบางมากกว่าบุคคลอื่นๆ เมื่อบุคคลนั้นมีเหตุการณ์มากระตุ้นให้เกิดความเครียด เกินกว่าความสามารถของตนเองจะจัดการได้ จึงนำมาสู่

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มักมีการสื่อสาร โดยแสดงออกเป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การสื่อสารทางตรงด้วยวาจา เช่น การบอกกับญาติว่าจะฆ่าตัวตาย 2) การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้หรือรำลา 3) การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทาง เช่น เดินไปหยิบอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และ 4) การสื่อสารทางอ้อมด้วยท่าทาง เช่น การเปลี่ยนเครื่องแต่งตัวเป็นชุดที่ดีที่สุดในวัน และ การฆ่าตัวตายนั้้นมักจะเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากสัญญาณฆ่าตัวตายออกไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนช่วยผลักดันให้การสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และระดับสากล⁶ การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตโดยผ่านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ เป็นจุดเชื่อมโยงคนในชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุขที่เหนียวแน่น⁷ โดยในอำเภอสามโคกมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 660 คน เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน และหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างสุขในชุมชน ตำบลละ 5 คน รวมจำนวนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน เพียง 60 คน หรือร้อยละ 0.90 ของจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคกเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้าง ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณที่บ่งบอกว่า จะฆ่าตัวตายในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการเฝ้าระวัง สร้างความตระหนักต่อการส่งสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชน ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและ เป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและในทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนับเป็นวิกฤติสุขภาพจิต ที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องได้ติดตามเฝ้าระวังปัญหา อย่างต่อเนื่องมาตลอด นอกจากนี้ยังถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่มีการติดตามเฝ้าระวังปัญหา โดยหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ การแก้ปัญหามรณกรรมฆ่าตัวตายของประเทศไทยเป็นเรื่องสำคัญที่จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และช่วยเหลือ ประชาชนที่มีความเสี่ยงและคนที่คิดหรือพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างทันทั่วถึง ในมิติของการเฝ้าระวังปัญหาและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายนั้้นความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นคนในชุมชน เป็นเจ้าของพื้นที่ และมีความเข้าใจในบริบทปัญหาของตนเองเป็นอย่างดีถือเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหามาตรังตรงจุดและยั่งยืน⁸ การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามรณกรรมฆ่าตัวตาย จึงกลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้าง ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึงปัจจุบัน และสูงกว่าระดับเขตสุขภาพที่ 4 และระดับประเทศต่อเนื่อง 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.05, 7.42 และ 9.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จึงจำเป็นต้องเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างกลไกให้อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสามารถจัดกิจกรรมเพื่อร่วมกันวางเป้าหมาย วางแผน กลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ผลักดัน ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน

ด้วยชุมชนเอง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สัญญาณที่บ่งบอกว่า จะฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักถึงสัญญาณที่บ่งบอกว่า จะฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่นๆที่อาจนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา แบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-posttest and follow up)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 660 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ในตำบลที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 4 ลำดับแรก ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2562-2564 ได้แก่ 1) ตำบลเชียงรากน้อย มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 82.07 ต่อแสนประชากร 2) ตำบลเชียงรากใหญ่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 63.89 ต่อแสน

ประชากร 3) ตำบลบ้านจั่น มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 43.29 ต่อแสนประชากร และ 4) ตำบลบ้านปทุม มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 20.59 ต่อแสนประชากร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่ง Polit and Hungler (1995) ได้กำหนดไว้ว่าการวิจัย กึ่งทดลองควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 20-30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้นโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 34 คน และกลุ่มทดลอง 34 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวช แบบสอบถามความตระหนัก และการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2 แบบสอบถามความรู้โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวช เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของ Jorm และคณะ (1997) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวช ลักษณะคำถามแบบปลายปิด การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (Benjamin Bloom, 1971; อ้างอิงมาจาก ปรียะนัน มั่นหมาย, 2556) คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ มีการจัดระดับคะแนนได้ดังนี้

ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน)

ระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) 1 . 3

แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย มีทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แบบปลายปิด และเป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของวนิดา กองแก้ว (2559) ซึ่งประยุกต์จากแบบ

ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลและคณะ (Brook et al., 1979) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบ เกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (Benjamin Bloom, 1971; อ้างอิงมาจาก ปรี ยะนัน มั่นหมาย, 2556) คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ มีการจัดระดับคะแนนได้ดังนี้

ระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน)

ระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)

1.4 แบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อผู้ที่มีความ คิดฆ่าตัวตาย ลักษณะคำถามแบบปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ชื่อนำมาเปรียบเทียบกับอิงเกณฑ์ (Benjamin Bloom, 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ระดับต่ำ ร้อยละ 1-59

ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79

ระดับสูง ร้อยละ 80-100

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการ สร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว ตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาขึ้นโดย ความร่วมมือของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 และ คณะกรรมการ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิต เวช เขตสุขภาพที่ 4

วิธีดำเนินการ

ผู้วิจัยจะดำเนินการระยะก่อนการทดลอง ระยะ การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ ระยะติดตามผล สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่ม ทดลอง ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้โรคซึมเศร้าโรคจิตเวชโรคเรื้อรังอื่นๆ ความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรม แล้วจึงเริ่มดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรม “สร้างแรงบันดาลใจ พากันใส่ใจคนท้อแท้” มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม และผู้วิจัย สร้าง ความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัว ตาย ความสำคัญของผู้คนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเอื้อต่อการเกิดความคิด ฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าและโรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ ความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ใบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โรค จิตเวช และโรคเรื้อรังอื่นๆ การสร้างทัศนคติที่ดี ต่อผู้ที่มีความ คิดฆ่าตัวตาย รวมถึงกลยุทธ์ในการป้องกันการ ฆ่าตัวตายในชุมชน

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรม “สัญญาณเตือน ที่พา เพื่อนไปฆ่าตัวตาย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเกิด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย วาจา ที่ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายสื่อสารกับสมาชิกใน ครอบครัว และคนในชุมชน โดยดูวีดิทัศน์สัญญาณ เตือนผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และใบความรู้เรื่อง สัญญาณเตือนต่างๆ ที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และใบ งานกรณีศึกษา ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดง ความ คิดเห็น เสนอแนะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชุมชน ของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรม “เครือข่ายพันธมิตร ชวนกันคิดแก้ปัญหา” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่ม ทดลองมีวิธีการจัดการดูแลผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวได้อย่าง เหมาะสม และมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัว ตาย โดยดูวีดิทัศน์ การคิดบวกกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัว ตาย แบบประเมินทัศนคติต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรม “เป็นเพื่อนชวนคิด สร้างมิตรในชุมชน” มีวัตถุประสงค์ เพื่อฝึกทักษะการ สื่อสารให้กลุ่มทดลอง ทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีและสร้าง แรงจูงใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยให้ดูวีดิทัศน์ ทักษะการสื่อสารทางบวก และใบงานเรื่องเทคนิคและ ทักษะการสื่อสารที่ดี ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองแสดง ความคิดเห็นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างกัน เพิ่มเติม ใบความรู้เปลี่ยนประโยคปิดใจที่อาจ อ่อนไหวต่อคนฟัง เป็นสร้างพลังกันดีกว่า ใบงาน สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร และฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรม “เพื่อนแท้ดูแลใจ All day All night” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องเครือข่ายทางสังคม และช่องทางการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย แหล่งช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน ที่ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาได้ทันที เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนในชุมชนได้ รับทราบ โดยใช้ใบความรู้แหล่งช่วยเหลือให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ และกิจกรรมในงานช่องทางติดต่อช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเสนอแนะแหล่งช่วยเหลือในชุมชนของตนเองเพิ่มเติม

กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรม “เยี่ยมด้วยใจ ฝ่าระว่างภัยฆ่าตัวตายซ้ำ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้พยายามทำร้ายตัวเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในชุมชน โดยใช้ระบบการส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องของอำเภอสามโคก ผ่านกิจกรรมในงานขั้นตอนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของอำเภอสามโคก และผู้วิจัยให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนเสนอแนะข้อคิดเพิ่มเติมในระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คู่มือทัศน การสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใบความรู้เทคนิคการเยี่ยมบ้านคุณภาพ ใบความรู้ ประโยชน์ที่ควรมาพูดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินคะแนนกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยประเมินความรู้โรคซึมเศร้า โรคจิตเวชอื่นๆ ความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ด้วยการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

ระยะที่ 4 ระยะติดตามผล

หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินความรู้โรคซึมเศร้า โรคจิตเวชอื่นๆ ความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ด้วยการตอบแบบประเมินตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมา

ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)
โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลคลองควาย อำเภอสามโคก ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.70 .

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคจิตเวช การรับรู้และความตระหนักต่อสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Independent t-test และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้าง ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คนและกลุ่มควบคุม 34 คน ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการให้ความรู้แบบปกติ

ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว

ตายในชุมชนและความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D	Mean difference	t	df	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	34	11.24	2.16	-0.529	-0.855	66	0.049*
กลุ่มควบคุม	34	11.76	2.89				
ความตระหนัก							
กลุ่มทดลอง	34	41.24	3.32	-1.206	-1.537	66	0.129
กลุ่มควบคุม	34	42.44	3.14				
การรับรู้							
กลุ่มทดลอง	34	14.24	2.67	-0.794	-1.018	66	0.025*
กลุ่มควบคุม	34	15.03	3.68				

*p< 0.05

ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช ,การรับรู้และความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D	Mean difference	t	df	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	34	12.85	2.39	0.912	1.734	66	0.088
กลุ่มควบคุม	34	11.94	1.92				
ความตระหนัก							
กลุ่มทดลอง	34	43.35	3.28	1.206	1.701	66	0.094
กลุ่มควบคุม	34	42.15	2.51				
การรับรู้							
กลุ่มทดลอง	34	15.79	2.67	-0.029	-0.038	66	0.970
กลุ่มควบคุม	34	15.82	3.68				

*p< 0.05

ระยะติดตามผล 1เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลอง
ติดตาม 1 เดือน

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D	Mean difference	t	df	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	34	13.06	2.17	1.26	2.661	66	0.010**
กลุ่มควบคุม	34	11.79	1.72				
ความตระหนัก							
กลุ่มทดลอง	34	43.26	3.34	1.382	1.577	66	0.120
กลุ่มควบคุม	34	41.88	3.87				
การรับรู้							
กลุ่มทดลอง	34	15.53	4.19	0.235	0.243	66	0.809
กลุ่มควบคุม	34	15.29	3.77				

**p< 0.01

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

การศึกษานี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้แบบปกติ นั้น มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร บัวผัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมมีความตระหนักและการรับรู้

ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้แบบปกติ แสดงให้เห็นว่า การนำโปรแกรมมาสร้างรูปแบบในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร และมีการติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น ทำให้ได้ประสิทธิผลที่ดีกว่า

2. สร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของคนในชุมชน โดยใช้กลไกการสร้างความตระหนักต่อสัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าจะฆ่าตัวตายของคนในชุมชน

3. พัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล/อำเภออื่น ๆ โดยนำกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม

4. ขยายผลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปยังผู้นำชุมชน แกนนำในชุมชน กลุ่มวัยรุ่น โรงเรียน และกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือและรับรู้สัญญาณต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. นำไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุข
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่นผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้
สารเสพติด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ
2. ควรมีการติดตามคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก
และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรม
สร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว
ตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในครั้งนี้ ตามระยะ ๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- 1.จันทิมา องค์โชคชัยไกรฤกษ์. (2550). คนไทยน่าเป็นห่วง เป็นโรคซึมเศร้าปีละหมื่นคน. สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก news.hunsa.com/detail.php?id=873.
2. World Health Organization. Suicide data. [Internet] Geneva: World Health Organization 2016 [cited 2018 Oct 15]. Available from: [http:// www.who.int/mental_health/prevention/ suicide/suicideprevention/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en).
- 3.กรมสุขภาพจิต. (2562). สถิติรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562. กองแผนงานกรมสุขภาพจิต นนทบุรี.
- 4.กรมสุขภาพจิต.(2563). สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565, จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2287>
- 5.ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต/(2565)//สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565,/จาก/ <https://506s.dmh.go.th/app.dashboard.html>
- 6.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ.(2550) “อสม.: ศักยภาพ และยุทธศาสตร์ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง.” หมออนามัย, 17(3) : 7-20.
- 7.ดาวศิริ วิลามาศ. (2554). การฝึกอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้าน นาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ. (การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- 8.กิตติวัฒน์ กันทะ, ช่อผกา แสนคำมา, และศศิธร กันทะ. (2019). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อำเภอจุน จังหวัดพะเยา. 6(1), 16-23.
9. Helicon. Encyclopedia of biography,2000 Hutchinson New Ed edition October 30, 1997. 1056 page
- 10.Dieksta & Gulbnat 1993.The epidemiology of Suicide and parasuicide . first published, may 1993/vol 87.page 9-20.
- 11.มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน: Suicide: Management and prevention กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่ 1 โครงการรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ,2553, 277 [3] หน้า
- 14.ศศิธร บัวผัน (2562) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว ตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรม
สุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัด
สกลนคร

(Received: December 14,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

รัตนา ธรรมทาทอง¹

Rattana Thamthathong¹

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้ (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) อสม. ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน จำนวน 17 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 45 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อสม. แบบประเมินทักษะ อสม. ในการวัดความดันโลหิตที่บ้าน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ อสม. พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired t-test ผลการศึกษาค้นคว้าได้ดังนี้

ด้าน อสม. พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้านของ อสม. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=41.35$, S.D.=1.04 vs $\bar{X}=38.41$, S.D.=2.71, p-value<0.001) ส่วนด้านผู้ป่วยพบว่าก่อนการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 13.3 และระดับดี ร้อยละ 4.4 ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=3.62$, S.D.=0.38 vs $\bar{X}=3.92$, S.D.=0.32, p-value<0.001) ส่วนผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพพบว่าค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure หลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=128.76$, S.D.=11.47 vs $\bar{X}=124.89$, S.D.=8.05, p-value=0.043) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์, โรคความดันโลหิตสูง, อสม.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a telephone follow-up program combined with home blood pressure measurement by village health volunteers on health behaviors and blood pressure levels of hypertensive patients. Two sample groups were 1) 17 village health

¹ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

volunteers responsible for the care of hypertension patients and 2) 45 hypertension patients, conducted between October and December 2022. Tools used The data collected were the general information questionnaire of the village health volunteers, the village health volunteer skill assessment form for measuring blood pressure at home. a questionnaire on general information and health status of patients with hypertension and health behavior questionnaires in patients with hypertension The tools used in the experiment was a telephone follow-up program combined with home blood pressure measurement by village health volunteers. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis of the mean scores, health volunteers' skills, health behaviors in patients with hypertension. and health status of patients with hypertension before and after using the paired t-test.

The study results are as follows: As for the volunteer volunteers, it was found that the mean scores of home blood pressure measurement skills of volunteer volunteers after the experiment were significantly higher than before the experiment ($\bar{x} = 41.35$, S.D.=1.04 vs $\bar{x} = 38.41$, S.D.=2.71, p-value<0.001). As for the patients, it was found that before the experiment, most of the patients with hypertension had behaviors at a moderate level, 82.3%, followed by 13.3% that needed improvement, and Good level 4.4%, respectively. After the experiment, it was found that most of them had behaviors at a good level of 64.5%, followed by a moderate level of 33.3%, and a level that should be improved 2.2%, respectively. Overall health behavior after the experiment was significantly higher than before the experiment ($\bar{x} = 3.62$, S.D.=0.38 vs $\bar{x} = 3.92$, S.D.=0.32, p-value<0.001). that the mean systolic blood pressure after the experiment was significantly lower than before ($\bar{x} = 128.76$, S.D.=11.47 vs $\bar{x} = 124.89$, S.D.=8.05, p-value=0.043).

Keywords: follow-up visit by telephone, high blood pressure, health volunteers

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก¹ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ส่วนในประเทศไทย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.7 และเพศหญิงร้อยละ 24.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีเพียงร้อยละ 22.6² ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมไม่ได้จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา อาทิเช่น โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนไทย³

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ส่งผลให้มีการปรับรูปแบบบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรูปแบบการจัดบริการของคลินิกที่ถูกปรับเปลี่ยน 3 อันดับแรกได้แก่ จัดบริการที่นั่งรอรับบริการโดยเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร และจัดให้มีแอลกอฮอล์เจลล้างมือบริการในคลินิกมากที่สุด ร้อยละ 90.7 รองลงมาคือ ลดระยะเวลาการรอคอยในการ

รับบริการเช่น จัดบริการแบบ One stop service ร้อยละ 55.90 และการลดจำนวนผู้ป่วยในคลินิกเช่น การนัดเลื่อนเวลา การยืดเวลานัดผู้ป่วยให้นานขึ้น ร้อยละ 45.8 สำหรับการปรับรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี มีการจัดส่งยาไปที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 72.9 และมีการติดตามผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 77.2⁴

ปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีทางการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ เข้ามาช่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการนัดหมายเพื่อเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด หรือการให้ความรู้หรือคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ที่บ้าน จึงทำให้การติดต่อสื่อสารได้สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งค่าบริการถูก ส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง จากการศึกษาวิจัยเชิงสังเคราะห์ของลินคอนและคณะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์และให้คำแนะนำ มีความสนใจในการวัดระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น⁵ นอกจากนี้มีศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ และภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป้าหมายสำคัญคือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยการ

รับประทานยาตามแผนการรักษา และสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด ตลอดจนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา³ มีการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตดีขึ้น⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2ส. (บุหรี่ สุรา) ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง⁹

การวัดความดันโลหิตเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ดีหรือไม่ และการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีประโยชน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและป้องกันการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงเกินความจำเป็น การวัดความดันโลหิตสูงที่บ้านมีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตปลอม (Whit-coat hypertension) และภาวะความดันโลหิตสูงซ่อนแอบ (Masked hypertension)¹⁰ ภาวะความดันโลหิตทั้ง 2 นี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงแบบตลอดเวลา (Sustained hypertension state)¹¹ อีกทั้งยังมีประโยชน์ในการประเมินความแปรปรวนของความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี¹² และการวัดความดันโลหิตที่บ้านยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเห็นการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา การวัดความดันโลหิตสูงที่บ้านเป็นวิธีการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี ที่ผ่านมา อสม. เป็นกำลังหลัก

ในกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน¹³

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังเป็นสิ่งจำเป็นแม้จะมีการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานและต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการแผนกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง PCU โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีจำนวน 949 คน ผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ามารับการตรวจรักษาต่อเนื่องทุก 1-2 เดือน ซึ่งในวันคลินิกเดิมจะมีผู้ป่วยเข้ามารับบริการมากเฉลี่ยครั้งละ 287 คน และมีระยะเวลารอคอยในการรับบริการเฉลี่ยคนละ 110 นาที ส่งผลให้เกิดความแออัดและทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้ง่ายขึ้นทั้งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ หากยังใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม ทางคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง PCU โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จึงได้ปรับแนวทางการให้บริการเพื่อลดความแออัดโดยแบ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี ให้มีการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ลงข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทางไลน์ และจัดส่งยาให้ผู้ป่วยทุก 3 เดือน 2) กลุ่มที่ควบคุมโรคได้พอใช้ ให้มีการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ลงข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจกับพยาบาลเวชปฏิบัติที่ PCU โรงพยาบาลวชิรพยาบาลทุก 2 เดือน และ 3) ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนให้มารับบริการที่คลินิกและพบแพทย์ทุก 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง PCU โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี 2564 -2565 ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ 55.7 ควบคุมโรคได้พอใช้ ร้อยละ 43.1 และกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ ร้อยละ 1.2 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ในระดับที่พอใช้และควบคุมโรค

ไม่ได้เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ถ้าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่สามารถควบคุมโรคให้ดีขึ้น จะทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ขึ้น เพื่อทดลองใช้ในการแก้ไขปัญหาหน้างานโดยศึกษานำร่องสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในเขตตำบลวชิรพยาบาล อำเภอวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดรูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอวชิรพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลวชิรพยาบาล อำเภอวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มทดสอบก่อนและหลังทดลอง **พื้นที่ดำเนินการศึกษา:** หมู่บ้านในเขตตำบลวชิรพยาบาล อำเภอวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง PCU โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี 2 กลุ่มได้แก่ 1) อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประจำหมู่บ้านในเขตตำบลวชิรพยาบาล อำเภอ

วานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 17 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมาแล้ว และเป็นอสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 34 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์อาศัยอยู่ในเขตตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร และเข้ารับการรักษานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง PCU โรงพยาบาลวานรนิวาส โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างคือ มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว โดยไม่มีโรคอื่นร่วม หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตติดต่อกัน 3 เดือนตั้งแต่ 160/90 mmHg ขึ้นไป สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นอีสานได้ดี สามารถใช้โทรศัพท์ได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือคุกคามต่อชีวิต หรือต้องการออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติที่เลือกใช้งานคือ T-test ทดสอบแบบทางเดียว ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มาตรวัดอันตรภาคขั้นขึ้นไป (Interval scale or Ration scale) กำหนดค่า Effect size กับกลุ่มตัวอย่างขนาดกลางเท่ากับ 0.50 ค่าวิกฤติเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน¹⁴ ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลาก HN แบบไม่ใส่คืน จนได้กลุ่มเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะ อสม. ในการวัดความดันโลหิตที่บ้าน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562³ มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 3 ระดับ ค่าคะแนน 1-3 รวมทั้งหมด 42 คะแนน แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ¹⁵ ดังนี้ ระดับพอใช้ คือ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-25 คะแนน ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 26-33 คะแนน และ ระดับดี มีคะแนนอยู่ระหว่าง 34-42 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษา ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความโลหิต 3 เดือน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 ข้อ¹⁶ ข้อคำถาม 7 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหรืออารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน โดยให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนน เท่ากับไม่ปฏิบัติ คะแนน

รวมอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ¹⁵ ดังนี้ ระดับควรปรับปรุง คือ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-21 คะแนน ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-27 คะแนน และ ระดับดี มีคะแนนอยู่ระหว่าง 28-35 คะแนน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากกรอบแนวคิดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562³ ร่วมกับแนวคิดจากคู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง¹⁷

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับ อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 10 ราย สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลและ อสม. ที่ทดลองใช้ว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ได้ผลดีกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติพึงพอใจในการปฏิบัติ และพัฒนาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability): นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบประเมินทักษะ อสม. ในการวัดความดันโลหิตที่บ้าน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างใน

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาสในจังหวัดสกลนคร จำนวน 20 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient พบว่าแบบประเมินทักษะ อสม. ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.71 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เท่ากับ 0.79

ขั้นตอนการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง การรักษา บทบาท อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และจัดทำโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม.

2. เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3. หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1) ประชุมทีมงานผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา

2) จัดประชุม อสม. ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 17 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน รวมจำนวน 34 คน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการ

บอกกล่าวจากผู้วิจัย และนัดหมายเพื่ออบรมเชิงปฏิบัติการการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดย อสม.

ขั้นตอนการ

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้านโดย อสม. ให้กับ อสม. ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 34 คน ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรค บทบาท อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และฝึกปฏิบัติการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน มีเนื้อหา ดังนี้

- การตรวจสอบเครื่องวัดความดันโลหิตก่อนที่จะไปวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยทุกครั้ง

- ผู้วัดความดันโลหิตต้องเป็น อสม. คนเดิมทุกครั้ง

- แจ้งผู้ป่วยให้เตรียมตัวก่อนวัดความดันโลหิต นิดวันและเวลาล่วงหน้า ให้เป็นเวลาช่วงเช้า และให้ผู้ป่วยงดดื่มชา กาแฟ หรือสูบบุหรี่ก่อนการวัดความดันโลหิต 30 นาที เพื่อให้ได้ค่าความดันโลหิตที่ถูกต้อง

- การจัดทำสำหรับวัดความดันโลหิตให้เป็นที่นั่ง เก้าอี้ที่สมควรเป็นเก้าอี้ที่มีพนักพิง นั่งพิงพนักเก้าอี้ เพื่อให้ไม่เกร็งหลัง เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัดความดันโลหิต

- เลือกใช้ผ้าพันแขน ขนาดที่เหมาะสมกับแขน ไม่เล็กหรือใหญ่จนเกินไป

- หากผู้ป่วยปวดปัสสาวะให้ไปปัสสาวะก่อน ไม่ให้กลั้นปัสสาวะ

- การวัดความดันโลหิต ให้วางแขนผู้ป่วยข้างที่จะวัดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเดียวกับตำแหน่งหัวใจ หากใส่เสื้อตัวนอกที่หนาให้ถอดออกก่อนทำการวัด พันแขนเสื้อขึ้นไปจนถึงใต้รักแร้ พันผ้าพันแขนรอบต้นแขนโดยให้สายยางของผ้าพันแขนชี้ลงล่าง ให้ขบถล่างอยู่เหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร และจัดผ้าพันแขนที่มีลักษณะเป็นจุดกลมที่ขบถล่างของผ้าให้อยู่ด้านในของข้อพับแขน ดึงผ้าพันแขนให้แน่นพอสมควรโดยที่ยังสามารถสอดนิ้วเข้าไประหว่างแขนและผ้าพันแขนได้

- ให้ผู้ป่วยนั่งพักในท่าผ่อนคลาย 1-2 นาที ก่อนวัดความดันโลหิต

- เมื่อสิ้นสุดการวัดจะได้ตัวเลขบนจอ 3 ค่า คือ ค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าความดันโลหิตตัวล่างและชีพจร บันทึกค่าความดันโลหิตลงในสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วย หากพบว่าความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ให้วัดความดันโลหิต 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 15 นาที และลงบันทึกค่าความดันโลหิตและชีพจรทั้ง 2 ครั้งลงในสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- ถ่ายรูปผลการบันทึกความดันโลหิตของผู้ป่วยที่วัดได้และส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทาง line ก่อนจะถึงวันนัดบริการ

2) หลังจากได้รับข้อมูลที่ทาง อสม. ส่งมาแล้ว ผู้วิจัยจะโทรศัพท์หาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อสอบถามอาการผิดปกติ สอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการทราบ พร้อมกับนัดหมายการรับบริการครั้งถัดไป

3) หลังดำเนินกิจกรรมครบ 3 เดือน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์และนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับทักษะการปฏิบัติตามเกณฑ์ของ¹⁵ และใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ อสม. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการศึกษา ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย การวิจัยนำเสนอภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของ อสม. : อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการวัดความดันโลหิตของ อสม. ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ทักษะการวัดความดันโลหิตของ อสม.	38.41	2.71	41.35	1.04	-6.283	33	<0.001

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 82.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 และมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน ร้อยละ 25,000 บาท ร้อยละ 80.0

ด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: ก่อนดำเนินการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.3 รองลงมาอยู่ในระดับควร

อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 58.8 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 76.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 73.5 ประกอบอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 41.2 ระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 64.7

ด้านทักษะ อสม. การวัดความดันโลหิตที่

บ้าน: พบว่าทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้านของ อสม. ก่อนดำเนินการทดลอง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.9 ส่วนหลังการทดลองพบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้านของ อสม. ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 41.35 (S.D.=1.04) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.41 (S.D.=2.71) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ปรับปรุง ร้อยละ 13.3 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 4.4 ตามลำดับ หลังดำเนินการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.5 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$ =3.62, S.D.=0.38 vs $\bar{X}$ =3.92, S.D.=0.32, p-value<0.001)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ($\bar{X}=2.96$, S.D.=0.60 vs $\bar{X}=3.76$, S.D.=0.48, p-value<0.001)

การกินผักและผลไม้ ($\bar{X}=3.18$, S.D.=0.58 vs $\bar{X}=3.82$, S.D.=0.39, p-value<0.001) และการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.76$, S.D.=0.88 vs $\bar{X}=3.00$, S.D.=0.83, p-value=0.006) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1. การรับประทานยารักษาตามแผนการรักษา	5.00	0.00	4.98	0.15	1.000	44	0.323
2. การควบคุมปริมาณและรสชาติอาหาร	2.96	0.60	3.76	0.48	-7.391	44	<0.001*
3. ด้านการกินผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	3.18	0.58	3.82	0.39	-7.100	44	<0.001*
4. การออกกำลังกาย	2.76	0.88	3.00	0.83	-2.875	44	0.006*
5. การจัดการความเครียดของตนเอง	3.04	0.37	3.09	0.42	-1.000	44	0.323
6. การละ เลิกสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่	4.11	1.68	4.18	1.57	-1.773	44	0.083
7. การลด ละ เลิก สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.58	0.72	4.60	0.65	-1.000	44	0.323
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	3.62	0.38	3.92	0.32	-10.082	44	<0.001*

*p-value<0.01

ด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: ด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบความแตกต่างของ Systolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

($\bar{X}=128.76$, S.D.=11.47 vs $\bar{X}=124.89$, S.D.=8.05, p-value=0.043) แต่ไม่พบความแตกต่างของตัวแปรอื่นๆ ทั้ง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และ Diastolic blood pressure ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
น้ำหนัก (kg)	66.36	13.69	66.05	13.41	1.636	44	0.109
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	26.36	4.03	26.24	3.94	1.569	44	0.124
Systolic blood pressure	128.76	11.47	124.89	8.05	2.079	44	0.043**
Diastolic blood pressure	76.98	6.57	77.64	8.10	-0.457	44	0.650

**p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่าทักษะการวัดความดันโลหิตของ อสม. หลังการทดลองอยู่ในระดับดีทั้งหมด

เนื่องจากเดิมนั้น อสม.ทุกคนเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมในหลักสูตรมาตรฐานของ

กระทรวง พ.ศ. 2550¹⁸ ซึ่งการเฝ้าระวังและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของ อสม. ที่ปฏิบัติกันมาอย่างยาวนาน ซึ่งการศึกษานี้ได้มีการทบทวนความรู้ พื้นฟูทักษะการวัดความดันโลหิตของ อสม. เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยเน้นเทคนิคการปฏิบัติการวัดความดันโลหิต โดยประยุกต์เนื้อหาจากแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้านของสมาคมความดันโลหิตสูง³ ผลจากการประเมินทักษะการวัดความดันโลหิตของ อสม. ทำให้สามารถเชื่อได้ว่าค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาในชุมชนเป็นค่าที่มีความใกล้เคียงหรือตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ด้านผู้ป่วยพบว่ามีความเครียดลดลงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ และการศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตที่สถิติดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าหลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ¹⁹ และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสรนครบุรี จังหวัดชัยนาท ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

การวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งการวัดความดันโลหิตที่บ้านถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ อีกทั้งสามารถดำเนินการร่วมกับการรักษาดูแลแบบทางไกล (Telemedicine หรือ Telehealth) ได้ เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่าการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น³ ในการศึกษาที่ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพา ทำงานอัตโนมัติวัดบริเวณต้นแขนและเป็นเครื่องที่ผ่านการรับรองจากสถาบันกำหนดมาตรฐาน มีการทดสอบความเที่ยงก่อนที่จะนำไปให้ อสม. ใช้ในการปฏิบัติงาน ส่วนช่วงเวลาในการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. นั้นได้กำหนดให้มีการวัดความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงเช้า และมีคู่มือการวัดความดันโลหิตที่บ้านสำหรับ อสม. เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานได้มากขึ้น และในส่วนของปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ PCU โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เมื่อได้รับข้อมูลจากสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ได้มีการติดตามสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พร้อมกับให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ทำให้ผู้รับบริการได้รับ

คำแนะนำที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งผลการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมสูงขึ้นหลังการทดลอง แต่ทั้งนี้ยังพบปัญหาสัญญาณโทรศัพท์ ทำให้บางครั้งต้องมีการโทรติดตามอาการของผู้ป่วยมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย ลดระยะเวลาใน

การรอคอย และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก อีกทั้งยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานการบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาติดตามของการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ในระยะยาว โดยติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผลการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis [Internet]. [Retrieved 20 September 2022] . Available from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
2. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension). เชียงใหม่; 2562.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการทบทวนผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตุลาคม พ.ศ. 2564. กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. Collins k, Gough S, Clancy M. Screening for hypertension in the emergency department. Emergency Medicine Journal 2008;25,196-199.
6. แสงทอง ชีระทองคำและคณะ. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557;20(3),356-371.
7. ญัฐิรา ประสาทแก้วและคณะ. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555;42(3), 19-31.
8. ญัฐินิ เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2561;32(2),95-116.

- 9.ศศิมา พิงโพธิ์ทอง, ทิพวรรณ ตั้งวงษ์กิจ, อรุณช นุ่นละออง, มยุรี บุญทัด และนันท์ชวัล คณาสุริยพัฒน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสรนครบุรี จังหวัดชัยนาท. วารสารแพทยนาวิ 2562;46(3),581-591.
- 10.Umemura S, Arima H, Arima S, Asayama k, Dohi Y, Hirooka k, et al. The Japanese Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension (JSH 2019). Hypertension Research 2019;42,1235-1481.
- 11.Mancia G, Boombelli M, Facchetti R, Madotto F, Quarti-Trevano F, Polo FH, et al. Long-term of sustained hypertension in white-term of sustained hypertension in white-coat or masked hypertension. Hypertension 2009;54(2),226-232.
- 12.Obara T, Ohkubo T, Fukunaga H, Kobayashi M, Satoh M, Metoki H, et al. Practice and awareness of physicians regarding home blood pressure measurement in Japan. Hypertension Research 2010;33,428-434.
- 13.อรธเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และภัทระ แสนไชยสุริยา. การศึกษาความพร้อมการจัดบริการคัดกรองโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่สามารถส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์แบบอัตโนมัติในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารควบคุมโรค 2564;47(2),278-288.
- 14.นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สัตร์เพชร และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
- 15.Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
- 16.กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ 2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2565]. แหล่งข้อมูล <https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf>.
- 17.กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน). ปฐมพร ศิริประภาศิริและสันติ ลาภเบญจกุล, บรรณาธิการ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์;2563.
- 18.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สุขบัญญัติแห่งชาติ. กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2552.
- 19.อุบลรัตน์ มั่งสระคู, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูยศรี. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาล 2562;68(3),1-10.

การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอจังหวัดอุดรธานี

Development of guidelines for enhancing self-health care behaviours among people in Wang Sam Mo District, Udon Thani Province

(Received: November 17,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ชุตินา ปฏิรูปา¹, ชลการ ทรงศรี^{2*}, สุธาทิพย์ กุลศรี³

Chutima Patirupa BNS. Chonlakarn Songsri Ph.D. Suthathip KulSri BNS.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาชีวิตคู่ประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาสถานการณ์และปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง 388 คน กำหนดแนวทางเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 20 คน และประเมินแนวทางโดยผู้เชี่ยวชาญ 25 คน ประเมินการใช้แนวทางโดยกลุ่มตัวอย่าง 388 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า และแบบสอบถามกิ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของแนวทางเสริมสร้างสุขภาพ แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Pair t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

แนวทางการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน 4 แนวทาง: 1) การเสริมสร้างพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตนเอง 2) การเสริมสร้างพฤติกรรมออกกำลังกายของประชาชนทุกช่วงวัย 3) การเสริมสร้างพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในชุมชน 4) การเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน ความเหมาะสมของแนวทางพบว่ามีความเหมาะสมในระดับสูง ($\bar{X} = 4.79$; S.D.= 0.22) พฤติกรรมเสริมสร้างการดูแลสุขภาพก่อนการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเฉลี่ย 3.64 (0.19) และหลังการดำเนินโครงการมีความเหมาะสมเฉลี่ย 3.82 (0.29) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (p-value < 0.001) และเมื่อแยกเป็นพฤติกรรมเสริมสร้างการดูแลสุขภาพรายด้านพบว่าคะแนนพฤติกรรมเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินโครงการพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5

คำสำคัญ: แนวทางการเสริมสร้างสุขภาพ, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, การดูแลตนเอง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี Registered Nurse Professional Level, Wang Sam Mo Hospital, Udon thani Province

^{2*} อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก lecturer in Adult and Gerontological Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. *Corresponding author E-mail: noya2599@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี Registered Nurse Senior Professional Level Wang Sam Mo Hospital Udon thani Province

Abstracts

The objectives of the research and development were to develop the guidelines for enhancing self-health care behaviors of people in Wang Sam Mo District, Udon Thani Province by studying the situations and problem of self-health care behaviors with 388 samples. The development of guidelines for enhancing self-health care behaviors among 20 participants purposively recruited and evaluation in 388 samples and guidelines were evaluated by 25 experts. Data were collected by using rating scale of health promotion behavior questionnaires and a semi structure interview, the questionnaire assessing the suitability of health promotion guidelines. The tools had a consistency value between 0.67-1.00 and the confident value was 0.87 and 0.85. Data were analyzed using statistical method comprising frequency, percentage, Mean SD. The hypothesis' tests were compared the differences of the healthcare behavior scores before and after the guidelines implementation by using the statistics of pairs t-test. Content analysis was used to analytic interview data.

The results of the study were: The guidelines for enhancing self-health care behaviors of people in Wang Sam Mo District, Udon Thani Province were 4 approaches: 1) the enhancing food consumption behavior for self-health care 2) the enhancing exercise behavior of people of all ages 3) the enhancing safety behavior in the community 4) the enhancing behavior in environmental health management community. The testing of guidelines suitability was revealed a high level ($\bar{X}=4.79$; S.D.=0.22) The score of a health care enhancing behaviors before the project implementation among the sample had a mean score of 3.64, a standard deviation of 0.19. and after the project implementation, the mean was 3.82 standard deviation of 0.29. The mean score of the comparison of self-health care behaviors before and after implementing guidelines was found that the significant difference in statistics at the error level not more than 5 percent.

Key words: Health promotion guidelines, health promotion behaviors, self-care

บทนำ

สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิตเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางจะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาประเทศขึ้นอยู่กับสุขภาพของคนในชาติเป็นสำคัญ ประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีสติปัญญามีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่เป่ียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมเกิดความสุขสงบสุข¹ เมื่อบุคคลในชาติมีสุขภาพดี ย่อมมีความสามารถเรียนรู้ และสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ

ได้ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม ปัจจุบัน มีการกระจายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขทั้งในภาครัฐและเอกชน การสาธารณสุข (public health) มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาธารณสุขหมายถึง การป้องกันการเจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ในมุมมองเชิงนโยบาย สาธารณสุขคือความพยายามของสังคมที่จะปกป้อง ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของผู้คน² นับแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา การสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพก่อนมีการ

เจ็บไข้ ผ่านทางการสนับสนุนวิถีชีวิตที่ถูกสุขภาวะ สิ่งแวดล้อมที่ดี ได้กลายมาเป็นภารกิจสำคัญที่สุดประการหนึ่งของการสาธารณสุขสมัยใหม่³ ซึ่งในหลายทศวรรษหลังมานี้ ผู้คนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) และได้กลายมาเป็นภาระทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุด⁴ ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ ในปี ค.ศ.1986 ภายใต้การนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) การสร้างเสริมสุขภาพกลายเป็นวาระร่วมกันของประชาคมโลกอย่างเป็นทางการ โดยในการประชุมระดับโลกด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา การสร้างเสริมสุขภาพได้รับการนิยามใหม่ว่าเป็น กระบวนการของการช่วยให้ผู้คนเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยการจะทำได้จะต้องร่วมกันส่งเสริมกลยุทธ์ 5 ข้อคือการสร้างนโยบายสาธารณะที่สนับสนุนสุขภาพที่ดี สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เสริมหนุนการกระทำและความเข้มแข็งของชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพได้ และปฏิรูประบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพ⁵ ภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพจึงกลายเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้ นโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังกลายเป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมในภาครวม ไม่ใช่แค่เพียงประเด็นสุขภาพซึ่งมีพลังสนับสนุนที่เข้มแข็งและหลากหลายเป็นกระบวนการและ ผลผลิตของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างเครือข่ายนโยบายเพื่อสุขภาพของรัฐและ เอกชนทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

จากการประเมินภาวะสุขภาพของประชากรโลกพบว่าภาวะสุขภาพของประชากรโลกลดลงประมาณร้อยละ 4 ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกและสหประชาชาติได้ริเริ่มแนวคิดการปรับปรุงระบบสุขภาพโดยเฉพาะ

ระบบสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นระบบบริการสำหรับประชาชนอย่างเท่าเทียมกันมีการสร้างตัวชี้วัดใน Millennium Development Goal (MDG) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนเป็นหุ้นส่วนด้านสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพและมีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลเกี่ยวกับตัวกำหนดทางสังคมต่อสถานะด้านสุขภาพ (Social Determinants of Health) ซึ่งเป็นการริเริ่มในด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก เกิดการเชื่อมโยงประสานความร่วมมือ มีการขยายแนวร่วมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นเกิดการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอันเกิดจากกระแสโลกาภิวัตน์ จากการสำรวจครัวเรือน 84,000 ครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของในภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปี 2547 – 2557 อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 32.7 ถึง 32. หลังจากปี 2558 พบอัตราการดื่มมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2564 ซึ่งมีผลจากการรณรงค์การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในสถานที่ต่างๆ รวมทั้งจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ห้ามดื่มในสถานที่ต่างๆ การสำรวจการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประชากรที่ อายุ 6 ปีขึ้นไปพบว่ามีการบริโภค อาหารในกลุ่มอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ และกลุ่มอาหารไขมันสูง ร้อยละ 9.0 และ 8.2 สำหรับกลุ่มอาหารที่มีประโยชน์ พบว่าร้อยละ 50.1 ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีการบริโภค ผักดิบและสุกทุกวัน ส่วนกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) คือการขยับเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวันก่อให้เกิดการใช้และเผาผลาญพลังงานมีการใช้กล้ามเนื้อในกลุ่มอายุ 44-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงที่สุด ร้อยละ 62.8 รองลงมา กลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 60.5 กลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 51.9 และกลุ่มอายุ

60 ปีขึ้นไปร้อยละ 49.9 ตามลำดับ⁶ โดยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ที่ทำงานออกแรงมากที่สุด ร้อยละ 29.6 รองลงมาภาคกลาง ร้อยละ 28.7 ภาคเหนือร้อยละ 18.2 ภาคใต้ ร้อยละ 12.5 และน้อยที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 11.0⁷ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มหาชนยังประสบปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ทำให้เสียสุขภาพและสูญเสียทางเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ

จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนประชากรกลางปี 2563 มี 1,586,646 คน 528,347 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน โรคที่เป็นสาเหตุของการตายสูงที่สุด คือ โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด รองลงมาคือโรคเสื่อมของระบบประสาทในวัยชรา และโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลปี 2561–2564 จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและตันจำนวน 2,659, 2,975, 3,265 และ 2,344 ราย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 429, 444, 669 และ 797 อัตราตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 11.9, 12.5, 13.0 และ 14.89 อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.9, 1.76, 1.61 และ 1.58 และมีอัตราตายรวม 5.8, 4.5, 5.6 และ 5.27 ตามลำดับ⁸ พื้นที่อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีประชากร 58,881 คน 18,508 หลังคาเรือน สถิติของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้นส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ มีภาวะเสี่ยงจากภาวะอ้วนลงพุง รอบเอวเกินปกติ จำนวน 4,763 คน ร้อยละ 17.11 ปี 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 1,592 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน 3,097 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 515 คน คิดเป็นร้อยละ 16.63 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4,131 คน ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 1,582 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4 คนคิดเป็นร้อยละ 6.7 และมีภาวะป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 6,044 คนคิดเป็น ร้อยละ 21.71⁹ จากโรคที่กล่าวมาเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตนเองไม่เหมาะสม ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมป้องกันดูแลให้มีสุขภาพให้ดีขึ้นและเหมาะสม ได้จากการเฝ้าระวังและการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล อันจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชาชนโดยรวม ซึ่งการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่เหมาะสม สำหรับประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งจะได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและมีประสิทธิภาพ โดยที่สามารถนำไปดำเนินงานเชิงรุกในการเสริมสร้างสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินแนวทางการสร้างเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน ระเบียบดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ

ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ปัญหาของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ความเครียด การป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการควบคุมป้องกันประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอวังสามหมอและมีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน อายุตั้งแต่ 18 ปี - 59 ปี ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่สามารถให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นประจำ อยู่อาศัยในครอบครัวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน หลังคาเรือนละ 1 คน จาก 6 ตำบล 72 หมู่บ้าน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 12,144 ครัวเรือน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสมการคำนวณการกำหนดกลุ่มประชากรตัวอย่างของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane) โดยที่ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 388 คน ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลา โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2564 – เดือนสิงหาคม 2565

ระยะที่ 2 กำหนดแนวทางการเสริมสร้าง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยจะนำปัญหาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี สู่การกำหนดแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยการประชุมระดมสมอง (Brain Storming) โดยผู้เชี่ยวชาญในด้านการเสริมสร้างสุขภาพประชาชน 6 ด้านได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ความเครียด การป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการควบคุมป้องกันโรค โดยกลุ่มตัวอย่างทำการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน 2) นักสุขศึกษาหรือผู้รับผิดชอบงานที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการดูแล

สุขภาพประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 2 คน ในโรงพยาบาลวังสามหมอ จำนวน 2 คน รวม 4 คน 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันภัยสุขภาพ จำนวน 2 คน 5) สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน ตำบลละ 1 คน จำนวน 6 คน 6) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 6 ตำบลๆ ละ 1 คน จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 20 คนการศึกษาในระยะนี้ จะดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 - พฤศจิกายน 2564 กำหนด 3 เดือน

ระยะที่ 3 ประเมินแนวทางการเสริมสร้าง การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน วังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

นำแนวทางการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนำไปใช้ในพื้นที่อำเภอวังสามหมอและผู้วิจัยจะประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี หลังดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลตนเองของประชาชน แล้ว 6 เดือนขอเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสองกลุ่ม ประกอบด้วยเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมที่ทำการศึกษาในระยะที่ 1 ในการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 388 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จำนวน 25 คน โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติ นักสุขศึกษาหรือผู้รับผิดชอบงานที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพประชาชนในรพสต.และ ในโรงพยาบาลวังสามหมอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันภัยสุขภาพ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยทั้ง 3 ระยะผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมหลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้วิจัย มีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามข้อมูลทั่วไปที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยให้ประชาชนเลือกตอบคำถามหรือความคิดเห็นของตนเอง ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ความเครียด ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการป้องกันโรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 5 ระดับ¹⁰ โดยกำหนดระดับคะแนนจาก 1- 5 โดยที่ ค่าคะแนน 5 มีการปฏิบัติมากที่สุดและคะแนน 1 มีการปฏิบัติน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนที่ได้มากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้สูตรภาคพื้น¹¹

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ปฏิบัติน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ปฏิบัติระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด

2. ข้อคำถามปลายเปิดใช้ในการสนทนากลุ่มจาก 18 คนที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามแต่ละ 3 คน ที่ยินดีให้ข้อมูลและสะดวกด้านเวลาโดยทำการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของประชาชนในอำเภอวังสามหมอทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ความเครียด ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการป้องกันโรค

3. แบบประเมินความเหมาะสมแนวทางการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 5 ระดับ¹⁰ โดยกำหนดระดับการให้คะแนน จะได้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ได้มากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้สูตรภาคพื้น¹¹

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง เหมาะสมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง เหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนตรวจสอบ เพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามที่ได้กลับมาและนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ (try -out) ในพื้นที่อำเภอศรีธาตุ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ($\alpha - Coefficient$) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละพร้อมตารางประกอบความเรียง สถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังนำแนวทางไปใช้โดยใช้สถิติ Pair t - test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรือผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อความในแบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบใดๆและตลอดเวลาที่ร่วมกิจกรรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงทั้งนี้การวิจัยเป็นไปตามรูปแบบที่ของคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานีเลขที่อนุมัติจริยธรรมในการวิจัยที่ IRB BCNU 300/06/2564 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 69.30 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.16 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.47 อายุ

เฉลี่ยเท่ากับ 45.10 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี และมีอายุมากที่สุด 85 ปี ระดับการศึกษาที่มากที่สุดคือ ระดับประถมศึกษาร้อยละ 59.30 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 36.60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 72.80 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 16.50 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 40.72 รองลงมาอยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 38.92 ครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดเท่ากับ 25,000 บาท และมีรายได้ต่อเดือนน้อยที่สุดเท่ากับ 500 บาท

1.2 พฤติกรรมสร้างเสริมการดูแลสุขภาพ

ตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองภาพรวมปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X}=3.64$; S.D.= 0.19) และพบว่าการควบคุมป้องกันโรคอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.00$; S.D.=0.47) ส่วนด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{X}=3.83$; S.D.= 0.46) ด้านความเครียด ($\bar{X}=3.86$; S.D.= 0.48) อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.52$; S.D.=0.35) ด้านอาหาร ($\bar{X}=3.49$; S.D.=0.62) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.09$; S.D.=0.38) อยู่ในระดับปานกลาง

1.3 ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเชิงคุณภาพ

ด้านอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารตามที่ทำได้ มีการปลูกผักกิน รับประทานอาหารรสจัด ชอบอาหารที่มีไขมัน เชื่อว่าทำให้มีแรง มีกำลังมากในการทำงาน เวลาว่างบุญตามประเพณี จะประกอบอาหารลาบก้อยกินสนุกสนาน ส่วนน้ำดื่มส่วนใหญ่จะดื่มน้ำฝนที่เก็บกักไว้

“...เวลามีงานบุญตามประเพณี ก็จะทำอาหารลาบก้อยกินกัน บางครั้งกินสุกๆมีกินดิบๆก็มี ... ส่วนมากก็จะกินก้อยใส่เลือด ...มีผักที่ทำได้ตามริมรั้วบ้าง บางครั้งก็ซื้อตามตลาด... ส่วนมากจะมีข้าวปุ้น (ขนมจีน) กินทุกบ้าน เพราะทำ

ง่าย ทำน้ำยาล้างพื้นบ้านเรากินได้นานตลอดวัน ต้อง
ทำเสร็จจัดหน่วยคนในครอบครัวชอบ...” “เวลามีแขก
มาบ้าน นอกจากน้ำดื่มแล้ว ต้องมีน้ำอัดลม น้ำส้มกิน
กัน หากบ่มีถือว่าไปให้เกรียติกัน ...ส่วนพวกผู้ชายเขา
ก็จะมีเหล้าสุราร่วมวงคุยกัน...”

ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะทำงานบ้านแทนการออกกำลังกาย คนวัย
ทำงานจะไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เนื่องจากเหนื่อย
จากการทำงาน บางคนมีภาวะสุขภาพไม่ดีไม่สามารถ
ออกกำลังกายได้ และยังพบว่าสถานที่ในการออก
กำลังกายในชุมชนยังมีน้อย และการเข้าถึงสถานที่
และอุปกรณ์เครื่องออกกำลังกายยังไม่ทั่วถึง ดัง
คำพูด

“ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นกิจจะลักษณะ
ก็จะทำงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ก็เหนื่อยแล้ว...”

“ที่นี่หมู่บ้านนี้ส่วนมากคนที่มีอายุ
น้อย...ระหว่าง 40 ขึ้นไปจะไม่ได้ออกกำลังกาย
ทำงานในสวน ในไร่ ทำนา กลับมาตอนค่ำที่เมื่อย
ล้าแล้ว หรือคนที่อยู่บ้านก็ทำงานบ้าน ทำกับข้าว
กวาดบ้านถูบ้าน ทำโน่นทำนี่ ก็ถือว่าได้ออกกำลังกาย
แล้ว...ทำงานบ้านแทนการออกกำลังกาย”

ด้านอารมณ์ความเครียด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอารมณ์ความเครียดจากภาวะการเจ็บป่วย เกิด
มีความกังวลมากจากสุขภาพไม่ดี กลัวว่าจะเป็นภาระ
ของครอบครัวความเครียดจากปัญหารายได้ไม่เพียงพอ
ที่จะพอใช้จ่ายในครอบครัว มีผู้สูงอายุอยู่กบฏตร
หลาน ทำให้หัวเหว่ รู้สึกเหงา แก้ไขโดยการเดินไป
พูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือไปวัด

“...ผมมีความเครียดจากปัญหารายได้
ไม่เพียงพอที่จะพอใช้จ่ายในครอบครัว เกิด
ความเครียด บางครั้งนอนไม่หลับ...ทำงานหนักเพื่อ
เก็บเงิน พักผ่อนไม่เพียงพอ...”

“คนในครอบครัวไม่มีใครเป็นอะไร
ส่วนผมจะเครียดจากการมีสุขภาพไม่ดีต้องกินยา
รักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากป่วยเป็นเบาหวาน เป็น
ความดันโลหิตสูง เครียดเนื่องจากป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

รักษาไม่หาย เกิดมีความกังวลมากจากสุขภาพไม่ดี...
กลัวว่าคนในครอบครัวจะเป็นภาระ”

ด้านการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ
ที่พบในหมู่บ้าน ส่วนมากพบว่ามี การบาดเจ็บและ
ตายจากอุบัติเหตุในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากการแข่ง
รถจักรยานยนต์ในหมู่บ้านและชุมชน การไม่สวม
หมวก ส่วนอุบัติเหตุในครัวเรือน ก็เกิดจากการ
จัดเก็บไม่เป็นระเบียบ เรียบร้อย และเก็บเป็นสัดส่วน
เหมาะสม

“อุบัติเหตุที่พบในหมู่บ้านนี้...ส่วนมาก
พบว่ามี การบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุในกลุ่ม
วัยรุ่น เนื่องจากการแข่งรถจักรยานยนต์ในหมู่บ้าน
และชุมชน ส่วนมากไม่ป้องกันตนเองด้วยการสวม
หมวกนิรภัย... จึงเกิดอุบัติเหตุบ่อย”

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอนามัย
สิ่งแวดล้อมคือปัญหาปัญหาร่องระบายน้ำมีกลิ่น
เหม็น ระบบการบำบัดน้ำใช้ยังขาดประสิทธิภาพ มี
กลิ่นฝุ่นควันพิษ จากการเผาป่า ก่อให้เกิดภูมิแพ้อ
ทางเดินหายใจ พบว่ามีมลภาวะทางเสียง จากท่อไอ
เสียที่มีเสียงดังจากการขับรถเร็วในชุมชน

“คนในครอบครัว...เกิดการแพ้ตามร่างกาย
ประจำ อาจมาจากฝุ่นควันพิษ จากการเผาป่า เผา
สวนอ้อยที่... และมีบางครั้งน้ำอาบที่ไม่สะอาดก็เป็น
ส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการคัน เป็นผื่นคันตามร่างกาย
เป็นเพราะน้ำไม่สะอาด อาจมีสารพิษ สารเคมีเจือปน
ก็ได้นะ...ทางเจ้าหน้าที่ก็ไม่เอาน้ำบ่อ น้ำประปาใน
หมู่บ้านไปตรวจจึงไม่ทราบว่าเจือปนหรือไม่...”

ด้านการควบคุมป้องกันโรค การควบคุม
ป้องกันโรคในชุมชน สามารถควบคุมได้ดีโดยมี
หน่วยงานภาครัฐ ออกมาตรการอย่างต่อเนื่อง ที่พบ
ปัญหา คือ ประชาชนบางส่วนยังขาดความร่วมมือใน
การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรค การควบคุมการ
ระบาดในกลุ่มเด็กนักเรียน

“หมู่บ้านของเรามีปัญหาเรื่องการป้องกัน
โรคต่างๆ บางครั้งบ้านใกล้เคียงให้ความร่วมมือน้อย
เกินไปน้อยมาก มีการประกาศ ประชาสัมพันธ์ให้

การร่วมกันเก็บวัสดุที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์
ยุงลาย ก็มีแต่ผู้นำชุมชน อสม.ช่วยกัน จะรอแต่ให้
อบต.มาฉีดพ่นยุงด้วยเครื่องทำหมอกควันซึ่งไม่ครบ
ทุกหลังคาเรือน...บางคนก็ไม่ให้ความร่วมมือ เพราะ
กลัวว่าไหมที่เลี้ยงไว้จะตาย หรือบางคนบอกว่าไม่ให้
ฉีดเพราะครั้งที่แล้วฉีดพ่นหมูในเล้าตายไปหลายตัว
แล้ว”

“ในเขตเราจะมี อสม.ได้ทำหน้าที่ออก
ปฏิบัติหน้าที่ดูแลในเขตรับผิดชอบของตนเอง และ
มีการออกแนะนำชาวบ้านไม่ถูกวิธีในการควบคุมโรค
และการดูแลตนเอง อาจทำให้บางคนปฏิบัติตัวตาม
อย่างไม่ถูกต้อง แต่ส่วนมากจะแนะนำได้ดี รวมถึง
เป็นผู้มาตรวจสอบและเดินตรวจการกำจัดลูกน้ำใน
ภาชนะในหมู่บ้านอยู่เป็นประจำ เพื่อควบคุมป้องกัน
โรคโดยทางอำเภอ จะมอบรางวัลแก่หมู่บ้านที่มีการ
ควบคุมได้ดี”

**2. การกำหนดแนวทางการเสริมสร้างการ
ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตอำเภอสว่าง
สามหมอก จังหวัดอุดรธานี** จากการระดมสมอง
ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริม
สุขภาพด้านการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน นำ
ข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
โดยนำข้อมูล ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในที่ประชุม
ระดมสมองมาพิจารณา ความเป็นไปได้ และความ
เหมาะสมต่อการนำไปดำเนินการจัดทำ แผนงานและ
โครงการ ซึ่งได้ จำนวน 4 แนวทาง 11 โครงการ ดังนี้

แนวทางที่ 1 การเสริมสร้างพฤติกรรม
บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 3
โครงการ 1) โครงการอบรมความรู้แกนนำครอบครัว
เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 2) โครงการรณรงค์กิน
อาหารสุกๆ ดิบๆ ดิดพยาธิ 3) โครงการส่งเสริมร้าน
ขายอาหารจัดให้มีเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ

แนวทางที่ 2 การเสริมสร้างพฤติกรรม
ออกกำลังกายของประชาชน ประกอบด้วย 4
โครงการ 1)โครงการอบรมแกนนำออกกำลังกายเพื่อ
สุขภาพประจำหมู่บ้าน 2) โครงการจัดตั้งชมรมเดิน

วิ่ง เพื่อสุขภาพ ประจำหมู่บ้าน ตำบล 3) โครงการ
จัดหาลานกีฬาชุมชนประจำหมู่บ้าน 4) โครงการ
จัดการแข่งขันกีฬาชุมชน ระดับตำบล อำเภอ

แนวทางที่ 3 การเสริมสร้างพฤติกรรมด้าน
ความปลอดภัยในชุมชน ประกอบด้วย 2 โครงการ 1)
โครงการประกวดบ้านน่าอยู่ระดับตำบล 2) โครงการ
ขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย ปลอดภัยทุกครั้ง

แนวทางที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการ
อนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน ประกอบด้วย 2 โครงการ
1) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนใน
การดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน 2) โครงการประกวด
หมู่บ้านและชุมชนตัวอย่างด้านสิ่งแวดล้อมให้
ปลอดภัยไร้มลพิษ

**3. ผลการประเมินความเหมาะสมของแนว
ทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอสว่างสามหมอก
จังหวัดอุดรธานี มีผลดังต่อไปนี้**

3.1 การประเมินความเหมาะสมของ แนว
ทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ
ประชาชนอำเภอสว่างสามหมอก พบว่าโดยรวมความ
เหมาะสมมากที่สุด โดยเรียงลำดับคือโครงการขับขี่
ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย ปลอดภัยทุกครั้ง มีความ
เหมาะสมมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.92(0.27)
รองลงมาคือโครงการรณรงค์กินอาหารสุกๆ ดิบๆ
ดิดพยาธิ โครงการอบรมแกนนำออกกำลังกายเพื่อ
สุขภาพประจำหมู่บ้าน ค่าเฉลี่ย 4.88(0.33) โครงการ
ประกวดบ้านน่าอยู่ระดับตำบลค่าเฉลี่ย 4.84(0.47)
โครงการอบรมความรู้แกนนำครอบครัวเกี่ยวกับการ
บริโภคอาหารโครงการส่งเสริมร้านขายอาหารจัดให้มี
เมนูอาหารเพื่อสุขภาพค่าเฉลี่ย 4.80 (0.50)โครงการ
จัดตั้งชมรมเดิน วิ่ง เพื่อสุขภาพ ประจำหมู่บ้าน
ค่าเฉลี่ย 4.76 (0.59)โครงการหมู่บ้านตัวอย่างด้าน
สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไร้มลพิษค่าเฉลี่ย 4.64 (0.81)
และโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล
สิ่งแวดล้อมในชุมชนค่าเฉลี่ย 4.60 (0.81) ตามลำดับ
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมของแนวทางการเสริมสร้างการดูแลตนเองของประชาชนอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี (n=25)

แนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
แนวทางที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 3 โครงการ			
โครงการอบรมความรู้แกนนำครอบครัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	4.80	0.50	มากที่สุด
โครงการรณรงค์กินอาหารสุกๆ ดิบๆ ติดพยาธิ	4.88	0.33	มากที่สุด
โครงการส่งเสริมร้านขายอาหารจัดให้มีเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ	4.80	0.50	มากที่สุด
แนวทางที่ 2 การส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนทุกช่วงวัย ประกอบด้วย 4 โครงการ			
โครงการอบรมแกนนำออกกำลังกายเพื่อสุขภาพประจำหมู่บ้าน	4.88	0.33	มากที่สุด
โครงการจัดตั้งชมรมเดิน วิ่ง เพื่อสุขภาพ ประจำหมู่บ้าน	4.76	0.59	มากที่สุด
โครงการจัดหาลานกีฬาชุมชนประจำหมู่บ้าน	4.80	0.50	มากที่สุด
โครงการจัดการแข่งขันกีฬาชุมชน ระดับตำบล อำเภอ	4.80	0.50	มากที่สุด
แนวทางที่ 3 การเสริมสร้างความปลอดภัยในชุมชน ประกอบด้วย 2 โครงการ			
โครงการประกวดบ้านน่าอยู่ระดับตำบล	4.84	0.47	มากที่สุด
โครงการขับเคลื่อนปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย ปลอดภัยทุกครั้ง	4.92	0.27	มากที่สุด
แนวทางที่ 4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนประกอบด้วย 2 โครงการ			
โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน	4.60	0.81	มากที่สุด
โครงการหมู่บ้านตัวอย่างด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไร้มลพิษ	4.64	0.81	มากที่สุด
เฉลี่ย รวม	4.79	0.22	มากที่สุด

3.2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการนำโครงการสร้างเสริมสุขภาพไปดำเนินการ พบว่าพฤติกรรมการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพก่อนการดำเนินโครงการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.64 (0.19) และหลังการดำเนินโครงการมีคะแนนเฉลี่ย 3.82 (0.29) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 เมื่อแยกพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพรายด้านพบว่า ด้านอาหารก่อนดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.49 (0.30) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 3.72 (0.41) ด้านการออกกำลังกายก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 3.52 (0.35) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 3.80 (0.35) ด้านอารมณ์และความเครียดก่อนดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.86 (0.48) หลังการ

ดำเนินโครงการ มีคะแนนเฉลี่ย 4.04 (0.35) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุก่อนดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 หลังการดำเนินโครงการมีคะแนนเฉลี่ย 3.89 (0.35) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.09 (0.38) หลังการดำเนินโครงการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.34 (0.31) ด้านการควบคุมป้องกันโรคก่อนดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.00 (0.47) หลังการดำเนินโครงการ มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 (0.52) โดยที่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินโครงการพบว่าแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินการ
โครงการสร้างเสริมสุขภาพ (n=388)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
ด้านอาหาร				
ก่อนดำเนินการ	3.49	.30	-7.81	0.00
หลังดำเนินการ	3.72	.41		
ด้านการออกกำลังกาย				
ก่อนดำเนินการ	3.52	.35	-14.66	0.00
หลังดำเนินการ	3.80	.35		
ด้านการความเครียด				
ก่อนดำเนินการ	3.86	.48	-7.45	0.00
หลังดำเนินการ	4.04	.35		
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ				
ก่อนดำเนินการ	3.83	.46	2.24	.025
หลังดำเนินการ	3.89	.35		
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				
ก่อนดำเนินการ	3.09	.38	-9.12	.00
หลังดำเนินการ	3.34	.31		
ด้านการควบคุมป้องกันโรค				
ก่อนดำเนินการ	4.00	.47	-5.28	.00
หลังดำเนินการ	4.19	.52		
รวมเฉลี่ยทุกด้าน				
ก่อนดำเนินการ	3.64	.19	11.56	.00
หลังดำเนินการ	3.82	.29		

* p - Value < .05

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี พฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี 6 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีการควบคุมป้องกันโรคปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอารมณ์และความเครียดปฏิบัติในระดับมาก สำหรับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารอาหารการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จากการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม

รับประทานอาหารอาหารรสจัด อาหารที่มีไขมัน บางส่วนยังรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ความเครียดจะเกิดจากภาวะการเจ็บป่วย กลัวว่าจะเป็นภาระของครอบครัว ปัญหารายได้ไม่เพียงพอ ส่วนอุบัติเหตุที่พบในหมู่บ้านส่วนมากพบว่ามีบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุในกลุ่มวัยรุ่นการไม่สวมหมวกนิรภัย ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีกลิ่นฝุ่นควันพิษ จากการเผาป่า ก่อให้เกิดภูมิแพ้ทางเดินหายใจ การควบคุมป้องกันโรคปฏิบัติได้ดีเนื่องจากมีหน่วยงานภาครัฐณรงค์อย่างต่อเนื่องแต่ยังมีประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษา

ของสนธนา สีฟ้า และคณะ¹² ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.54 อยู่ในระดับต่ำ การออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.79 อยู่ในระดับต่ำ พระภิกษุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์การบริโภคอาหารแต่ไม่ได้ปฏิบัติ ส่วนใหญ่ฉันอาหารประเภทไขมันสูง มีการรับรู้อุปสรรคต่อการฉันในแต่ละมื้อพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถที่จะเลือกเมนูอาหารได้ แต่เลือกฉันอาหารประเภทไขมันในปริมาณที่น้อยลง มีการรับรู้ประโยชน์การออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก แต่พระภิกษุส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเช่นเดียวกัน และการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิม ¹³ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะบริโภคหรือเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานนานๆครั้งร้อยละ 43.2 รับประทานอาหารทอดหรือทำจากกะทิปฏิบัติบ่อยครั้งร้อยละ 43.2 ไม่ได้รับประทานผักและผลไม้ ร้อยละ 47.0 ดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟประจำร้อยละ 39.3 ส่วนด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีการเดินระยะทางสั้นนานๆครั้งร้อยละ 44.9 กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกหรือหาเวลาผ่อนคลายด้วยการดูหนัง ไปเที่ยว ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งจากผลการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบข้อมูลที่แสดงถึงประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมควรต้องมีการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน และมีความจำเป็นต้องเร่งแก้ไขโดยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดแนวทางการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน

2. แนวทางการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี แนวทางที่ 1 การเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แนวทางที่ 2 การเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชน ทุกช่วงวัย ประกอบด้วย 4 โครงการ แนวทางที่ 3

การเสริมสร้างพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในชุมชน แนวทางที่ 4 การเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ประทุมโชน และคณะ¹⁴ ที่ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พบว่าการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การจัดกิจกรรมที่ทำให้สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวชุมชน ตลอดจนการกำหนดนโยบาย และเรียกกระบวนการนี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (health promotion for all) เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี (all for health promotion)หรือคนทั้งมวลมีสุขภาพดี (good health for all) ในงานวิจัยทั้ง 4 แนวทางของทุกด้าน จะมีการสร้างการรับรู้ การรณรงค์ การส่งเสริมและสนับสนุน การสร้างแกนนำ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนและการเสริมแรง

3. ความเหมาะสมของแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเขตอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี การประเมินความเหมาะสมของ แนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอำเภอวังสามหมอ โดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการนำโครงการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้พบว่าพฤติกรรมการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพก่อนการดำเนินโครงการมีการปฏิบัติในระดับมากมีคะแนน 3.64 (0.19) และหลังการดำเนินโครงการมีการปฏิบัติในระดับมากค่าคะแนนเฉลี่ย 3.82 (0.29) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 โดยที่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินโครงการพบว่าแตกต่างกันทุก

ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจะให้ผลลัพธ์ที่ได้ขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนและต่อเนื่อง¹⁵⁻¹⁶ สอดคล้องกับ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยุติ รอดจากภัย¹⁷ ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมากและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากงานวิจัยพบว่าการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งนี้การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคคลที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจะมีการเปลี่ยนแปลงของ สถานะสุขภาพที่ดีขึ้น ในประเด็นการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีรอบ 302 และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะมีแนวโน้มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร สอดคล้องกับงานวิจัยของ นวพรรณ จินแพทย์ และคณะ¹⁸ ที่ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิดพบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตน

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และงานวิจัยของฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์และคณะ¹⁹ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพคือความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และการได้รับคำแนะนำและข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นการสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพแก่ประชาชน การกำหนดแนวทางหรือมีนโยบายที่ชัดเจนมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเป็นไปอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการประเมินผลแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมในระดับมาก และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการดำเนินโครงการตามแนวทางที่กำหนดขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ดังนั้นควรกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปทุมธานี และสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในภาครัฐและภาคประชาชนตลอดจนนำมาเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประชาชนจะไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ วะสี. เศรษฐกิจพอเพียงและแนวทางประชาสังคม : แนวทางพลิกฟื้นเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหมอชาวบ้าน, 2542.
2. Last, J. M. Public Health and Human Ecology (2nd ed). New York: McGraw-Hill, 1998.
3. Berridge, V. Public Health: A Very Short Introduction. Oxford: Oxford University Press, 2016.

4. Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: WHO, 2013.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986.
6. กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร; กองสถิติพยากรณ์, 2564.
7. กลุ่มสถิติสังคมสำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรุงเทพมหานคร; สำนักสถิติพยากรณ์, 2559.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 เขตตรวจราชการที่ 8 จังหวัดอุดรธานี, 2565.
9. หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอวังสามหมอ. สรุปผลการปฏิบัติงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี เอกสารอัดสำเนา หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอวังสามหมอ, 2561: 8-32.
10. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : เพ็ญฟ้า บริษัท, 2546
11. ชูใจ คูหารัตนไชย. สถิติเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร, 2542.
12. สนธนา สีฟ้า. และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต หลักสูตรและการสอนภาควิชาบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2560.
13. วรณวิมล เมฆวิมล. รายงานวิจัยภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรและเทคโนโลยี่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา: กรุงเทพฯ, 2554.
14. วรณภา ประทุมโทน, พนารัตน์ เจนจบ, สมตระกูล ราศิริ, นันทวรรณ อีระพงศ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28: 97-108.
15. Cacari-Stone L, Wallerstein N, Garcia AP, Minkler M. The promise of community-based participatory research for health equity: a conceptual model for bridging evidence with policy. Am J Public Health 2014;104:1615-23.
16. Frerichs L, Lich K H, Dave G, Corbie-Smith G. Integrating systems science and community-based participatory research to achieve health equity. Am J Public Health. 2016;106:215-22.
17. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, ยุวดี รอดจากภัย. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี, 2557.
18. นวพรรณ จินแพทย์, สุปรียา ตันสกุล, นิรัตน์ อิมามิ, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. วารสารสุศึกษา 2551;31:31-41.
19. ฐปรัตน์ รักภานุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, และ นันทยา ไชยนิ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยาเขตปัตตานี วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2565; 29 (3):170-178.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจ ถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์ : กรณีศึกษา

Nursing care of patients with acute myocardial infarction with complete heart block : A case study

(Received: December 24,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

อนงค์นาฏ จตุรานนท์¹

Anongnart Jaturanont¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์

กรณีศึกษา : พระภิกษุไทย อายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 17 มกราคม 2565 ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกขวา เหงื่อออก ตัวเย็น ก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที ตรวจคลื่น EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block แพทย์วินิจฉัย Inferior wall STEMI with Complete heart block ระยะก่อนแพทย์ตรวจ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอก ระยะแพทย์ตรวจ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เสี่ยงต่อการเกิด Cardiac arrest เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ระยะหลังแพทย์ตรวจแล้ว เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต ขณะอยู่ในห้องฉุกเฉิน ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการส่งตัวไปทำ PCI ที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล ให้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หลังจากทำ PCI ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงจำหน่ายวันที่ 26 มกราคม รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, ภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจ ถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์

Abstract

This study aimed to study the nursing care of patients with acute myocardial infarction with complete heart block

Case study: A 53-year-old Thai monk was admitted to the accident and emergency room of Phra Narai Maharaj Hospital on 17 January 2022 with symptoms of right chest pain, hypothermia and hyperhydrosis for 15 minutes before going to the hospital. The patient was checked with electrocardiogram (EKG) and it found inferoposterior infarct and complete AV block. The doctor diagnosed that the patient had a disease of inferior wall acute myocardial infarction (STEMI) with complete heart block. In pre-medical examination, patient was uncomfortable with chest pain. In medical examination period, patient had myocardial

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

infarction due to lack of blood supply to the heart muscle, a risk of cardiac arrest, a risk of unstoppable bleeding due to the use of fibrinolytic drugs. After medical examination, patient has a fear because it is a life-threatening condition. In the emergency room, patient felt well, vital signs: temperature of 36.1 degrees Celsius, pulse of 56 beats/min, respiratory rate of 22 beats/min, blood pressure of 98/60 mm Hg. Then patient was the patient was transported to Ananda Mahidol Hospital for percutaneous coronary intervention (PCI). The patient had no complications and was then discharged on January 26th, including a hospital admission of 9 days.

Keywords: nursing, acute myocardial infarction (STEMI), complete heart block

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดจากภาวะการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction; AMI) ตามมา โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ 2020 ประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมากถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกชนิดสำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 67 Non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 20 และ unstable angina ร้อยละ 14 เมื่อดูอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาลของ Thai ACS registry ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบ ร้อยละ 17 และข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดไม่ว่าด้วยวิธีใดมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เปิดหลอดเลือดเลยใน STEMI มีอัตราการตายที่สูงมากถึงร้อยละ 22 ซึ่งสาเหตุ

ส่วนหนึ่งเพราะมาโรงพยาบาลล่าช้าและได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน 1-4

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีเป้าหมายสำคัญ คือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (reperfusion) โดยเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและลดความรุนแรงของโรค ซึ่งปัจจุบันการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหลายวิธี วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) วิธีการนี้จะช่วยให้มีการไหลเวียนกลับเข้ามาในหลอดเลือดโคโรนารีที่เกิดการอุดตัน จึงช่วยลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ และหากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมก็จะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น มีผลการศึกษาเกี่ยวกับการรอดชีวิตจากการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในต่างประเทศ GUSTO IIb trial ระบุว่า อัตราการรอดชีวิตสูงจะถึงร้อยละ 99 หากได้รับ reperfusion treatment ภายใน 60 นาทีแรก หลังจากเกิดอาการ แต่จะลดลงเหลือร้อยละ 93.6 หากได้รับการเปิดหลอดเลือดช้ากว่า 90

นาที่ หลังจากเกิดอาการและอัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้น ระยะเวลา reperfusion treatment และหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 6 ชั่วโมง กล้ามเนื้อส่วนที่ขาดเลือดจะก้าวหน้าเป็นเนื้อตาย (infarction area) ที่ไม่สามารถทำให้การไหลเวียนในกล้ามเนื้อหัวใจกลับมาได้อีก 4-8

ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา reperfusion treatment ได้อย่างรวดเร็วจะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีที่สุด พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในทุกกระยะของการดูแลรักษาตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ในกรณีออกรับผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service; EMS) การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การประเมินอาการขั้นต้น การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะเริ่มแรกตามปัญหาการรายงานแพทย์และประสานงานผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ตลอดจนการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่ออย่างี่ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม 1,2,4 จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นบทบาทสำคัญและท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน เนื่องจากต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิต และลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรค และใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทันสมัย ก็จะสามารถทำให้เกิดคุณภาพการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและ

เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอ็กซเรย์ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาล
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์ เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พระภิกษุไทย อายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 17 มกราคม 2565 เวลา 11.35 น. ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกขวา เหงื่อออก ตัวเย็น ก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขวา นอนพักอาการไม่ดีขึ้น เริ่มเหนื่อย เหงื่อออก ตัวเย็นทางญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว

การตรวจร่างกาย รูปร่างผอมผิวดำแดงถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97% ตรวจคลื่น EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block บ่นเจ็บหน้าอก pain score 9 คะแนน

ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray : วันที่ 17 มกราคม 2565 ผล Cardiomegaly

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 10,100 cell/cu.m.m, Neutrophil 85%, Biochemistry BUN 80 mg/dl, Creatinine 1.4 mg/dl, K 3.48 mmol/L, Na 132 mmol/L, Cl 90 mmol/L, CO2 18 mmol/L

การวินิจฉัย แพทย์วินิจฉัย Inferior wall STEMI with Complete heart block

การพยาบาลระยะก่อนแพทย์ตรวจ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยบ่นเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย pain scale 9 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะตำแหน่งความรุนแรง อาการเจ็บร้าว

ระยะเวลาที่เป็น และตรวจคลื่นหัวใจ 12 lead ทันที คัดกรองผู้ป่วยเป็นประเภท 1 เพื่อให้ได้เข้ารับการรักษาโดยเร็ว พร้อมรายงานแพทย์ จากการคัดกรองผู้ป่วยพบว่าไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยมีอาการมาก่อน ผล EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที O2 saturation 97% ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บหน้าอกจนถึงมาโรงพยาบาล 30 นาที ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยยังมีอาการแน่นเจ็บหน้าอกเป็นพักๆ

การพยาบาลในระยะแพทย์ตรวจ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยบ่นเจ็บแน่นหน้าอกซ้าย pain scale 9 คะแนน ผล EKG พบ Inferoposterior infarct, Complete AV block ดูแลให้ MO 3 mg iv stat ตามแผนการรักษา เพื่อระงับอาการปวดอย่างรุนแรง และทำให้หลอดเลือดขยายตัวลดการทำงานของหัวใจ ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เผื่อระวังความดันโลหิตต่ำและการเต้นของหัวใจผิดปกติ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยให้ Canalar 5 LPM keep oxygen saturation มากกว่าร้อยละ 95 เพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ ASA(1300) 1 tab Plavix(75) 4 tab เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประเมิน สัญญาณชีพประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก EKG monitoring สังเกตและประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติเพื่อให้เลือดสามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพิ่มมากขึ้น ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะตำแหน่งความรุนแรง อาการเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เป็น และตรวจคลื่นหัวใจ 12 lead ทุกครั้งที่มีการเจ็บ

หน้าอกเพื่อหาสาเหตุของการเจ็บหน้าอกและเปรียบเทียบอาการหลังการรักษา โดยเฉพาะการประเมินความปวดอาการปวดหรืออาการเจ็บหน้าอกควรลดลงหลังจากการได้รับการรักษา หลังให้การพยาบาล EKG ยังผิดปกติ pain score ลดลงเหลือ 7 คะแนน

เสี่ยงต่อการเกิด Cardiac arrest ผล EKG Inferoposterior infarct, Complete AV block ความดันโลหิต 68/40 mmHg เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำติดตามประเมินสัญญาณชีพ และ EKG monitoring สังเกตอาการเหงื่อแตก ตัวเย็น ชีตเขียว ปัสสาวะออก น้อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินว่าเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะต่างๆ เพียงพอกกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำเพื่อให้เลือดสามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพิ่มมากขึ้น หัวใจทำงานน้อยลง และลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ติดตามและประเมินอาการเจ็บหน้าอก เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งส่งผลให้ cardiac output ลดลง ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยหายใจเร็วหรือระดับ oxygen saturation ลดลง ควรให้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และควรให้ระดับ oxygen saturation มากกว่าร้อยละ 95 เพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ ประเมินปริมาณปัสสาวะควรมากกว่า 0.5ml/kg/hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr แสดงถึงเลือดมาเลี้ยงที่ได้น้อยลง จากการลดลงของ cardiac output ประเมินการไหลเวียนเลือดและติดตามผลการออกฤทธิ์ของยาลดการทำงานของหัวใจและเพิ่ม

cardiac output รวมทั้งยากระตุ้นหัวใจเพื่อประเมินผลของยาและการบีบตัวของหัวใจ ซึ่งยาจะช่วยลดความต้องการการใช้ออกซิเจน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ การหดตัวของหัวใจและการเมตาบอลิซึมลดลง เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต 66/40 mmHg HR 54 ครั้ง/นาที มีคำสั่งให้ยา Atropine 2 amp iv และเริ่ม Dopamine 2:1 iv drip 20 ml/hr. หลังได้รับยา ความดันโลหิต 95/62 mmHg HR 56 ครั้ง/นาที

เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุดเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ASA(1300) 1 tab Plavix(75) 4 tab ผล INR แกร็บ 1.18 เฝ้าระวังอาการเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่น เลือดออกในสมอง เฝ้าระวัง neurological signs ประเมินสัญญาณชีพ EKG monitoring เนื่องจากการละลายลิ่มเลือดจากฤทธิ์ของยา จะออกฤทธิ์ทั้งร่างกาย ไม่แหว่งน้ำเกลือหรือเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างให้ยา หลีกเลี่ยงการเจาะเลือดเท่าที่ทำได้ เนื่องจากฤทธิ์ของยาจะยับยั้งการเกิด clot ทำให้เลือดหยุดช้า เฝ้าระวัง EKG อย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังคลื่นหัวใจที่หรือเต้นผิดจังหวะชนิดต่างๆ เนื่องจากการให้ยาอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะจากการที่เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจใหม่ (reperfusion) และประเมินการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจใหม่ สังเกตปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน เลือดออกตามไรฟันเพื่อประเมิน internal bleeding เฝ้าระวัง PT PTT ให้อยู่ในระดับ 2.5 เท่าของค่าปกติเพื่อเป็นการประเมินระดับการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ส่งผลต่อ prolong bleeding หลังเฝ้าสังเกตอาการไม่พบบริเวณที่มีเลือดออก ความดันโลหิต 98/60

mmHg HR 56 ครั้ง/นาที ภายหลังแพทย์ตรวจรักษา มีแผนส่งตัวไปขยายหลอดเลือด PCI ที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล พยาบาลได้ประสานงานที่โรงพยาบาลอานันทมหิดลเพื่อส่งไปทำหัตถการ PCI ได้วันที่ 18 มกราคม 2565 แพทย์จึงมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก พยาบาลห้องฉุกเฉินประสานงานและนำส่งผู้ป่วย

การพยาบาลในระยะหลังแพทย์ตรวจแล้ว เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต และวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากการกลัวตาย จัดพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและความรู้สึกไว้วางใจต่อบุคลากร พุดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามปัญหาต่างๆเนื่องจากการให้ข้อมูลที่ตรงเกี่ยวกับสถานการณ์จะลดความกลัว ส่งเสริมสัมพันธภาพผู้ป่วยกับพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญปัญหาโดยตรง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกกลัวเนื่องจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลช่วยในการสนับสนุนทางด้านจิตใจและลดความตึงเครียดพร้อมทั้งระบายความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการประเมินสุขภาพบ่อยๆ เช่นการวัดความดันโลหิต เป็นสิ่งปกติไม่ใช่ทำเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับการประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆ ควรมีการทบทวนข้อมูลเดิมที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆเนื่องจากความสนใจของผู้ป่วยอาจสั้น และการรับรู้เกี่ยวกับเวลาอาจเปลี่ยนไป ความกังวลส่งผลให้การรับรู้และความสนใจลดลง หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

เสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำเนื่องจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจขณะเคลื่อนย้าย ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ด้วยการ monitor ตลอดการนำส่ง ตรวจสอบการให้ออกซิเจนตาม

แผนการรักษา สังเกตอาการขาดออกซิเจน Heart block จากอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น ผู้ป่วยได้ส่งต่อถึงหอผู้ป่วยหนักด้วยความปลอดภัย

ภายหลังทำหัตถการ PCI ครบ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงส่งตัวกลับมาเพื่อรับการรักษาตัวต่อที่แผนกอายุรกรรมชายวันที่ 19 มกราคม 2565 ได้ติดตามเยี่ยมพบว่า ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ประเมินสัญญาณชีพ EKG monitor ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังจากการที่มีการถ่างขยายหลอดเลือด และความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ ประเมินและเปรียบเทียบชีพจรส่วนปลาย สีผิว และความอุ่นของผิวหนังแขนหรือขา ข้างที่ทำการประเมินการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย ประเมินอาการปวด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง เมื่ออาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการปวดแผลจากการทำหัตถการและเพื่อให้ยาลดหรือบรรเทาอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ตรวจสอบการมีเลือดออกบริเวณแผล และเลือดออกใต้ผิวหนัง ร่วมกับประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง เมื่ออาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินการปิดของบาดแผลและภาวะเลือดออกจากการทำหัตถการและการได้รับยาลดลิ่มเลือดขณะทำหัตถการ สังเกตอาการแพ้สารทึบรังสี เช่น คลื่นไส้ อาเจียนผื่นที่ผิว เป็นต้น เพื่อประเมินการแพ้สารไอโอดีนที่เป็นส่วนผสมในสารทึบแสง สังเกตการถ่ายปัสสาวะ ถ้า 6 ชั่วโมงไม่ถ่ายปัสสาวะพิจารณาสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย

4 วันหลังจากทำ PCI อาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก EKG normal รับประทานอาหารได้ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์

จึงจำหน่ายวันที่ 26 มกราคม 2565 จากการติดตามวันนัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และนัดติดตามรักษาต่อเนื่อง รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 9 วัน

สรุปกรณีศึกษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 12 ชั่วโมงนับแต่เริ่มมีอาการและ door to needle time ภายใน 30 นาที นับเป็นมาตรฐานการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีแพทย์ประจำ 24 ชั่วโมงที่ประเมินอาการให้การรักษาเบื้องต้นก่อนและประสานงานแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล เพื่อทำ PCI โดยใช้ระบบปรึกษาทางไลน์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีทีมพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะอย่างใกล้ชิดรวดเร็วถูกต้องต่อเนื่องพร้อมทั้งประสานงานการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมพยาบาลส่งต่อและส่งข้อมูลของผู้ป่วยไปให้โรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อการรักษาทันทีและต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย 1,2,4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากการให้ยาและการรักษาเนื่องจากเป็นกำลังหลักของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังการทำ PCI ต้องคอยให้คำแนะนำ เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติหลายครั้งรวมทั้งคอยดูแลอย่างใกล้ชิด

ความรู้ ความสามารถ ความตระหนักและความตื่นตัวของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่ระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยาและระหว่างการส่งต่อมี

ความสำคัญและจำเป็นเนื่องจากเป็นการรักษาพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยงสูงและต้องการความรวดเร็ว ความชำนาญในการดูแลทั้งในระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยาและระหว่างการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และอาการทรุดหนักขณะส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไขภาวะวิกฤตตั้งแต่บ้านผู้ป่วยในระบบช่องทางด่วนจนถึงช่องทางด่วนในโรงพยาบาลซึ่งมีข้อจำกัดในด้านเวลาสำหรับการรักษาดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรักษาพยาบาลทุกขั้นตอนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกจากความเสี่ยงของผู้ป่วยเอง การให้ความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักเรื่องโรคโดยใช้หลัก ALARM ALERT ALIVE เพื่อให้มาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ด้านการรักษาควรกำหนดเป็นแนวปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องใช้เวลาเดินทางเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ใช้เวลาเกิน 30 นาที ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยทุกรายเพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เขตควรมีการพัฒนาความรู้แก่พยาบาลอย่างสม่ำเสมอทั้งการอบรมระยะสั้นและการเรียนเฉพาะทางสาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งการนิเทศติดตามเพื่อนำความรู้วิชาการใหม่ๆมาถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงานห้องฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. พวงทอง ขำเจริญ. (2563). กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 29 (1). (Suppl 2): 37-46.
2. ปาริยา เกกนิษ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกระบี่. กระบี่เวชสาร; 1(1): 1-9.
3. สุรพันธ์ สิริสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
4. วรณิภา เสนุภัย, พนิดา เตชะโต, สิริพร ดำน้อย. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส; 11(3): 104-116.
5. Demirel ME, Donmez I, Ucaroglu ER, Yuksel A. (2019). Acute coronary syndromes and diagnostic methods. Med Res Innov; 3:1-8.
6. Kattunilam A, Rohini T. (2016). Effect of Time duration in injecting subcutaneous low molecular weight heparin (LMWH) on pain and bruising among patients with myocardial infarction (MI). J Nurs Educ; 8(4):76-9.
7. Lough ME. (2020). Cardiovascular clinical assessment and diagnosis procedure. In: Urden LD, Stacy KM, Lough ME, editors. Priorities in critical care nursing. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 90-145.
8. McDermott, K. A., Helfrich, C. D., Sales, A. E., Rumsfeld, J. S., Ho, P. M., & Fihn, S.D. (2018). A review of intervention and system changes to improve time to reperfusion for ST Segment Elevation Myocardial Infarction. Journal of General Internal Medicine, 23(8), 1246-1256.

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ใน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์

Results of the training program for village health volunteers near home, close to heart,
monitoring and caring for patients with Long COVID (Long COVID) among village health.
Subdistrict Health Promotion Hospital Nong Hang is located in the Kuchinarai District of
Kalasin Province.

(Received: December 26,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ประเสริฐ รัตนวัฒนศิลป์¹

Prasert Rattanawatanasin¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 126 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจาก แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent Samples t – test dependent Samples t – test F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของ รุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 ไม่แตกต่างกัน และก่อนดำเนินการ หลังการดำเนินงานและหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยที่ หลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ มีค่าคะแนนมากที่สุด ทั้งสองรุ่น

คำสำคัญ : โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด

ABSTRACT

This study was action research aimed to studied the training program for village health volunteers near home, close to heart, monitoring and caring for patients with Long COVID (Long COVID) among village health. Subdistrict Health Promotion Hospital Nong Hang is located in the Kuchinarai District of Kalasin Province. Sample size were 126 Village health volunteers Kuchinarai District Kalasin Province. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent Samples t – test, dependent Samples t – test, F-test using Repeated Measurement techniques and content analysis.

The study found that The knowledge and attitude about the follow-up care of patients with Long COVID among the village health volunteers of cohort 1 and cohort 2 were not different. And

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

before operation Post-operation and 2-week post-operation were significantly different at the .05 level ($p = .000$), with the 2-week post-operation having the highest score for both cohort.

Keywords: village health volunteer training program , Caring for patients with Long COVID

บทนำ

โรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสชื่อ SARS-CoV-2 ซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย และแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว การติดเชื้อโควิด-19 อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีอาการในระยะยาวนานมากกว่า 12 สัปดาห์ เรียกว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้ว่า “ภาวะลองโควิด” (Long COVID) หรืออาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อ โควิด-19 ระยะยาว ซึ่งปัจจุบันเริ่มมีการยอมรับและมีข้อมูลการศึกษาเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้จากการศึกษาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 17,893 ราย กลุ่มประชาชนมีภาวะลองโควิด ร้อยละ 33.6 ซึ่งใกล้เคียงกันกับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 32.81 การสำรวจผ่านทางเว็บไซต์โดยกรมการแพทย์ ระหว่างวันที่ 12 กันยายน ถึงวันที่ 7 ตุลาคม 2564 ในผู้เคยป่วยเป็นโควิด-19 จำนวน 1,300 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลังการรักษาหายมีอาการผิดปกติ 7 อันดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย รองลงมาคือ หายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย, นอนไม่หลับ, ไอ, ปวดศีรษะ, ผม่ว และปวดกล้ามเนื้อ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศได้แก่ การศึกษาของ Lopez-Leon et al. (2021) พบว่า ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 จำนวน 47,910 ราย ส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลียร้อยละ 58 รองลงมาคือ ปวดศีรษะ, ความจำหรือสมาธิสั้น, ผม่ว และหายใจลำบาก ร้อยละ 44, 27, 25 และ 24 ตามลำดับ บางการศึกษา ยังพบว่า ผลต่อการทำกิจกรรมของบุคคลสูงถึงร้อยละ 65.9 โดยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันถูก “จำกัดมาก” จะเห็นได้ว่าภาวะลองโควิด (Long COVID) แสดงออกได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการแตกต่างกัน เช่น อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย, หายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย, ไอ,

ปวดศีรษะ, ผม่ว, ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น และบางรายอาจมีอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ, วิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นต้น ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อความสามารถของบุคคลในการกลับไปดำเนินชีวิตปกติหรือการกลับไปทำงาน จนอาจมีผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม²

สถานการณ์โรคโควิด-19 ในตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 245 ราย³ และแพร่กระจายไปยังพื้นที่ทั้ง 9 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าง ถึงแม้ว่าปัจจุบันดูเหมือนว่าสถานการณ์การระบาดจะลดลง เนื่องจากนโยบายของภาครัฐได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น จึงทำให้ลดระดับความเข้มข้นในการค้นหาผู้ป่วย แต่ ภาวะลองโควิด” (Long COVID) ก็ยังเป็นปัญหาที่หน่วยบริการสาธารณสุขต้องติดตามเฝ้าระวัง และเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบบริการและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพภาคประชาชน เพื่อติดตามดูแลหรือฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การที่ผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย ได้รับการติดตาม ดูแล และฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีม อสม. เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตประเมินอาการ ดูแลตนเองเบื้องต้น รวมทั้งเป็นผู้เชื่อมโยงบริการสุขภาพ และส่งต่อผู้ที่มีอาการรุนแรงให้เข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ หรือพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยยึดหลักการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย กำหนดวิธีปฏิบัติ ติดตามประเมินอาการ รุ้สัญญาณเตือนก่อนที่จะมีอาการรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังภาวะลองโควิดเป็นเวลานานอย่างน้อย 12 สัปดาห์ ถ้าหาก

ยังรักษาในโรงพยาบาลจนไม่มีอาการ อาการทุเลาหรือดีขึ้นจะต้องใช้เวลานานและเสียค่าใช้จ่ายสูง จึงจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับหน่วยงานหรือ อสม. ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

การพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเยี่ยมบ้าน การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิดในชุมชน รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการนำนโยบายสุขภาพภาคประชาชนสู่การปฏิบัติ และลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลแต่เพียงตนเองเพิ่มขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกลบ้าน ไกลใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) นี้ขึ้น โดยใช้กระบวนการบรรยายเป็นฐานรวม และจัดเป็นฐานเรียนรู้แบบเวียนฐาน เพื่อให้ อสม. มีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับภาวะลองโควิด, บทบาท อสม. และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมฯ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกลบ้าน ไกลใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกลบ้าน ไกลใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง

อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบสองกลุ่ม (Two Group design) วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มประชากรเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมเป็นรุ่นที่ 1 จำนวน 63 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 63 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน

รุ่นที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมฯ จำนวน 63 คน

รุ่นที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมฯ จำนวน 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม การศึกษาครั้งนี้ใช้ โปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกลบ้าน ไกลใจ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นเครื่องมือจัดกิจกรรม เนื้อหาประกอบด้วย บทบาท อสม. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย, ภาวะลองโควิด, การติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย, การดูแลอาการผิดปกติต่อระบบทั่วไปของร่างกาย, การดูแลอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางสุขภาพจิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเปิดและปิดผสมกัน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการติดตามดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบชนิด 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการ แปลความหมายของคะแนน 3 ระดับ (Marshall, & Hales, 1972 อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2551, หน้า 200) ดังนี้

ระดับความรู้	ร้อยละคะแนนเต็ม
ดีมาก	80 – 100
ปานกลางหรือพอใช้	70 - 79
น้อยหรือไม่ดี	น้อยกว่า 69

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นแบบ เลือกตอบแบ่งเป็นระดับ (Rating scale) 5 ระดับ ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ โดย คำถามมี 2 ลักษณะคือ ข้อความเชิงบวก 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 17 และข้อ 19 ข้อความเชิงลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 18 และข้อ 20 จัดระดับทัศนคติ ตามเกณฑ์ ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม Ffpการ หาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของ เครื่องมือ ผู้ศึกษานำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ

พิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) การหาความ เทียงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำไปทดลอง ใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วทำการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบ คุณภาพของข้อคำถามดังนี้

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ผู้ศึกษาได้นำมาตรวจให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แล้วนำไปวิเคราะห์หา ความยากง่าย อำนาจจำแนกแบบอิงกลุ่ม และค่า ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ KR20 ของ Kuder-Richardson จากนั้นคัดเลือกเอาข้อที่มีค่า ความยากง่ายระหว่าง 0.2 – 0.8 และอำนาจจำแนก ที่ได้ผลบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป และได้ค่าความ เทียงของแบบสอบถามชุดนี้เท่ากับ 0.80

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) จากนั้นเลือกเอาข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกที่ได้ผล บวกและมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป และได้ค่าความเที่ยง ของแบบสอบถามชุดนี้เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. จัดทำโปรแกรมการฝึกอบรม
2. วัดความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนเข้าอบรม ตามโปรแกรมฝึกอบรม
3. ดำเนินการฝึกอบรมตามโปรแกรมการ ฝึกอบรมฯ โดยแบ่งเป็นรุ่นที่ 1 จำนวน 63 คน และ รุ่นที่ 2 จำนวน 63 คน
4. วัดความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังเข้าอบรม ตามโปรแกรมฝึกอบรมทันที
5. ติดตามวัดความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID)

ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังเข้าอบรมตามโปรแกรมฝึกอบรมอีก 2 สัปดาห์ นับจากวันที่เริ่มการอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละของแต่ละคำตอบ สำหรับคำถามที่วัดระดับช่วงหรืออัตราส่วนได้หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{X}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired samples t – test Independent Samples t – test F-test ตัวแปรเทคนิค Repeated Measurement โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ร่วมโครงการวิจัยทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการสนทนาและการตอบแบบสอบถาม โดยสามารถแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่เสนอข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัว

บุคคล โดยผู้วิจัยยึดถือการพิทักษ์สิทธิ์ดังกล่าวอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นที่ 1 ก่อนดำเนินการโดยรวม ร้อยละ 51.1 อยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินงานโดยรวม ร้อยละ 73.8 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ โดยรวม ร้อยละ 77.8 อยู่ในระดับปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ โดยรวม ร้อยละ 50.9 อยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินงานโดยรวม ร้อยละ 72.3 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ โดยรวม ร้อยละ 76.7 อยู่ในระดับปานกลาง

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง รุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ หลังการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID)

ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง รุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 (Independent t – test)

รุ่นที่ 1		รุ่นที่ 2		df	t	p-value	95%CI	
ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
10.22	1.32	10.19	1.28	124	.137	.891	-.42785	.49134

1.2 ทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นที่ 1 ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง

ทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลางและหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง

การเปรียบเทียบทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง รุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ หลังการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID)

ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง รุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 (Independent t – test)

รุ่นที่ 1		รุ่นที่ 2		df	t	p-value	95%CI	
ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
2.93	0.20	2.89	0.17	124	1.378	.171	-.01973	.11021

2. การจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกล่บ้าน ไกล่ใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ภาวะลองโควิด ในผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย บทบาท อสม. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย การติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย การดูแลอาการผิดปกติต่อระบบทั่วไปของร่างกาย การดูแลอาการ

ผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางสุขภาพจิต

3. ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของ รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ หลังการดำเนินงานและหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยที่ หลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ มีค่าคะแนนมากที่สุด ทั้งสองรุ่น (ตารางที่ 3 และตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของ รุ่นที่ 1 ก่อนดำเนินการ หลังการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ความรู้	.622	29.003	2	.000	.725	.738	.500
ทักษะ	.730	19.217	2	.000	.787	.804	.500

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของ รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ หลังการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ความรู้	.701	21.692	2	.000	.770	.785	.500
ทัศนคติ	.456	47.939	2	.000	.648	.656	.500

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับน้อย และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกลบ้าน ไกลใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยภาวะลองโควิด ในผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย บทบาท อสม. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย การติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย การดูแลอาการผิดปกติต่อระบบทั่วไปของร่างกาย การดูแลอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางสุขภาพจิตตามแนวคิดของการฝึกอบรมของไทเลอร์⁴ ร่วมกับแนวคิดของแนดเลอร์⁵ และนักพัฒนาหลักสูตรท่านอื่นๆ มาจัดทำเป็นร่างหลักสูตรฝึกอบรม จนทำให้ได้หลักสูตรฝึกอบรมที่มีองค์ประกอบครบถ้วน ชัดเจน และมีความเหมาะสมสอดคล้องกัน โดยวิเคราะห์ความต้องการว่าใครเป็นกลุ่มเป้าหมายของการฝึกอบรม และต้องการฝึกอบรมเรื่องใด เพียงใด

จากนั้นกำหนดวัตถุประสงค์การฝึกอบรม กำหนดขอบข่ายของหลักสูตร โดยออกแบบเนื้อหา วิธีการฝึกอบรม กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อในการฝึกอบรม และระยะเวลาที่จะใช้อบรม จากนั้นก็ดำเนินการฝึกอบรมและประเมินผลการฝึกอบรม โดยการประเมินใช้แบบสอบถามวัดความรู้ และทัศนคติของผู้เข้าอบรม ก่อนอบรม หลังการอบรม และติดตามอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 หลังอบรมเสร็จ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของผู้เข้าอบรม ทั้งนี้ในการฝึกอบรมครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการบรรยาย การสาธิต การประชุมกลุ่มย่อย (เป็นฐานเรียนรู้) เพราะเป็นกระบวนการสร้างหรือเพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปในทิศทางที่ต้องการ จะทำให้ อสม. เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วและมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

การฝึกอบรมในครั้งนี้ส่งผลให้ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของรุ่นที่ 1 กับ รุ่นที่ 2 ก่อนดำเนินการ หลังการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยที่หลังการดำเนินงาน 2 สัปดาห์ มีค่าคะแนนมากที่สุดทั้งสองรุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของรัตติกาน นันทพานิช และชวลิน อินทร์ทอง (2565)⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเภสัชกร เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า เมื่อสิ้นสุดการอบรม อสม. มีความรู้

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านยาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$), กรภัทร อาจวานิชชากุล (2564)⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านวัณโรค พบว่าคะแนนความรู้หลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินเจตคติที่มีต่อหลักสูตรฝึกอบรมหลังการฝึกอบรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี และ จิรัชยา สุวินทรากรและคณะ (2562)⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง และระยะติดตาม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้นโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกล่บ้าน ไกล่ใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเพิ่มพูนความรู้ และทัศนคติ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) นอกจากนี้ อาจมีการประเมินความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การตัดสินใจในเชิงนโยบาย

ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรศึกษาส่วนขาดของความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนแล้วจึงกำหนดแนวทางการพัฒนาซึ่งในการศึกษามีการกำหนดเป็นโปรแกรมการฝึกอบรม อสม. ไกล่บ้าน ไกล่ใจ ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ภาวะลองโควิด ในผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย บทบาท อสม. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย การติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หลังการรักษาหาย การดูแลอาการผิดปกติต่อระบบทั่วไปของร่างกาย การดูแลอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางสุขภาพจิต

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ระดับต่างๆ ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ไปพิจารณาขยายผล โดยประยุกต์ให้ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่จะดำเนินการ เพื่อให้เป็นประโยชน์ และขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ต่อไปควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล และดูแลแนวโน้มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) เพื่อให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ยั่งยืนต่อไป

2. ควรออกแบบการทดลองที่เป็น randomized controlled trials (RCT) เพื่อให้การสรุปผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การขยายผลต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. medRxiv : the preprint server for health sciences, 2021.01.27.21250617. <https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617>
2. Van Kessel, S. A. M., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P. L. B. J., & van Jaarsveld, C. H. M. (2022). Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Family practice*, 39(1), 159–167. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab076>.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง.(2564). สถานการณ์โรคโควิด-19 ในตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565
4. Tyler Ralph W (1949). Basic Principia of Curriculum and Instruction . Chicago : theUniversity of Chicago press.
5. Nadler, L. (1980). Development Human Resource. Houston: Gulf Pubishin.
6. รัตดากร นันทพานิช และชวลิน อินทร์ทอง. (2565). ผลของโปรแกรมฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเภสัชกร เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 18(1):41-56
7. กรภัทร อัจฉาวิชชากุล, (2564). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านวัณโรค. *วารสารควบคุมโรค*, 47 (4), 955-966.
8. จิรัชยา สุวินทรกร, สุรินทร์ กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 39-48.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่ ที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะ Malignant hyperthermia : กรณีศึกษา

Nursing care of child with cleft palate who received general anesthesia: Case study

(Received: December 26,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

นิลบล อยู่เอ¹

Nilubon yooa¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่ ที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะ Malignant hyperthermia

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่ อายุ 1 ปี 6 เดือน ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 14 พฤศจิกายน 2564 ด้วยอาการ มีภาวะเพดานโหว่แต่กำเนิด แพทย์นัดผ่าตัด ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความรู้ก่อนและหลังผ่าตัดภาวะเพดานโหว่ ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก มีอาการแพ้ยาสลบชนิดไอระเหย เกิดภาวะ Malignant hyperthermia และเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด ได้รับการแก้ไขด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อแดนโทโรลีน และได้รับการดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก จนปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2564

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่, การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, แพ้ยาสลบ

Abstract

This study aimed to study the nursing care of pediatric patient with cleft palate who received general anesthesia and had malignant hyperthermia.

Case study: A pediatric patient with cleft palate, aged 1 year 6 months, received general anesthesia and was admitted to King Narai Maharaj Hospital on 14 November 2021 with congenital cleft palate symptoms. Doctor scheduled surgery. Before anesthesia, medical team provided nursing care to reduce anxiety and provided knowledge before and after surgery of cleft palate. During anesthesia, the patient had an allergic reaction to the anesthetic gases, malignant hyperthermia, and hypercapnia. The patient was treated with Dantrolene muscle relaxant. The patient received further care at the intensive care unit until it is safe and then patient was discharged on 14 November 2021.

Keywords: Nursing, cleft palate pediatric patients, general anesthesia, allergy to anesthetics

¹ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติหรือความพิการของใบหน้า ริมฝีปาก ฐานจมูกและเพดานปาก โดยปากอาจแหว่งเพียงข้างเดียวหรือสองข้างหรืออาจมีเพดานโหว่ร่วมด้วย จึงส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม จากรายงานสถานการณ์ในแถบเอเชียพบจำนวนเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มากกว่าในอเมริกาและยุโรปประมาณ 1.5 ถึง 2 เท่าตามลำดับ สำหรับประเทศไทยพบเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เฉลี่ย 2.49 คน ในเด็กแรกเกิดมีชีวิต 1,000 คน สาเหตุไม่ทราบแน่ชัด คาดว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม โดยสาเหตุที่พบบ่อยคือเกิดจากความล้มเหลวในขณะที่เป็นตัวอ่อนในครรภ์มารดา ระหว่างอายุครรภ์ที่ 4-12 สัปดาห์ ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ส่งผลให้มีความยากลำบากในการดูด เคี้ยวและกลืน เด็กปากแหว่งเพดานโหว่จึงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการสำลักนมและอาหาร ทำให้การเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กปกติ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านภาษาและภาวะจิตสังคม กล่าวคือ เด็กปากแหว่งเพดานโหว่เวลาพูดเสียงจะขึ้นจมูก พูดไม่ชัด หรือเป็นหูน้ำหนวกจากการสำลักอาหารและติดเชื้อในหูชั้นกลางเรื้อรังทำให้มีปัญหาในการได้ยิน ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ส่งผลให้ เด็กอายุที่จะพูดคุ้ยและไม่อยากพูด มีปัญหาด้อยในการเข้าสังคม ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน และไม่ยอมไปโรงเรียน การเจ็บป่วยและขั้นตอนการรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 21 ปี¹⁻⁴

การดูแลรักษา เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขให้หายหรือใกล้เคียงความปกติ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขทั้งรูปร่างและจิตใจ การดูแลต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ตกแต่ง ทันตแพทย์ วัสดุแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ หู ตา คอ จมูก เป็นต้น นอกจากนี้

การดูแลรักษาให้ได้ผลดี ต้องได้รับความร่วมมือจากบิดามารดาของผู้ป่วยด้วย โดยให้ความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพผู้ป่วย ขั้นตอน ช่วงอายุของการรักษา โดยเฉพาะการรักษาโดยการผ่าตัด ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจมีการผ่าตัดหลายครั้ง การผ่าตัดเพียงครั้งเดียวไม่สามารถทำให้เกิดการฟื้นฟูที่สมบูรณ์ได้⁵⁻¹⁰ จากสถิติการผ่าตัดผู้ป่วยเพดานโหว่ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชย้อนหลัง 3 ปี ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 34 ราย, ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 20 ราย, ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 24 ราย¹¹

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็กอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน⁷ เนื่องจากเด็กเพดานโหว่จะมีลักษณะทางกายวิภาค และสรีระวิทยาต่างจากเด็กปกติและผู้ใหญ่ ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีระวิทยาต่างๆ ในเด็ก เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย ประสานงานกับผู้เข้าร่วมงาน ศัลยแพทย์ และทีมผ่าตัด ให้เข้าใจปัญหาของการให้ยาระงับความรู้สึกในเด็ก และคำนึงถึงจิตใจของเด็กและบิดามารดาด้วยเสมอ การให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยสำคัญ ถ้ามีความเข้าใจก็จะเกิดความร่วมมือ และไม่พบปัญหาหรือเรื่องหากเกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่ที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะ Malignant hyperthermia

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด

แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผล
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอ็กซเรย์
แผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ
บทความตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแล
ผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่ ที่ได้รับการให้ยาระงับ
ความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะ Malignant
hyperthermia

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา
นำมาวางแผนให้การพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการ
พยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและ
ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการ
แก้ไขปัญหา

7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
ความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และ
จัดพิมพ์ เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 1 ปี 6
เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย เด็กคลอดปกติ
น้ำหนักแรกคลอด 2700 กรัม เข้ารับการรักษาตัว
ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชวันที่ 14
พฤศจิกายน 2564

อาการสำคัญ ส่งตัวจากโรงพยาบาลพัฒนา
นิคม ด้วยภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ 2 ข้าง แพทย์นัด
มานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน แรกเกิด
ผู้ป่วยมีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ 2 ข้าง
โรงพยาบาลพัฒนานิคมส่งตัวมารับการรักษาที่
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่ออายุ 1 ปี 6
เดือน แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยไม่มีโรค
ประจำตัว ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์
ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร

การตรวจร่างกาย น้ำหนัก 7.8 กิโลกรัม
ส่วนสูง 78 เซนติเมตร Mouth open 3FB
Mallampati class 1 Thyromental distance <
6 เซนติเมตร ต่อมทอนซิลและต่อมอะดีนอยด์ไม่โต
ไม่มีภาวะไข้หวัด จากการประเมินสภาพทางเดินหายใจ
พบภาวะเพดานโหว่ ไม่พบปัญหา Upper airway
obstruction ดุนมได้ไม่มีสำลัก หลังจากประเมิน
แล้วผู้ป่วยจัดอยู่ใน ASA physical status class III

การวินิจฉัย Bilateral incomplete cleft
palate

การผ่าตัด Palatoplasty

แผนการให้ยาระงับความรู้สึก ให้ยาระงับ
ความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) ชนิด
balance anesthesia ซึ่งเป็นการให้ยาระงับ
ความรู้สึกหลายๆ ชนิดร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยหลับ
เลือกใช้วงจรให้ยาสลบชนิด circle system
เลือกใช้ endotracheal แบบ oral RAE ขนาด 4.5
cuff ลึก 15 cm ซึ่งจะโค้งงอลงบริเวณด้านล่าง
เพื่อให้ไม่รบกวนบริเวณผ่าตัดและไม่หักงอง่าย
และเพื่อป้องกันการดูดสำลักเลือดและน้ำลายเข้า
กระเพาะอาหาร Pre-medication บริหารยา
Midazolam 1 mg , ketamine 5 mg ก่อนนำเด็ก
เข้าห้องผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็ก พุดจาไม่รู้
เรื่อง ร้องไห้เมื่อต้องพลัดพรากจากมารดา กลัวการ
ผ่าตัดและต้องไปกับคนแปลกหน้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการ

พยาบาลการพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

มารดาผู้ป่วยขาดความรู้ เกี่ยวกับการดูแล
ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดแก้ไขภาวะเพดานโหว่
มารดาผู้ป่วยบอกว่าเด็กไม่เคยได้รับการผ่าตัดและ
ให้ยาระงับความรู้สึกมาก่อน มารดาซักถาม
เกี่ยวกับการดูแลเด็กก่อนและหลังผ่าตัดหลายครั้ง
ได้อธิบายและแนะนำมารดาเด็กให้ทราบถึงขั้นตอน
การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและก่อนได้รับยาระงับ
ความรู้สึกได้แก่ การตรวจเลือดเพื่อหาความเข้มข้น
ของเม็ดเลือดแดงโดยไม่ควรถ่ำกว่า 10 กรัม/ดล.
ตรวจดูเม็ดเลือดขาวซึ่งต้องน้อยกว่า 10,000/มม³ การ

เอ็กซ์เรย์ปอดเพื่อดูความผิดปกติของปอด หัวใจ เป็นต้น แนะนำและอธิบายถึงการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัด Palatoplasty เด็กจะต้องได้รับการวางยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป การงดน้ำและอาหารเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอดซึ่งจะเป็นอันตราย การงดน้ำและอาหารให้เริ่มตั้งแต่วันที่ 00.01 น. ของวันที่ 15 พฤศจิกายน 2564 ไปจนกระทั่งเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับเด็กเพื่อไปผ่าตัด อธิบายให้มารดาเด็กทราบว่าสิ่งที่เด็กงดน้ำและอาหาร เด็กจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจะให้พลังงานอย่างเพียงพอต่อเด็ก เพื่อให้เด็กฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็ว ให้ถอดของมีค่า สร้อยพระ สายสัญญาณ เครื่องประดับออกจากตัวผู้ป่วย ก่อนไปห้องผ่าตัด ไม่ต้องนำติดตัวเด็กไปด้วย อธิบายให้มารดาเด็กทราบว่า การให้ยาระงับความรู้สึกในเด็กจะให้เด็กหลับก่อนโดยจะให้ทางหลอดเลือดดำ จากนั้นจะใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ซึ่งเด็กจะไม่รู้สึกตัวและเจ็บขณะผ่าตัด อธิบายให้มารดาเด็กทราบว่า สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด Palatoplasty จะมีแผลที่บริเวณเพดานปาก อาจมองเห็นเป็นผ้าขาว ซึ่งศัลยแพทย์จะเย็บ ด้วยไหมละลาย ไม่ต้องตัดไหม อาจทำให้เด็กรู้สึกเจ็บคอ กลืนลำบาก รู้สึกเหมือนว่ามีบางสิ่งเป็นเส้นๆ บริเวณเพดานปาก และอาจมีเลือดออกปนมากับน้ำลายได้บ้างๆ หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เด็กร้องไห้ เพราะจะทำให้แผลตึงและแยกได้ โดยการให้รับประทานยา แก้วปวดชนิดน้ำเมื่อเจ็บแผล ตรวจสอบความเข้าใจในการลงนามยินยอมให้เด็กผ่าตัด โดยที่มารดาเด็กได้ข้อมูลด้านการรักษาและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดอย่างเพียงพอ และสามารถตัดสินใจลงนามยินยอมผ่าตัดโดยอิสระไม่ถูกบังคับ หลังให้คำแนะนำมารดาผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวเด็กได้ถูกต้อง ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดผ่าตัดแก้ไขภาวะเพดานโหว่ เด็กได้รับการผ่าตัดตามวันเวลาที่กำหนด ไม่ได้มีการเลื่อนการผ่าตัดเนื่องจากระยะเวลาในการงดน้ำและอาหารไม่ครบ

มารดาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก มารดาผู้ป่วยบอกว่า “สงสารลูก กลัวลูกเจ็บ” สภามารดาแสดงความวิตกกังวล ได้กล่าวทักทายมารดาของเด็ก บอกชื่อ ตำแหน่ง หน้าที่ของผู้ไปเยี่ยม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยและให้มารดาเด็กเกิดความไว้วางใจ สัมผัสเด็กด้วยการจับที่นุ่มนวล พูดจาหยอกล้อกับเด็ก ช่วงหลังจากที่กล่าวทักทายมารดาและก่อนที่จะเริ่มตรวจร่างกาย ชักประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อทราบความเจ็บป่วยที่จะมีผลกระทบต่อการให้ยาระงับความรู้สึก ชักประวัติโดยใช้คำพูดที่ง่ายๆ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ที่มารดาฟังแล้วเข้าใจยาก ซึ่งจะเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น อธิบายให้มารดาเด็กทราบถึงวิธีการและขั้นตอนของการให้ยาระงับความรู้สึกและเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อให้มารดาเด็กเข้าใจและยอมรับ และตอบคำถามด้วยท่าที่เป็นมิตรและจริงใจ อธิบายให้ทราบถึงทีมในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ซึ่งจะประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลช่วยการผ่าตัด และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ให้ความมั่นใจในการผ่าตัดว่า เป็นเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัด บอกระยะเวลาในการทำผ่าตัดโดยเริ่มตั้งแต่การให้ยาระงับความรู้สึกจนเสร็จการผ่าตัด ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง เมื่อเสร็จการผ่าตัดแล้ว จะนำผู้ป่วยมาดูแลต่อในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง จึงจะส่งผู้ป่วยกลับมาที่หอผู้ป่วย ช่วงที่เด็กมาอยู่ในห้องพักฟื้นจะให้มารดาไปอยู่ดูแลด้วย แนะนำมารดาเด็กให้พูดคุยกับผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการผ่าตัดผ่าตัดแก้ไขภาวะเพดานโหว่เหมือนผู้ป่วย กระตุ้นให้มารดาเด็กได้พูดคุย ระบายปัญหา ความวิตกกังวล เพื่อจะทำให้ทราบปัญหาและให้กำลังใจในการดูแลเด็กต่อไป มารดาผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใส บอกว่าเข้าใจและคลายความวิตกกังวลลงมาก ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

การพยาบาลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (hypoxia) จากการเลือกใส่ท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสมเปลี่ยนและพยายามใส่ท่อช่วยหายใจ จัดท่าเพื่อทำผ่าตัด Extended คอให้ท่อช่วยหายใจต้นผิวด้านหนึ่ง ทางเดินหายใจอุดกั้นจากสารถหลัง และการกดการหายใจจากยาระับความรู้สึก หลังได้รับยา ระับความรู้สึกซึ่งมีฤทธิ์กดการหายใจและทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจ มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อคอและลิ้น หลังระับความรู้สึกทำให้เกิดการอุดกั้น ของทางเดินหายใจส่วนบน ก่อนระับความรู้สึก เตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม เตรียมยาที่ใช้ในการให้ยาระับความรู้สึกให้ถูกต้องและถูกความรุนแรงได้แก่ ในระยะนำระับความรู้สึกเตรียม ketamine 5 มก. midazolam 1 มก. และใส่ท่อช่วยหายใจด้วย atracurium 8 มก. ช่วง maintenance ให้ atracurium 10 มก. fentanyl 30 มก. และระยะ reverse ให้ neostigmine 0.75 มก. และ atropine 0.3 มก. โดยให้ atropine ก่อนซักประวัติตรวจร่างกายประเมินระบบหายใจ ประเมินภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น (Upper airway obstruction) จากภาวะเพดานโหว่ สารถหลังเศษนมที่บริเวณโพรงเพดานโหว่ และการงดน้ำและอาหารของผู้ป่วยจากผู้ปกครองอีกครั้ง เตรียมและติด pulse oximetry โดยติด probe ไว้ที่ปลายนิ้วมือให้แน่นพอดี ดูให้มีแสงสีแดงส่องผ่านบริเวณเล็บ และติดไว้ควบคู่กันกับแขนที่วัดความดันโลหิตเพื่อตรวจวัดค่า SpO₂ ต่อสาย ETCO₂ กับวงจรเครื่องดมยาสลบพร้อมใช้ เพื่อตรวจวัดค่า ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการหายใจออก บ่งชี้ได้ว่าท่อช่วยหายใจใส่ถูกตำแหน่งทางเดินหายใจ ติดอุปกรณ์ช่วยเฝ้าระวัง (monitor) ทางระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในช่วงแรกผู้ป่วยเด็กจะมีความดันโลหิต 90/55 mmHg.ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 135 ครั้ง/นาที เปิดออกซิเจน 6 ลิตร/นาที ให้ผู้ป่วยสูดผ่านทางหน้ากาก (face mask) นาน 3-5 นาที เพื่อเป็น

การสำรองออกซิเจน 100% ในปอดให้มากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะนำระับความรู้สึกและขณะใส่ท่อช่วยหายใจ เปิด sevoflurane 2% เมื่อผู้ป่วยหลับลึก ให้ succinyl 10 mg เมื่อมี fasciculation จัดท่า sniff's position ใส่ endotracheal tube oral RAE No 4.5 ลึก 15 cm และ maintenance ด้วย เปิด O₂, NO₂ และยา Inhalation (Sevoflurane) ร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Atracurium) ต่างๆ หรือยาระับความเจ็บปวด (Fentanyl) ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในหลอดลมที่ถูกต้อง จัดตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ตรงกลางปากก่อนติดพลาสติก โดยให้ส่วนโค้งทาบบนกึ่งกลางของริมฝีปากล่าง เนื่องจากในการผ่าตัดจะมีการใส่ retractor ที่เรียกว่า dingman gag เพื่อถ่างปาก และศัลยแพทย์จะจัดให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในร่องของ retractor เพื่อป้องกันการถูกกดจากเครื่องด้วย ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจซ้ำหลังจากจัดท่าผู้ป่วย เนื่องจากจะต้องมีการ Extended คอ ซึ่งอาจทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนจากตำแหน่งเดิมได้ ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ค่า tidal volume = 100-120 มล. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที สังเกตภาวะ hypoxia โดยดูจากสีผิว ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเขียว wave ETCO₂ เฝ้าติดตาม monitor อย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา ได้แก่ ค่า SpO₂, อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต, ค่า ETCO₂ และลงบันทึกทุก 5 นาที ดูแลช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพตลอดระยะการผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ ระหว่างผ่าตัด อุณหภูมิ 35.5 – 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 - 160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-110/70 mmHg. SpO₂ 100% ค่า ETCO₂ 34 - 82 mmHg. Wave ปกติ

เสี่ยงต่อการเกิดการสำลักเลือดและสารถหลังเข้าปอด (Pulmonary aspiration) เนื่องจากเป็นการผ่าตัดภายในช่องปาก และใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Uncuff เตรียมอุปกรณ์ที่ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะและสายดูดเสมหะพร้อมใช้งาน ใส่

ท่อช่วยหายใจชนิด Uncuff ใช้ผ้าก๊อชม้วนอุดหลอดลมคอเพื่อไม่ให้มีลมรั่วผ่าน Vocal cord ประสานงานกับศัลยแพทย์ ทีมผ่าตัด ติด monitor และเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจน ประเมินเสียงปอด ติดตาม Airway pressure และ Wave ค่า ETCO₂ ดูแลช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ หลังใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จฟังเสียงปอดปกติ ขณะจัดทำ Extened คอเพื่อสะดวกต่อการผ่าตัดเกิดลมรั่วบริเวณ Vocal cord แจ้งศัลยแพทย์ให้อุดผ้าก๊อชม้วนที่หลอดลมคอเพิ่ม ช่วยหายใจได้ด้วยเครื่อง Airway pressure 22 - 26 cmH₂O สลับกับการช่วยหายใจด้วยการบีบ bag

ผู้ป่วยเด็กมีภาวะ Malignant Hyperthermia ขณะทำผ่าตัด ไป 45 นาที พบผู้ป่วย ETCO₂ ขึ้น 80 mmHg, Temp 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 170 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์วิสัญญี ให้ปิดยา Sevoflurane เปลี่ยนเป็นให้ยา Propofol drip 2 ml/hr แทนให้ออกซิเจน 100% อัตราการไหล 10 ลิตร/นาที นานอย่างน้อย 10 นาที เพิ่มการหายใจเป็น 2 เท่า เปลี่ยนวงจรให้ยาสลบ (breathing circuit) ใหม่ เปลี่ยน Sodalime ใหม่ เปลี่ยนให้ normal saline เย็นเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อระบายความร้อน ช่วยลดอุณหภูมิด้วยผ้าห่มปรับอุณหภูมิให้เย็นกว่าอุณหภูมิร่างกาย ปรับเครื่องปรับอากาศ อุณหภูมิห้องผ่าตัดให้เย็นลง ให้ยา Dantrolene 10 mg iv push หลังจากนั้น 30 นาทีให้ Dantrolene 10 mg iv push สัญญาณชีพ หลังให้การรักษามอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 mmHg, Spo2 100% ค่า ETO2 58 mmHg รวมระยะเวลาทำผ่าตัด 3 ชั่วโมง 15 นาที สูญเสียเลือด 250 ml เมื่อเสร็จการผ่าตัดและปิดแผลเรียบร้อยแล้ว ปิด propofol เปิดออกซิเจน 100% รอจนผู้ป่วยหายใจเอง ตื่นและตื่นดี แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ โดยให้ Atropine 0.14 mg ก่อนเพื่อป้องกัน bradycardia และให้ Neostigmine 0.35 mg ตามประเมิน airway protective reflex กลับมา เช่น

กลืนได้เอง ไอได้ พยายามคายท่อช่วยหายใจ ดันได้ จึง suction และถอดท่อทางเดินหายใจออก ให้ผู้ป่วยดมออกซิเจนต่อผ่านทาง face mask จนผู้ป่วยหายใจดี ย้ายขึ้นเปล จัดทำนอนตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อให้สารคัดหลั่งไหลออกได้ ไม่ปิดกั้นทางเดินหายใจ ส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น ตลอดการผ่าตัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 130-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/54-110/60 mmHg, Spo2 100% ค่า ETO2 50-80 mmHg รวมระยะเวลาทำผ่าตัด 3 ชั่วโมง 15 นาที

ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) ผู้ป่วยได้รับยา Fentanyl, Sevoflurane, Neostigmine ซึ่งมีฤทธิ์โดยตรงต่อการเต้นของหัวใจ มีการทำหัตถการ laryngoscope และ suction ได้เตรียม Atropine 0.1 มก./มล. ไว้ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะ sinus bradycardia สังเกตและเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เมื่อพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาทีให้ atropine 0.3 มก. เข้าหลอดเลือดดำ โดย atropine จะออกฤทธิ์กระตุ้น sinoatrial node ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้ สังเกตและเฝ้าระวังภาวะการขาดออกซิเจน โดยดู oxygen saturation จาก pulse oximetry เนื่องจากภาวะการขาดออกซิเจนจะนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นช้า ติดตามสัญญาณชีพและลงบันทึกทุก 5 นาที เนื่องจาก cardiac output ของเด็กจะขึ้นอยู่กับการเต้นของหัวใจเป็นหลัก หากหัวใจเต้นช้าจะทำให้ความดันโลหิตลดลงจนเกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญและรุนแรงถึงขั้น cardiac arrest ในระยะ reverse ให้ atropine dose 0.02 มก./กก. คือให้ atropine 0.3 มก.เข้าทางหลอดเลือดดำ รอจนให้ยา atropine ออกฤทธิ์โดยดูจากอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้น จึงให้ neostigmine 0.05 มก./กก. ในผู้ป่วยรายนี้ให้ neostigmine 0.75 มก. เข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ แต่ยา neostigmine นี้มีฤทธิ์ muscarinic ด้วย คือทำให้หัวใจเต้นช้า จึงให้ atropine นำไปก่อน ภายหลัง

การดูแล อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 130-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/40-110/65 mmHg. ไม่เกิดภาวะ cardiac arrest

ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ผู้ป่วยทำผ่าตัดในห้องซึ่งมีอากาศเย็น อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 20-21 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยเด็กเล็ก จะมี body surface area – body mass ratio สูง , มีไขมันชั้น subcutaneous บางมาก และไม่สามารถสร้างความร้อนโดยการสั่นของกล้ามเนื้อ (shivering) จึงทำให้มีอุณหภูมิต่ำเร็ว เฝ้าระวังและ Monitor อุณหภูมิของผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก (Rectal) ซึ่งการใช้ rectal probe ให้ระมัดระวังการ trauma ต่อ rectal mucosa สอดใส่ด้วยความนุ่มนวล อุณหภูมิภายใน นอกจากจะช่วยบอกถึงความรุนแรงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำแล้ว ยังช่วยบอกถึงผลการให้ความร้อนเพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกาย เปิดส่วนร่างกาย ผู้ป่วยที่จำเป็น สวมหมวกที่ศีรษะเด็ก พัน webbrill ที่แขน ขา ผู้ป่วยและใช้พลาสติกสะอาดห่อหุ้มอีกชั้น ซึ่งจะป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย ให้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (blanket warmer) ร่วมกับใช้ผ้าคลุม เพื่อมีให้ลมร้อนเป่าปะทะผู้ป่วยโดยตรง และให้ลมร้อนที่เป่าผ่านผ้าคลุมกลายเป็นไอร้อนรอบ ๆ ผู้ป่วยอุ่นสารน้ำที่ให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยใช้เครื่องอุ่นให้สาย IV fluid ผ่านก่อนที่สารน้ำจะเข้าไปถึงผู้ป่วย ประสานงานและขอความร่วมมือกับบุคลากรในทีมผ่าตัด ในการเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัด เป็น 25 องศาเซลเซียส โดยให้ความรู้แก่บุคลากร ให้ทราบถึงอุณหภูมิที่เหมาะสมที่จะป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ ตรวจสอบความร้อนที่ได้รับจากเครื่องใช้ความร้อนเป็นระยะ ๆ สังเกตและเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจว่ามีการเต้นผิดปกติหรือไม่ เนื่องจากอุณหภูมิร่างกายต่ำ จะมีผลกการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติและรุนแรงมากจนเกิด Ventricular fibrillation เมื่ออุณหภูมิร่างกายลดลงต่ำกว่า 32 องศาเซลเซียส

ระหว่างการดูแล อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 35.5 – 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจปกติอยู่ระหว่าง 130-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-110/70 mmHg สัมผัสตัวไม่เย็น สนิมกายไม่ชื้น SpO₂ 100 %

ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อภาวะพร่องน้ำและเลือดระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยทำผ่าตัด Palatoplasty ซึ่งมีโอกาสเสียเลือดได้ งดน้ำและอาหารทางปาก 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ตรวจสอบตำแหน่งและการไหลของสารน้ำที่หัวใจไหลได้ดีหรือไม่ เมื่อพบว่ามีปัญหาการไหล ไม่ดี ให้เปลี่ยนตำแหน่งที่ให้ใหม่ก่อนการผ่าตัด ดูแลให้สารน้ำ 5%D/N/3 500 ml. หยดทางหลอดเลือดดำ ทดแทนให้เพียงพอในแต่ละชั่วโมง ชั่วโมงแรกให้ประมาณ 100 มล. ชั่วโมงที่ 2 และชั่วโมงที่ 3 ให้ประมาณ 50 มล. การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก โดยไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอจะทำให้เกิดภาวะความเป็นกรด (acidosis) จากการมีเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่ดี และส่งผลให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย ซึ่งภาวะความเป็นกรดนี้เมื่อเกิดร่วมกับภาวะ hyperkalemia จะทำให้ผู้ป่วยมีการเต้นของหัวใจผิดปกติได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ขาดน้ำนานๆจะมีไข้ขึ้น สุดท้ายจะเสี่ยงต่อไตวายเมื่อเสียเลือดมากจากการผ่าตัด เตรียม syringe pump และตรวจสอบการควบคุมการให้สารน้ำให้ถูกต้องตรงตามที่กำหนด บันทึกและคำนวณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดโดยดูจากผ้าก๊อสดูดเลือดและขวดรองรับที่เครื่องดูดเลือดสังเกตอาการของภาวะพร่องน้ำและเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบา-เร็ว ติดตามสัญญาณชีพและลงบันทึกทุก 5 นาที สังเกตและเฝ้าระวังดู wave form จาก pules oximetry ถ้าพบว่ามี fluctuation ของ wave form ที่เปลี่ยนแปลงตามการหายใจที่เรียกว่า pressure wave form variable (PWV) จะ บ่ง บ อ ก ถึง ภ า ว ะ hypovolemia ระหว่างการดูแล อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 130-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/40-110/65 mmHg.

ระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 100 มล. ขณะผ่าตัดเสียเลือด 20 มล. ผิวหนังอุ่น สีชมพู capillary refill < 2 วินาที

ระยะสิ้นสุดการให้ยาระงับความรู้สึก
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ laryngeal spasm หลังถอดท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยผ่าตัดบริเวณเพดานปาก ทำให้มีเลือดและน้ำลายในช่องปาก และคอไหลลงไประตุ้นทำให้เกิด laryngeal spasm ได้ ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก จะมีระยะ excitement หลังตื่นจากยาระงับความรู้สึก ซึ่งการถอดท่อช่วยหายใจระยะนี้ทำให้เกิด laryngeal spasm ได้ เปิดออกซิเจน 100% ปิดยาระงับความรู้สึกให้หมด หลังจากศัลยแพทย์ปิดแผลเรียบร้อยแล้ว โดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจน 6 ลิตร/นาที Hyperventilation เร่งอัตราการหายใจของผู้ป่วย เพื่อขับไล่ยาระงับความรู้สึกออกจากร่างกาย การหายใจของผู้ป่วยว่าการหายใจเริ่มกลับคืนมา โดยดูจากการ movement ของ anesthetic bag เมื่อเริ่มมีการหายใจกลับมาให้แก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย atropine 0.3 มก. ร่วมกับ neostigmine 0.75 มก. เข้าทางหลอดเลือดดำ ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและดูดเสมหะและน้ำลายในปากออกให้หมด ด้วยความนุ่มนวล ระงับการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อนและต่อบาดแผล บริเวณผ่าตัดตรองจนเด็กหายใจได้เองตื่น และตื่นได้ดี ร้องหรือไอได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจออก กรณีเด็กยังตื่นไม่ดี ให้ประเมินว่ามี airway protective reflex กลับมา เช่น กลืนได้เอง ไอได้ พยายามคายท่อช่วยหายใจ หรือ oral airway ออกมา จึงถอดท่อช่วยหายใจออก ประเมินและสังเกตผู้ป่วยให้ผ่านพ้นระยะ excitement เพราะในระยะนี้เด็กจะดูเหมือนตื่น เกร็งแขนขาขึ้นมา กัดฟันแน่น แต่ยังไม่ตื่น การถอดท่อช่วยหายใจออกในระยะนี้จะทำให้เกิด laryngeal spasm จับตัวเด็กไว้สักระยะ เด็กจะสงบลงและเริ่มต้น ตื่น ร้อง ปัด หรือพยายามจะดึงท่อช่วยหายใจแสดงว่าตื่นดีแล้ว จึงถอดท่อช่วยหายใจได้ ให้ดมออกซิเจน 100% อัตราการไหล 6

LPM ผ่านทาง mask โดยวาง mask เหนือบริเวณปาก และจุมกโดยไม่ต้องกดแน่น สังเกตการหายใจว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก มีเสียงหายใจดังที่เรียกว่า high pitch crowing noise หรือไม่ เตรียมและให้ยา succinylcholine 10 มก. ทางหลอดเลือดดำ เมื่อเกิดภาวะหายใจลำบาก และมีเสียงดัง high pitch crowing noise หลังดูแลผู้ป่วยหายใจได้ปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบากไม่มีเสียงหายใจดังแบบ high pitch crowing noise ค่า SpO₂ อยู่ระหว่าง 99 – 100 % ปลายมือปลายเท้าและริมฝีปากไม่ ซีด เย็นและเขียวคล้ำ ไม่ Re – intubation

ผู้ป่วยอาจจะฟื้นจากยาระงับความรู้สึกช้า (delayed emergence) ผู้ป่วยเด็กเล็ก ผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ balance anesthesia คือ ให้ยาระงับความรู้สึกหลายชนิดรวมกัน ได้แก่ fentanyl, atracurium และ Sevoflurane ซึ่ง fentanyl เป็นยาในกลุ่ม narcotics จะมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เด็กฟื้นจากยาระงับความรู้สึกช้า ติดตามขั้นตอนการผ่าตัดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ลดความเข้มข้นของยาระงับความรู้สึกลงในช่วงท้ายของการผ่าตัด ในช่วงขณะผ่าตัดจะเปิดยาระงับความรู้สึกประมาณ 0.5–2 MAC โดยเปิด Sevoflurane 2 % (Sevoflurane มีค่า MAC ประมาณ 2.8 % ในออกซิเจน และประมาณ 2 % เมื่อใช้ร่วมกับ 35 % ไนตรัสออกไซด์) เฝ้าระวังระยะห่างในการเติมยา narcotic จะมีฤทธิ์กดการหายใจ และยาคลายกล้ามเนื้อ Atracurium dose สุดท้ายอย่างน้อยนาน 20 นาทีก่อนเสร็จผ่าตัด โดยการติดตามการผ่าตัดประสานงานกับศัลยแพทย์ บริหารยา Ondansetron 2 mg. IV เพื่อป้องกันภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ก่อนเสร็จผ่าตัด ปิดยาระงับความรู้สึกทั้งหมด เปิดออกซิเจน 100% โดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจน 6 ลิตร/นาที ให้ fentanyl ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม narcotic ขนาดยาที่ใช้ 1 มก./กก./ชม. ใช้เสริมฤทธิ์กับยาระงับความรู้สึก ซึ่งจะไม่ทำให้เกิด overdose ของ fentanyl ปิด

เครื่องปรับอากาศ ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยจากการห่มผ้าและจาก blanket warmer เพื่อป้องกันภาวะ hypothermia แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด Non – depolarizing โดยให้ยา atropine 0.3 มก. ร่วมกับ neostigmine 0.75 มก. เข้าทางหลอดเลือดดำ โดยให้ Atropine ก่อนเพื่อป้องกันภาวะ Bradycardia, Hypersecretion ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ดูดน้ำลายในปากออกให้หมด ซึ่งการดูดต้องทำด้วยความนุ่มนวล เพราะจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อได้ ประเมิน airway protective reflex ของเด็กว่ากลับมา เช่น กลืนได้เอง ไอได้ พยายามคาย ท่อช่วยหายใจหรือ oral airway ออกมารอให้ผู้ป่วยหายใจแรงดี ลืมตา ตื่น จึงถอดท่อช่วยหายใจออก หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยตื่นตัวกลืนได้เอง ไอได้หลังจากแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อประมาณ 10 นาทีและสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ และให้ไปสังเกตอาการต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก

เยี่ยมหลังให้ยาระงับความรู้สึก พบมารดาเป็นผู้ดูแลเด็ก เด็กรู้สึกตัวดี ไม่ซึม ไม่งอแง แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย ได้รับยาแก้ปวด Paracetamol syrup 11/2 ช้อนชา ทุก 4 ชั่วโมง ห้ามเด็กดื่มนม 2 สัปดาห์ สอบถามมารดา หลังออกจากห้องผ่าตัด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน เสียงร้องไม่แหบ สัญญาณชีพยังมีใช้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26-32 ครั้ง/นาที ดันโลหิต 100/60 mmHg. ให้มารดาใช้ Syringe ดูดนมจากแก้วและค่อย ๆ ดันให้เด็กดื่ม ซึ่งเด็กกลืนได้ดี ไม่สำลัก on 5%D/N/3 1,000 cc. iv drip 30 cc./hr. ได้ซักถามข้อมูลจากมารดาผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าหลังจากออกจากห้องพักฟื้นไปที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ร้องไห้ งอแงบ้าง กลับได้เป็นส่วนใหญ่ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานนมได้ ไม่มีอาการไอ เสียงไม่แหบ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน แพทย์ผ่าตัดรับปรึกษาให้นัดมาตรวจวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 ที่ OPD Plastic หลังติดตามการรักษาในวันนัด แผลไม่ติดเชื้อ ดูนมได้ดีขึ้น

อภิปรายผล

เนื่องจากการผ่าตัดแก้ไขภาวะเพดานโหว่ ปัญหาที่พบคือระบบทางเดินหายใจเด็กจะไม่ปกติและไม่สมบูรณ์อาจพบปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (Upper airway obstruction) หากพบภาวะต่อมทอนซิลและต่อมอะดีนอยด์โตหลังผ่าตัดทางเดินหายใจจะแคบลง เกิดการบวม ทำให้ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจรุนแรง การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาลจึงได้ประเมินให้ละเอียดว่าผู้ป่วยเกิดภาวะดังกล่าวหรือไม่ หากพบว่ามีความต้องการประสานงานกับ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ทีมผ่าตัด ต้องส่งผู้ป่วยปรึกษากุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ หู คอ จมูก เพื่อช่วยประเมินสภาพเกี่ยวกับระบบ ทางเดินหายใจเพิ่มเติม นอกจากนั้นการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการตัดสินใจลงนามยินยอมทำการผ่าตัด ผู้ปกครองควรมีอิสระในการตัดสินใจ ไม่ถูกบังคับ ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางการลงนามยินยอม ทำการผ่าตัดเป็นการแสดงความเอาใจใส่ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย อีกทั้งเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเอง¹⁻⁶

เมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเสร็จแล้วผู้ให้ยาระงับความรู้สึกควรเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ ได้แก่ oral RAE เครื่องช่วยหายใจ การคำนวณขนาดของยาและสารน้ำที่จะให้ไว้ให้เรียบร้อยจะได้ไม่เกิดข้อผิดพลาด ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเด็ก opening 3 FB, mallampati class 1, thyromental distance <6 เซนติเมตร, ต่อมทอนซิลไม่โตเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเพดานโหว่ โดยทั่วไปพยาธิสภาพของปอดเด็กจะมี FRC น้อยกว่าผู้ใหญ่เกิดความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก คือเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก และการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน (hypoxia) ได้ง่ายทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) เมื่อหัวใจเต้นช้าลงจะทำให้ cardiac out put ลดลงเนื่องจากปริมาณ cardiac out put ของเด็กจะ

ขึ้นอยู่กับอัตราการเต้นของหัวใจเป็นสำคัญ และทำให้เกิดภาวะ cardiac arrest ตามมาได้ ดังนั้นจึงได้เตรียม atropine 0.1 มก./มล. เตรียมไว้ 0.6 มก. ให้พร้อมใช้เสมอ เมื่อมีการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก และเตรียมเครื่องวัดออกซิเจนจากปลายนิ้ว (pulse oximetry) ไว้อย่างน้อย 2 เครื่องเพื่อติดตามค่า SpO₂ อย่างใกล้ชิด

เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Malignant Hyperthermia จากยาสลบชนิดไอระเหย Sevoflurane พยาบาลวิสัญญีเป็นผู้ใกล้ชิด และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยตลอดเวลา จึงต้องมีความสามารถในการประเมินอาการแสดง และแจ้งแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ ความผิดปกติในระยะแรก เช่น กรามแข็งเกร็งหลังได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ succinylcholine หายใจเร็วในกรณีไม่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ชีพจรเต้นเร็ว/ไม่สม่ำเสมอ Soda lime ร้อน และเปลี่ยนสีเร็ว PaCO₂ สูง เป็นต้น และต้องมีความรู้ในการให้ยา Dantrolene จึงจัดหาคนช่วยผสมยา Dantrolene เนื่องจากยาละลายยาก วิธีผสมยาใน 1 ขวดมี Dantrolene 20 มก. ร่วมกับ mannitol ในรูปผง 3 กรัม ให้ละลายในน้ำกลั่น 60 มล. แล้วเขย่าอย่างแรง หลังให้ยาต้องดูแลการตอบสนองต่อการรักษาจากอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ชีพจรลดลง คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำลง อาการเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง^{5,7,9,10}

ข้อเสนอแนะ

1. การทำผ่าตัดภาวะเพดานโหว่ในเด็กนั้นต้องประเมินระบบทางเดินหายใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (Upper airway obstruction) จากสรีระที่ผิดปกติของภาวะเพดานโหว่ ว่ามีภาวะนี้หรือไม่ หากมี ศัลยแพทย์อาจต้องรอเพื่อให้ภาวะนี้ได้รับการแก้ไขหรือดีขึ้นเมื่อเด็กอายุมากขึ้น

2. ผู้ป่วยเด็กจะมี FRC น้อยกว่าผู้ใหญ่ จึงมีโอกาสเกิดภาวะ hypoxia ได้ง่ายและเร็วกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) ตามมา จึงควรเตรียม atropine ขนาด 0.1 mg./ml. ไว้ให้พร้อมใช้เสมอ และควรทำการ preoxygenation ด้วย ออกซิเจน 100% 6 LPM นานอย่างน้อย 5 นาที หรือให้นานที่สุด และควรมีเครื่องวัดออกซิเจนจากปลายนิ้ว (pulse oximetry) อย่างน้อย 2 เครื่อง เพื่อติดตามค่า SpO₂ อย่างใกล้ชิด

3. ผู้ป่วยเด็กควรรอให้ตื่นดี จึงทำการถอดท่อช่วยหายใจ และใส่ oral air way เพื่อป้องกันการกีดท่อช่วยหายใจซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ negative pressure pulmonary edema ได้

4. ควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่ ที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะ Malignant Hyperthermia เพื่อให้เกิดทักษะ และความชำนาญ

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติลักษณ์ จุลลัษเฐียร. (2560). ปัญหาจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. [cited 2017 March 12]. available from baby. haijai.com/. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : [http : www.th.theasianarent.com/2019-clft-lip-cleft-palate-1709](http://www.th.theasianarent.com/2019-clft-lip-cleft-palate-1709) (วันที่ค้นข้อมูล : 21 ตุลาคม 2565).
2. Heggie JE. (2012). Malignant hyperthermia: considerations for the general surgeon. Can J Surg; 45: 369-72.
3. Hoffman WY. (2013). cleft palate. In: Neligan PC, editor. Plastic surgery. Craniofacial, Head and Neck Surgery. 3. 3 ed: Elsevier saunders; 569 - 83.

4. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ ปรากฏพิทย ฉายยุทธ วลัยลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ (บรรณาธิการ). (2556). **สาระ**
หลักทางการแพทย์บาลศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วัฒนาการพิมพ์.
5. มลิวัลย์ ออฟูวงศ์. (2558). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
6. ทศนี ประสภกิตติคุณ. (2558). แนวคิดที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พรี่-วัน.
7. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ
Malignant Hyperthermia และผู้ป่วยที่มีอาการของ Malignant Hyperthermia. [ออนไลน์]. เข้าถึง
ได้จาก : https://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_bd479e522c104b06bb06dcfec8b3edcc.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล : 21ตุลาคม 2565).
8. นงลักษณ์ จินตนาติล. (2558). เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (หน้า 237-249). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พรี่-วัน.
9. อังภา ปรากฏรัตน์และคณะ. (2556). ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เอ-พลัส พรี่น.
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
10. เบญจมาศ พระธานี. (2557). ปากแห้งเพดานโหว่: ปัญหาทางการพูดและการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ.
(หน้า3-26). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2564). สถิติฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, พ.ศ.
2564

รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development Model of participation of network partners Health Action Plan Nong Hang Subdistrict Health Promoting Hospital, Kuchinarai District Kalasin Province

(Received: December 26,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ชิงชัย อัฐนาค¹

Chingchai Atthanak¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเข้าใจในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ และศึกษารูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent Samples t – test F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง ก่อน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือน โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

คำสำคัญ : แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ABSTRACT

This research was action research aimed to study comprehensive of Health Action Plan and studied Development Model of participation of network partners Health Action Plan Nong Hang Subdistrict Health Promoting Hospital, Kuchinarai District Kalasin Province. Sample size were 90 Network partners in Nong Hang Subdistrict, Kuchinarai District Kalasin Province. Data were collected by questionnaire and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent Samples t – test, dependent Samples t – test, F-test using Repeated Measurement techniques and content analysis.

The results of the study revealed that the understanding of the health action plan of network partners in Nong Hang Subdistrict, Kuchinarai District Kalasin Province during, before, after the workshop on developing a health action plan and after the workshop on developing a one-month health action plan overall and each aspect. There was a statistically significant difference at the .05 level, where the average score was higher after the 1-month health action plan development workshop.

Keywords : health action plan , Participation of network partners

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองห้าง

บทนำ

ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากระดับด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีภาระโรคเพิ่มขึ้นจากทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อจากเชื้ออุบัติใหม่ ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของระบบสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบไปด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพที่ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน¹

ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริม พัฒนา และธำรงสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป ระบบผู้ให้บริการ หรือกำลังคนเพียงพอ มีความรู้ มีสัดส่วนของความชำนาญที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย มีระบบการขนส่งที่ดี มีข้อบ่งชี้ในการใช้ ระบบการเงินการคลัง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ ระบบสารสนเทศ ความพร้อม และการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้ม

ความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึง เป็นธรรม และระบบอภีบาล ซึ่งเป็นการกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินการกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน และคาดการณ์ปัญหาในอนาคต²

แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบของการบริหารกลยุทธ์ เป็นการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติโดยอาศัยแผนปฏิบัติการเป็นเครื่องมือสำหรับใช้เป็นแนวปฏิบัติ ให้เป็นไปอย่างสอดคล้องประสานกันทั้งในแง่ทิศทางและจังหวะเวลา โดยเป็นการรวบรวมแผนปฏิบัติงานของแต่ละแผนงานในทุกระดับของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ภายใต้กรอบนโยบายระดับชาติ กระทรวง จังหวัด และปัญหาของพื้นที่³ เพื่อใช้เป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานตามกิจกรรม และมีกระบวนการในการติดตามประเมินผลงานให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ที่กำหนด เป็นเครื่องมือประสานแผนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานในระดับพื้นที่ และส่วนราชการอื่น เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพ ดังความปรากฏตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการให้องค์กรภาครัฐนำแนวคิดการบริหารกลยุทธ์มาใช้ เพื่อให้มีการกำหนดทิศทาง และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กร รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์^{4,5} โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการกำหนดปัญหาความต้องการในการขับเคลื่อนดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง⁶

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัด เพื่อกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนระบบ

สุขภาพของตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ และสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ไปอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁷ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน กันยายน 2565 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนตัวแทน อปท. อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายอื่น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 90 คน จาก 9 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนตัวแทน จำนวน 3 คน อปท. จำนวน 2 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 3 คน และภาคีเครือข่ายอื่น จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ การเตรียมวิทยากรกระบวนการ การเตรียมชุมชนในการจัดทำแผนชุมชน การประเมินศักยภาพของชุมชน การกำหนดวิสัยทัศน์ แนวทางและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาชุมชน การกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชน การกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมการพัฒนาชุมชน และการจัดเวทีประชาพิจารณ์แผนชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ⁸ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁹

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 ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) เท่ากับ .878

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูล ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนตัวแทน อปท. อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายอื่น
2. วิเคราะห์ ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. กำหนดรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ การเตรียมวิทยากร กระบวนการ การเตรียมชุมชนในการจัดทำแผนชุมชน การประเมินศักยภาพของชุมชน การกำหนดวิสัยทัศน์ แนวทางและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาชุมชน การกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชน การกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมการพัฒนาชุมชน และการจัดเวทีประชาพิจารณ์แผนชุมชน
4. ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วม

ของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ การเตรียมวิทยากร กระบวนการ การเตรียมชุมชนในการจัดทำแผนชุมชน การประเมินศักยภาพของชุมชน การกำหนดวิสัยทัศน์ แนวทางและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาชุมชน การกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชน การกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมการพัฒนาชุมชน และการจัดเวทีประชาพิจารณ์แผนชุมชน

5. เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนตัวแทน อปท. อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายอื่น หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ และหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือน

6. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{X}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ เปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยใช้ Dependent t - test เปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ และหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา

แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือน โดยใช้ F – test
ด้วยเทคนิค Repeated measurement

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรือ
ผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อความใน
แบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบใดๆและ
ตลอดเวลาที่ร่วมกิจกรรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วม
วิจัยได้แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่
ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
ทั้งนี้การวิจัยเป็นไปตามรูปแบบที่ของคณะกรรมการ
จริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้าน
สุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุ
ฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนประชุมเชิง
ปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ
โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลัง
ประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ
ด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปาน

กลาง และหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา
แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพและหลังประชุมเชิง
ปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1
เดือนโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

2. รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้าน
สุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุ
ฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1
การเตรียมวิทยากรกระบวนการ ขั้นตอนที่ 2 เตรียม
ความพร้อมชุมชน ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการจัดเวที
ประชาคมแผนชุมชน ขั้นตอนที่ 4 การกำหนด
แผนงาน โครงการ กิจกรรมการพัฒนาชุมชน และ
ขั้นตอนที่ 5 การจัดเวทีบูรณาการแผนชุมชน

3. ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้าน
สุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุ
ฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังประชุมเชิง
ปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ

3.1 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับ
แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายใน
ตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ระหว่าง ก่อน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา
แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ

ตาราง 4.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบล
หนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการ
พัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p- value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
วิทยากร	3.15	0.22	3.31	0.24	89	-5.838	.000	-.21445	-.10555
ชุมชน	3.10	0.33	3.31	0.32	89	-5.834	.000	-.28301	-.13921
ศักยภาพ	3.10	0.32	3.29	0.33	89	-5.636	.000	-.24797	-.11870
วิสัยทัศน์	3.11	0.41	3.35	0.40	89	-5.804	.000	-.32216	-.15784
ยุทธศาสตร์	3.14	0.36	3.31	0.37	89	-5.366	.000	-.22331	-.10262
แผนงาน	3.11	0.30	3.32	0.32	89	-5.985	.000	-.27379	-.13732
เวที	3.07	0.39	3.36	0.41	89	-5.712	.000	-.38938	-.18840
รวม	3.10	0.33	3.36	0.41	89	-8.172	.000	-.25784	-.15697

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อน (t มีค่าเป็นลบ)

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง ก่อน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง ก่อน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือน

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
วิทยากร	.302	105.245	2	.000	.589	.592	.500
ชุมชน	.405	79.585	2	.000	.627	.632	.500
ศักยภาพ	.393	82.211	2	.000	.622	.627	.500
วิสัยทัศน์	.504	60.334	2	.000	.668	.675	.500
ยุทธศาสตร์	.847	14.663	2	.001	.867	.883	.500
แผนงาน	.800	19.598	2	.000	.834	.848	.500
เวที	.631	40.548	2	.000	.730	.739	.500
รวม	.243	124.614	2	.000	.569	.572	.500

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง ก่อน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ และหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ ด้านสุขภาพ 1 เดือน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายใน

ตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงได้จัดทำรูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนกลุ่ม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย^{10,11,12} โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้างอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมวิทยากรกระบวนการ ขั้นตอนที่ 2 เตรียมความพร้อมชุมชน ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการจัดเวทีประชาคมแผนชุมชน ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมการพัฒนาชุมชน และขั้นตอนที่ 5 การจัด

เวทีบูรณาการแผนชุมชน ส่งผลให้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้างอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง ก่อน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือนโดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และหลังประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 1 เดือนโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของประภาส อนันตา และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2556: 9-18) ศึกษาแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลแผนเชิงยุทธศาสตร์หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย พบว่า แบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการวางแผน เป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ (2) ขั้นตอนการนำแผนไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้แก่ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำโครงการต่างๆ ผู้มีหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผล ผู้มีหน้าที่ปรับปรุงมาตรฐานขององค์กร บุคคลเหล่านี้จะต้องเข้าใจเรื่องแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการอย่างถ่องแท้ เพราะคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานย่อมขึ้นอยู่กับระดับของความรู้ความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงาน (3) ขั้นตอนการติดตามประเมินผล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการประเมินผลโดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์องค์กร (Results) และ (4) ขั้นตอนปรับมาตรฐาน เป็นขั้นตอนที่ควรกำหนดให้มีคณะทำงานเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และการ

ประเมินผลการปฏิบัติราชการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า ผลการปฏิบัติราชการโดยรวมอยู่ในระดับดีมากและดี คิดเป็นร้อยละ 85.29 (29 ตัวชี้วัด) หรือระดับคะแนน 4.26 คะแนน และสอดคล้องกับการศึกษาของณิชาภา ยนจอหอ และคณะ (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติและผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล อยู่ในระดับมาก การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาล ($r=.61, p<.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ(2562) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า ผลการวิจัยพบว่า 1) แบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย หลักการวัตถุประสงค์กระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยเอื้อและสนับสนุน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้น (PDMI model) ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การนำกลยุทธ์ ไปปฏิบัติ(3) การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลและ (4) การปรับปรุง และสะท้อนผล ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.68, SD = 0.64$) และ 2) ผลการประเมินตัวชี้วัดรอบ 12 เดือนพบว่า ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับคะแนน 4 และ 5 โดยรวม (85.29%) เมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ และการบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล ระดับคะแนน 5 (100.00%) รองลงมา คือ บริการเป็นเลิศ (62.50%) และการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (60.00%)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายในตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรมีการกำหนด ขั้นตอนในการพัฒนาดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมวิทยากรกระบวนการ เพื่อให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เกิดประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมความพร้อมชุมชน เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชน กลุ่มแกนนำชุมชน องค์กรชุมชนในแต่ละชุมชน ให้มีความเข้าใจใน แนวความคิด กระบวนทัศน์ และกระบวนการจัดทำ แผนชุมชน บทบาทความรับผิดชอบของฝ่ายต่างๆ ตลอดจนการสร้างความรู้ความผูกพันและการค้นหาบุคคลที่ อาสาเป็นกลุ่มแกนในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการจัดเวทีประชาคมแผน ชุมชน เพื่อให้ประชาชนทั้งชุมชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ ได้มาร่วมกันพิจารณา ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการนำไปสู่ การปฏิบัติ รวมทั้งให้ความเห็นชอบ และร่วมมือกัน

ส่งเสริมสนับสนุนแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมใน แผนชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมการพัฒนาชุมชน เพื่อเป็นการร่วมกันกำหนด แผนงาน โครงการ กิจกรรมที่เหมาะสม เป็นไปได้และ สอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและกลยุทธ์ที่วางไว้ เพื่อสานต่อ เสริมสร้าง สิ่งที่ชุมชนทำได้ดียอยู่แล้วให้ ดียิ่งขึ้น หรือเพื่อบรรเทาข้อจำกัดและแก้ไขปัญหาใน ด้านต่าง ๆ ของชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การจัดเวทีบูรณาการแผนชุมชน เพื่อให้ชุมชน เทศบาล และหน่วยงานภาครัฐ ได้มา ร่วมกันพิจารณาความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ของการนำไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งให้ความเห็นชอบ และร่วมมือกันส่งเสริมสนับสนุนแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมในแผนชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการดำเนินงานจากแผนชุมชนที่ เกิดขึ้น ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อทราบถึง ประสิทธิภาพของแผนชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2010. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services.
2. World Health Organization. 2007. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for action. Geneva, WHO, 2007.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองกองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
4. นิชาภา ยนจอหอ, นงลักษณ์ จินตนาติลก และสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการนำแผน กลยุทธ์ไปปฏิบัติกับผลการดำเนินงานขององค์กรการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 12 (2), 127-135.
5. บุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์, ปิติ ทั้งไพศาล และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 15 (2), 24-32.
6. Donev, D., Pavlekovic, G. & Kragelj, L. Z. (2007). Health Promotion and Disease Prevention. Germany: Hans Jacobs Publishing Company.
7. Kemis, S., McTaggart, R. (1992). The action research planner. 3rd ed. Geelong Australia: Deakin University Press.

8. บุญชม ศรีสะอาด. (2556). วิธีการทางสถิติส ำหรับการวิจัย เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น
9. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall
10. Lewin, K. Principles of psychology typology. New York: McGraw-Hill, 1936.
11. จุฬารณ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2554).การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) กั บ
การบริหารราชการสมัยใหม่. (ระบบออนไลน์)แหล่งที่มา
<http://www.thailocaladmin.go.th/work/km/home/kmstory2.htm>
13. ประภาส อนันตา และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2555) รูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติและประเมินผล
แผนเชิงยุทธศาสตร์หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารสำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 21(1) 9-18

ผลการติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการพัฒนาระบบเดมยา เพื่อนำส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน
ในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

The results of follow – up care of hypertension patient by developing a drug dosing
system to deliver medicines to patients at home In the situation to prevent the spread
of COVID-19 Kantharawichai Hospital, Mahasarakham, Province

(Received: December 24,2022 ; Revised: December 30 ; Accepted: December 31,2022)

สุรณี วงศ์กระบกถาวร¹

Suranee Wongkrabakthaworn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเดมยาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ด้วยการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเจาะจงจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้ให้บริการ (7 คน) ภาคประชาชน (130 คน) และกลุ่มสหวิชาชีพ (7 คน) รวมทั้งสิ้น 144 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมินการมีส่วนร่วม และแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาระบบบริการ เก็บรวบรวมโดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน มกราคม 2565 – มีนาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาระบบเดมยาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม การจัดระบบการให้บริการ โดยวิเคราะห์การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบบริการความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ที่ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นให้เกิดความสมบูรณ์และพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาระบบบริการในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการมีส่วนร่วมจากทีมบริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้รับการที่มีคุณภาพเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท มีประสิทธิภาพมากขึ้น กระบวนการพัฒนาระบบบริการครั้งนี้ เป็นผลสำเร็จจากการปรับพัฒนาระบบบริการในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เน้นกระบวนการกิจกรรมที่ครบวงจรทั้งระบบ เน้นการทำงานแบบเชื่อมโยงมีส่วนร่วมกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนที่ดีของหน่วยบริการและทีมผู้ดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ

คำสำคัญ: ระบบเดมยา, โรคโควิด-19, ความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This practical research aims to develop a drug filling system of the care of hypertension patients in the situation to prevent the spread of COVID-19 in Kantharawichai Hospital, Mahasarakham Province participate in research Choose specific 3 groups consisting of Management group 7 people People's sector 130 people Multidisciplinary team of 7 people total of 144 people

¹เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

Collect data using a participant observation form. interview form questionnaire Participation assessment form and the satisfaction assessment form for the development of service systems collected by interviewing samples. Between January- March 2022 Data were analyzed using descriptive statistics. including percentage average standard deviation Min- Max analyzing the content of the data

The results of the research found that Development of a drug filling system of the care of hypertension patients in the situation to prevent the spread of COVID-19 in Kantharawichai Hospital, service system organization by analyzing the operation according to the development process of clinic service system Hypertension with a new and revolutionary new path to perfection and continuous development. Action plan to develop service system new high blood pressure It is the development of a new service system. by participation from the management team, multidisciplinary team, community leaders, village health volunteers, patients Development of the Service system New normal of clinic High blood pressure Kantharawichai Hospital

In summary This service system development process It is a successful result of development. Development of the Service system New normal Emphasis on the process of activities that are integrated into the whole system Emphasis on working in connection with community participation.

Key Words: drug filling system, COVID-19, high blood pressure

บทนำ

ในต้นปี พ.ศ.2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ โรคโควิด - 19 (Coronavirus disease 2019; COVID-19) ได้ ทั่วโลก มีความรุนแรงและขยายวงกว้าง มีประชาชนจำนวนมาก ติดเชื้อ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็น "การระบาดใหญ่" หลังจากเชื้อลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก¹ โดยเชื้อไวรัสสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ ผ่านทางการไอ จาม สัมผัส น้ำมูก น้ำลายที่มีเชื้อโรคเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยมักมีอาการแสดง คือ มีไข้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอจาม มีน้ำมูก เหนื่อย หอบ และมีประวัติเดินทางมาจากเมืองที่มีการประกาศเป็นพื้นที่ระบาด ภายใน 14 วันก่อนเริ่มมีอาการป่วย² ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคหรือวัคซีนป้องกันโดยเฉพาะ จึงรักษาโรคตามอาการเป็นหลัก³ ส่วนมาตรการป้องกันโรคที่สำคัญ คือ มาตรการ

ระยะทางสังคม (Social distancing) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าสามารถลดการติดเชื้อไวรัสของคนในสังคมได้⁴

การรักษาระยะทางสังคม คือ การสร้างระยะห่างระหว่างบุคคลในสังคม รวมถึงการลดการออกจากที่อยู่อาศัยโดยไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้ขนส่งสาธารณะ การไม่เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น และการทำงานอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้การรักษา ระยะทาง สังคมจะช่วยลดอัตราการแพร่ระบาดของไวรัสจากคน สู่คนได้⁵ ในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส การทำกิจกรรมหรือการไปยังบริเวณที่มีคนจำนวนมาก จึงมีความเสี่ยงที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยเฉพาะ การมารับบริการที่โรงพยาบาลของ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ยิ่งมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น โดย ถ้าหากผู้ป่วยได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โอกาสที่ผู้ป่วยรายนั้นจะมีอาการรุนแรงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สาย

พันธุ์ใหม่ 2019 ได้สูงขึ้น ดังนั้นการลดจำนวนและความถี่ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จึงเป็นมาตรการหนึ่งซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสลงได้จากสภาพปัญหาดังกล่าวกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกันทรวิชัย จึงได้ มีแนวคิดริเริ่มการพัฒนาระบบให้บริการเพื่อลดความแออัดในการรับบริการในโรงพยาบาล โดยกรมการแพทย์ได้เสนอแนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาล เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยแนะนำให้ใช้กระบวนการเติมยา (Drug refilled) สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี โดยช่องทางการเติมยาหรือกระจายยาสามารถพิจารณาดำเนินการตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เช่น การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ การรับยาที่ร้านยาเครือข่าย การจัดส่งโดยบุคลากร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ช่องทางการเติมยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งศึกษาได้ สำนวจความ ต้องการช่องทางการเติมยารูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สะดวกและช่วยประหยัดเวลา ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รอรับยาได้⁸

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาระบบเติมยาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เป็นการปรับพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก คือ (1) ด้านบุคลากร อัตรากำลังทีมสหสาขาวิชาชีพที่เพียงพอ (2) ด้านผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงบริการมารับบริการตรวจตามนัด (3) ด้านทรัพยากร เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และเครื่องวัดความดันโลหิตสูงที่เพียงพอ (4) ด้านงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณ ยังใช้ระบบการจัดสรรต่อ

หัวประชากรของแต่ละพื้นที่ (5) ด้านนโยบาย มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทุกปี การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติได้ชัดเจน (6) ด้านการดำเนินงาน การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมการวางระบบบริการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการให้สามารถเข้าถึงบริการ ขั้นตอนการรับบริการมีขั้นตอนระบบบริการที่ชัดเจนต่อเนื่อง มีการบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น การส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ดูแลในชุมชนทราบข้อมูลผู้ป่วย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบเติมยาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Practical Action Research) ซึ่งประยุกต์แนวคิดพื้นฐาน Kemmis and MC Taggart (1988)⁹ ในลักษณะเป็นวงรอบตาม 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการวิเคราะห์ปัญหาสภาพบริบท สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้คือบุคลากรโรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 7 คน ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 121 คน ความดันโลหิตสูงจำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มทีมบริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งข้อมูลออกเป็น 4 ด้าน คือ 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ในการศึกษาบริบท สภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนาระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 2) แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับผู้บริหาร และทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 3) ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทาง

ประชากร ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ โดยการศึกษาข้อมูลงานวิจัย ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย ศึกษาข้อมูลบริบทในพื้นที่ จัดทำโครงร่างการวิจัย ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน กำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่าง และ จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานและเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ คือ การดำเนินการวิจัยตามแผนปฏิบัติการตามแนวความคิดของ Kemmis and MC Taggart (1988) 4 ขั้นตอนหลักได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) คือ การศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชนและการให้บริการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กำหนดแผนการดำเนินงานโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมและกำหนดองค์ประกอบบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการ การกำหนดบุคคลในการขับเคลื่อนการทำงานในเขตโรงพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเข้าร่วมวางแผน ประกอบด้วยกลุ่มทีมบริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิต โรงพยาบาลกันทรวิชัย (2) การปฏิบัติตามแผน (Action) คือ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการและติดตามการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ให้บริการและมีการกำกับติดตามร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมสหวิชาชีพร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (3) การสังเกตผล (Observation)

คือ การประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ การติดตามนิเทศงาน ประเมินผลการดำเนินงาน และการบันทึกข้อมูล การสังเกต การมีส่วนร่วม สรุปผล โดยมีทีมผู้วิจัยจะทำการบันทึกการ ดำเนินการและกิจกรรม (4) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัย เปิดโอกาสให้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (5) การสะท้อนผล (Reflection) คือสรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ สะท้อนปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ จัดประชุมเชิง ปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอด บทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข กลับคืนข้อมูล ผลการดำเนินงานและข้อค้นพบคืนสู่ผู้เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการดำเนินการในครั้งต่อไป โดยมีผู้เข้าร่วมกลุ่มทีมบริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสรุปผล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจาก แบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจง ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรือ ผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดเวลาที่ร่วม กิจกรรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดง ความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ การวิจัยเป็นไปตาม รูปแบบที่ของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กำหนด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 21 คน ประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน 9 คน และ อาสาสมัคร 12 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.9 และ เพศหญิง ร้อยละ 57.1 ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ <

40 ปี ร้อยละ 38.1 มีอายุเฉลี่ย 44.62 อายุน้อย ที่สุดคือ 25 ปี อายุมากที่สุดคือ 68 ปี ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส คือสถานภาพคู่ ร้อยละ 90.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 28.6 เป็นผู้นำชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมากกว่า 5 ปี ขึ้นไปมากถึงร้อยละ 38.5 รองลงมาทำงานเท่ากับ 1 ปี ร้อยละ 28.6 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.4 รายได้ น้อยที่สุด คือ 1,200 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุด คือ 20,000 บาทต่อเดือน

2.การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน สถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเป็นแบบประเมินการมีส่วนร่วมใน การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 แบบประเมินแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3. การมีส่วนร่วมใน การรับผลประโยชน์และ 4. การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในการดูแล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (ร้อยละ)
มาก (เฉลี่ย 2.34-3.00)	13 (32.5)
ปานกลาง (เฉลี่ย 1.67-2.33)	17 (42.5)
น้อย (เฉลี่ย 1.00-1.66)	10 (25.0)
(Mean = 2.08, S.D.= 0.53 , Min = 1.10 , Max = 3.00)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจ ก่อนและหลังในการเข้ารับบริการระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n=79)			หลังการพัฒนา (n=79)		
	x	SD	ระดับ	x	SD	ระดับ
1.มีความพึงพอใจในการดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	2.42	0.37	มาก	2.48	0.29	มาก
2.พึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคลินิกความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	2.29	0.64	ปานกลาง	2.69	0.27	มาก
3.ท่านมีความมั่นใจและพึงพอใจในการรับบริการลดการแออัด	2.40	0.39	มาก	2.67	0.20	มาก
4.มีความพึงพอใจต่อการลดระยะเวลาการรอคอย	2.24	0.54	ปานกลาง	2.62	0.30	มาก
5.การเข้าถึงบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น ไม่ยุ่งยาก	2.19	0.51	ปานกลาง	2.66	0.28	มาก

จากตาราง พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจการพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีความพึงพอใจ ในการดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 S.D=0.37 รองลงมา คือ มีความมั่นใจและพึงพอใจในการรับบริการลดการแออัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 S.D=0.39 และมีความพึงพอใจการเข้าถึงบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น ไม่ยุ่งยาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 S.D=0.51 และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ พึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนากระบวนการเติมยาคลินิกความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 S.D=0.27 รองลงมา คือ ท่านมีความมั่นใจและพึงพอใจในการรับบริการลดการแออัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 S.D=0.20 และมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีความพึงพอใจในการดำเนินการตามมาตรฐานการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 S.D=0.29

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การถอดบทเรียนโดยกระบวนการ After Action Review (AAR) การวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถสะท้อนผล ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมเครือข่ายและความร่วมมือประกอบด้วยทีมบริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีคณะทำงานและแบ่งหน้าที่ชัดเจน

3.2 มีการดำเนินงานภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผลและขั้นสะท้อนผลข้อมูลกลับสู่เป้าหมายและชุมชนอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมมีเครือข่ายผู้นำชุมชนและ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความมุ่งมั่นและเข้มแข็งทำให้ร่วมกันแก้ปัญหา และเกิด CPGเพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการต่อไป

4. อุปสรรคในการดำเนินการครั้งนี้ ปัญหาที่พบ คือ จากข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ไม่สามารถประเมินการเข้ายาในผู้ป่วยได้ทุกราย บางรายไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และไม่สามารถทำการบริหารทางเภสัชกรรมได้เต็มรูปแบบ ปัญหาการเข้ายาอาจไม่ได้รับการประเมินและแก้ไขได้ตรงจุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีจุดมุ่งหมาย เพื่อพัฒนาระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและทีมสหวิชาชีพ พบว่า การมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กมล สุดประเสริฐ (2540) ¹⁰ ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ว่ามาจากความเชื่อดังนี้ เชื่อว่า PAR เป็นกระบวนการที่เอนเอียงไปทางประชาธิปไตย เพราะ PAR เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน และ เชื่อว่า PAR ทำให้คนต้องพัฒนาตนเอง และ PAR เกิดจากประชาชนต้องการแสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการศึกษาพฤติกรรมกับความปกติใหม่ของ บดินทร์ ชาศะเวที (2020) ¹¹ นักวิทยาศาสตร์สุขภาพคณะกรรมการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่แสดงให้เห็นว่าความเป็นปกติใหม่ หรือ New Normal เป็น

รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต กำลังกลายเป็นวิวัฒนาการใหม่ของสังคมมนุษย์ รวมถึงการดูแลผู้ป่วย สุรัตนา ทศนุตและคณะ (2559) ¹² ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การศึกษาทั้ง 6 องค์ประกอบ ในด้านทรัพยากรและนโยบายของชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายการดูแล และการติดตามประเมินผล และการประเมินความครอบคลุมให้มีประสิทธิภาพของการบริการ ทิพพา วดี สืบบุญการณและคณะ ¹³ ได้ทำการวิจัยเรื่อง การประเมินความครอบคลุม อย่างมีประสิทธิภาพของบริการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคเบาหวาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย และการพัฒนาระบบบริการ พุทธิดา จันทรดอนแดง (2556) ¹⁴ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบบริการคลินิก ความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การปฏิบัติการตามแผน (action) กิจกรรมการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ตามระบบบริการ เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การวางแผนในรูปแบบใหม่ จากการดำเนินการงานการพัฒนาระบบบริการคลินิกความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (planning) การปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) โดยมีรูปแบบการพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และกระบวนการพัฒนาปรับปรุงแบบระบบบริการ (Re – design service system)

นี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO -6 building blocks) โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. มีการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเป็นกลุ่มที่มีการจัดส่งยาไปให้ที่บ้าน เป็นการสื่อสารให้แสดงถึงกลุ่มที่มีการควบคุมโรคได้ดี ด้วยการใส่ใจห่วงใยดูแลให้บริการติดตามดูแลที่บ้าน

2. Service Delivery โดยใช้หลักการสนับสนุนให้ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยทำ Self – monitoring ในกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้และมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ตรวจวัดสัญญาณชีพได้ด้วยตัวเอง พร้อมทั้งมีการรายงานผลกลับมายังเจ้าหน้าที่ รพ. ได้โดยการใช้เทคโนโลยีผ่านระบบไลน์ เช่น การ ตรวจวัดระดับความดันโลหิตสูง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลสุขภาพส่งผ่านผู้ดูแล

3. ปรับระบบบริการที่มีบุคคลากรปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบงานในส่วนของคลินิกหมอครอบครัว เพื่อออกไปติดตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่ที่มีการติดตามดูแลแบบ chronic care, Long term care แบบครบวงจร สำหรับกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ออกติดตามดูแลโดยเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้าน

4. มีการปรับระบบสารสนเทศหรือใช้ระบบสารสนเทศ เพื่อช่วยในการสื่อสารข้อมูล-ก่อนและหลังสำหรับผู้รับบริการและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก โดยใช้หลักการสนับสนุนให้ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยทำ Self – monitoring ในกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้และประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ตรวจวัดสัญญาณชีพได้ด้วยตัวเอง พร้อมทั้งมีการรายงานผลกลับมายังเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้โดยการใช้เทคโนโลยีผ่านระบบไลน์ ในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุจะมี อสม. ที่มีหน้าที่ติดตามดูแลในการรายงานผลกลับมายังเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

5. รพ. มีการจัดให้มีการปรับระบบคลังยาโดยการปรับปรุงระบบการนำส่งยาจาก รพ.แม่ข่ายเป็นการเพิ่มจำนวนรอบในการนำส่งยามายัง รพ.สต. และ

การส่งมอบยาที่เหมาะสมโดยการกำกับติดตามร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ควบคุมกำกับคุณภาพยาเฝ้าระวังไม่ให้ยาโดนแสงแดดปรับปรุงโดยการนำยาใส่กล่องที่ปิดมิดชิดในการนำส่ง กำกับตรวจเช็คยาก่อนการนำส่ง และใช้ระบบการเติมยาในชุมชน เพื่อลดการแออัดและเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อในการเข้ารับบริการ

6. การอภิบาลระบบ มีการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรม มีความโปร่งใส ผลจากการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อเป็นโมเดลรูปแบบการให้การพัฒนาระบบการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ให้แก่เครือข่ายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายในอำเภอสามารถนำรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ไปจัดให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังต่อไปได้ และควรมีระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมาตรการลดการสัมผัสเชื้อที่ชัดเจนและปลอดภัย ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น โดยการปรับปรุงการออกบัตรนัดกำกับเวลาที่ต้องเข้ารับบริการในช่วงเวลานัดที่มีระยะเวลาห่างกันออกไป โดยไม่ต้องนัดมาพร้อมกันเพื่อลดการแออัด และเวลาผู้รับบริการเดินทางมาถึงก็จะได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้นลดระยะเวลาการรอคอย

การนำการพัฒนากระบวนการเติมยาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มาจัดทำเป็นรูปแบบในการพัฒนางานแบบบูรณาการได้ในเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระบบบริการ Long Term Care

เอกสารอ้างอิง

1. Wittawassamrankul R. Assessment of mail service pharmacy for outpatients with chronic diseases at Lerdsin hospital [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2003.
2. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;76:71-6.
3. Manmana S, Iamsirithaworn S, Uttayamakul S. Coronavirus Disease-19 (COVID-19). *bamras J*. 2020;14(2):E1-10.
4. Cunningham AC, Goh HP, Koh D. Treatment of COVID-19: old tricks for new challenges. *Crit Care* 2020;24(1):91.
5. Ahmed F, Zviedrite N, Uzicanin A. Effectiveness of workplace social distancing measures in reducing influenza transmission: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):518.
6. Fong MW, Gao H, Wong JY, Xiao J, Shiu EYC, Ryu S, Cowling BJ. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings-social distancing measures. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(5): 976-84.
7. Thananithisak C, Thadee S, Angkabsuwan S, Pongvilairut M, Dhippayom T. Survey of Preference for Prescription Refilling Options in Patients with Chronic Diseases. *Thai J Pharm Prac* 2019;11(3):504-14.
8. Wittawassamrankul R. Assessment of mail service pharmacy for outpatients with chronic diseases at Lerdsin hospital [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2003.
9. Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). The action research planner. Deakin Univ: Retrieved from https://books.google.co.th/books/about/The_Action_Research_Planner.html?id=PVXFAAAACAAJ&redir_esc=y.
10. กมล สดประเสริฐ. (2528). แนวคิดในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงเรียน. *วิจัยสนเทศ*, 4, 1-4.
11. บดินทร์ ชาดะเวที. (2564). พฤติกรรมกับชีวิตวิถีใหม่: New Normal. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=258>. [วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564].
12. สุรัตนา ทศนุต และคณะ. (2559). การศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(2), 29-40.
13. ทิพพาวดี สืบบุญการณ และคณะ. (2560). การประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของบริการป้องกันควบคุม และรักษาโรคเบาหวาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.).
14. พุทธิดา จันทร์ดอนแดง. (2556). การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา Nursing care of end-stage renal disease patients receiving palliative care: a case study

(Received: December 26,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

วัลลภา ทองศรี¹

Mrs.Wallapa Thongsri¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

กรณีศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ตรวจพบโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 3 ปี บำบัดด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกวันที่ 13 มิถุนายน 2565 ด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม โดยพยาบาลประเมิน คัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน แพทย์วินิจฉัย มีภาวะน้ำเกิน ร่วมกับภาวะเลือดจาง หลังได้รับการตรวจรักษา แพทย์ให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ประสานการส่งต่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ได้ติดตามผู้ป่วยในขณะที่นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านรวมอยู่โรงพยาบาล 3 วัน แพทย์นัดติดตามผลการรักษาที่ห้องผู้ป่วยนอก และได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบประคับประคอง, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ภาวะน้ำเกิน, การล้างไตทางช่องท้อง

Abstract

This study aimed to study the nursing care of end-stage renal disease patients receiving palliative care.

Case study: A case study of a 48-year-old Thai man who refused to smoke and drink alcohol. He was diagnosed with end-stage renal disease for about 3 years. He was treated by peritoneal dialysis. The patient was admitted to the outpatient department on 13 June 2022 with severe abdominal pain for 3 hours before going to the hospital. Nursing process in patient care used in the pre-medical examination, during the medical examination, and after the medical examination for a quick medical examination and appropriate treatment. The nurses assessed, screened, took history and physical examination of the patient. Patient was tired, could not lie down and had tissue hypoxia. The doctor diagnosed that the patient had volume overload with anemia. After medical examination, the doctor decided that the patient needs to be admitted to the hospital in the internal medicine ward. The medical team coordinated for patient admission and followed up the patient during admission. The patient is safe without complications. The patient was discharged, including a hospital admission of 10

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเนิน

days. The doctor made a follow-up appointment at the outpatient room and the patient was received continuation of palliative care

Keywords: Palliative care, end stage renal disease, volume overload, peritoneal dialysis

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย นับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั้งในประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ปัจจัยส่งเสริมส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการมีโรคร่วมโดยเฉพาะจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การมีอายุที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยส่งเสริมจากกระบวนการชราภาพที่มีผลต่อความเสื่อมของไตและการทำงานของไตที่ลดลง ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โดยต้องเผชิญกับอาการบวมและภาวะแทรกซ้อนจากโรคยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ไม่ว่าจะเป็นอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ภาวะหายใจหอบ ภาวะน้ำเกิน ภาวะเซื่องซึม อาการปวดกล้ามเนื้อและเป็นตะคริว อาการปากแห้ง นอนไม่หลับ ภาวะท้องผูก อาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย^{1,2} ประกอบด้วย 1) การบำบัดทดแทนไต และ 2) การรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าและอาการจะรุนแรงมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต จะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย หากแต่ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลับมีข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถเลือกวิธีการรักษานี้ได้ เช่น ข้อจำกัดเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกายทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การมีโรคร่วมหลายโรค ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การขาดผู้ดูแล การอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทำให้มีอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา^{1,3}

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย โดยเป้าหมายของการรักษาคือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวายพยายามคงสภาพการทำงานของไตในส่วนที่เหลือ

ดูแลสภาพจิตใจและสภาวะทางสังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีช่วงสุดท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพ รวมถึงการดูแลระดับประคองสภาพจิตใจคนในครอบครัวและผู้ดูแล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองจะเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญ การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาและการควบคุมอาหารและน้ำ โดยการให้การรักษาแบบประคับประคองจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกรพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์นักโภชนาการ เป็นต้น การรักษาแบบประคับประคองนี้จะเป็นการตัดสินใจและการวางแผนเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษา⁴⁻⁷

โรงพยาบาลสูงเนิน จากสถิติการให้บริการปี พ.ศ. 2562-2564 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 252 ราย, 325 ราย และ 344 ราย เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 ราย, 26 ราย และ 21 ราย ตามลำดับ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จึงศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ด้วยอาการ ปวดจุกแน่นท้อง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นท้อง ไม่มีคลื่นไส้

อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายเหลว ต้องนอนหนุนหมอน 1 ใบ 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดท้องเพิ่มขึ้น หายใจไม่อิ่ม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เคยประสบอุบัติเหตุปี 2540 มีอาการขาสองข้างอ่อนแรง ตรวจพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อปี 2562 ครั้งนั้นมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนทางไต แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการวางสายหน้าท้องเพื่อการล้างไตทางช่องท้อง มาตรวจรักษาตามนัดสม่ำเสมอ ประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลล่าสุด เดือนมีนาคม ด้วยภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

การตรวจร่างกาย : ชายไทย รูปร่างผอม ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง นอนราบไม่ได้ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส

อัตราการหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 141/64 มิลลิเมตรปรอท บวมบริเวณหน้าตา 2 ข้าง ฟังเสียงปอดมีเสียง crepitation ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง วัด O₂ saturation 97% ฟังเสียงหัวใจ เต้นแรงสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และเปลี่ยนทุก 1 เดือน

ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray : วันที่ 13

มิถุนายน 2565 ผล pleural effusion both lung

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 12,100 cell/cu.m.m, Neutrophil 98%, Biochemistry Na 134 mmol/L, K 6.6 mmol/L, Cl 114 mmol/L, CO₂ 20 mmol/L

ประเมิน PPS score=50%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ปวดจุกแน่นท้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย ทุเลาปวดจุก แน่นท้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการ อาการแสดง ตลอดจนสัญญาณชีพของผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการผิดปกติ 2. ดูแลให้ผู้ปวยนอนพักบนเตียงระหว่างรอตรวจ จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อลดอาการปวดท้อง 3. ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง หายใจไม่อิ่ม ดูแลหนุนหมอนให้อีก 1 ใบ และวัด O ₂ saturation 4. ให้ผู้ป่วยนอนพัก รบกวนตามความจำเป็น จัดลำดับคิวในการตรวจให้ได้รับการตรวจรักษาเร่งด่วน การประเมินผล ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อาการปวดจุกแน่นท้องลดลง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 20 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 14/64 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงขณะรอตรวจ วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการใกล้ชิด ไม่เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดให้ผู้ปวยนอนบนเปลรอตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียมรถ Emergency ให้ใกล้และพร้อมใช้ 2. คัดกรองและดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที 3. จัดพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ปวยเฝ้าระวังดูแล โดย ประเมินด้วยสายตาบ่อยๆ ทุก 5-10 นาที ประเมินด้วยสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. อธิบายและแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อยหอบ ปวดจุกท้องมากขึ้น เหนื่อยออก ตัวเย็น เป็นต้น 5. ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเร่งด่วนก่อนพบแพทย์ การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที ไม่มีอาการทรุดลงขณะตรวจ
การพยาบาลระยะขณะตรวจ 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อย จากภาวะน้ำเกิน วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน	กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกตอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เพราะอาการแสดงของอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แสดงถึงภาวะน้ำเกินจากน้ำท่วมปอดและหัวใจวายได้ 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ O₂saturation ที่ปลายนิ้ว 3. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง หนุนหมอนให้อีก เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด 4. แนะนำจำกัดอาหารเค็ม เช่น อาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง และอาหารแปรรูป เป็นต้น เพราะถ้ารับประทานอาหารเค็มจะทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำอวัยวะต่างๆ ทำให้แขนขาบวมเหนื่อยง่ายและภาวะหัวใจวายตามมาได้ 5. ส่งตรวจ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Creatinine, Electrolyte เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบลดลง ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน O₂saturation 98%
2. ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperkalemia วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลย้ายผู้ป่วยไปห้องสังเกตอาการ 2. ประเมินความรู้สึกตัว อาการสับสน ซึม ชัก ติดตามสัญญาณชีพในระยะที่สัญญาณชีพไม่คงที่ ทุก 10-15 นาที ในระยะที่สัญญาณชีพคงที่ตรวจวัดทุก 1 ชั่วโมง 3. ดูแลให้รับประทานยา kalimate 30 กรัม + น้ำ 50 ซีซี เพื่อแก้ไขภาวะ Hyperkalemia 4. ประเมินการเต้นของหัวใจ โดยทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และรายงานแพทย์ทราบ การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น EKG ปกติ K จาก 6.6 ลดลงเหลือ 4.47 mmol/L
3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวอาการทรุดหนัก วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร 2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง 3. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด 4. วางแผนการพยาบาล เพื่อประคับประคองผู้ป่วยอธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล 5. ตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อย ๆ การประเมินผล หลังได้รับคำอธิบาย ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใสขึ้น
4. แผลกดทับติดเชื้อ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินแผลกดทับร่วมกับแพทย์ 2. ดูแลทำแผลด้วยวิธีปราศจากเชื้อ และเก็บเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งที่แผล 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm iv โดยประสานงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4. แนะนำญาติให้สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของผู้ป่วย หากขับถ่ายให้ดูแลเช็ดทำความสะอาดผิวหนังและเปลี่ยนแผ่นรองซับทันทีหลังการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที 5. แนะนำญาติพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย กำหนดเวลาการเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงอย่างน้อยอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการกดทับและช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น ลดการลุกลามของแผลกดทับ และบันทึกลักษณะความผิดปกติของผิวหนัง 6. ประเมิน Braden Scale ของผู้ป่วยใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนการดูแล การประเมินผล แผลกดทับขนาด 3x4 เซนติเมตร และมีเนื้อตายปกคลุมบางส่วน ประเมิน Braden Scale 13 คะแนน มีความเสี่ยงสูง (High risk)
การพยาบาลระยะหลังตรวจ 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้น ๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย มีภาวะน้ำเกิน ร่วมกับติดเชื้อที่แผลกดทับ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน 3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย และให้คำแนะนำ 4. ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ 5. ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน 2. ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา คือ 0.9%NSS 1000 ml iv drip 40 ml/hr. 3. ให้ออกซิเจนทาง canular 5 LPM ตรวจดูสายยางออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน 4. ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ตรวจสอบสภาพรถเข็นนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที 6. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป 7. พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย ระหว่างเคลื่อนย้ายไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน อัตราหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/60 มิลลิเมตรปรอท
การพยาบาลระยะติดตามเยี่ยม ภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เยี่ยมผู้ป่วยและพบปัญหาทางการพยาบาล 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายและแนะนำญาติเกี่ยวกับ - ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตรงสายไม่ให้พับงอ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก - ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้า-เย็นและทุกครั้งหลังการขับถ่าย - สังเกตลักษณะปัสสาวะที่ผิดปกติ เช่น ขุ่น มีเลือดปน 2. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ 3. ภายหลังการจำหน่ายแนะนำให้ญาติพาผู้ป่วยมาเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเมื่อครบ 1 เดือน การประเมินผล ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนังและเกิดบาดแผลได้ง่าย วัตถุประสงค์ ผู้ดูแลบอกการปฏิบัติตัว และการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดบาดแผล และการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงสาเหตุของการเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย 2. อธิบายถึงวิธีการดูแลผิวหนัง โดย - อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้า เย็น หลังอาบน้ำควรซับร่างกายให้แห้ง โดยเฉพาะตามซอกอับ และสวมเสื้อผ้าที่สะอาด - ทำความสะอาดโดยเฉพาะบริเวณซอกอับ รักแร้ ขาหนีบ ได้ราวนม อย่าให้ชื้นแฉะ ภายหลังซับร่างกายทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด ซับบริเวณนั้นให้แห้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ - การสังเกตการอักเสบของผิวหนัง ได้แก่ มีผื่นคัน บวม หรือแดงตามผิวหนัง - แนะนำไม่ให้เกาบริเวณที่คัน ให้ใช้วิธีลูบผิวแทน - บำรุงผิวหนังด้วยการทาครีมให้ความชุ่มชื้นภายหลังอาบน้ำเช้า เย็น 3. การดูแลเท้า ตัดเล็บเท้าตรง ๆ และให้ส้นเท้าพอสวมควร เพื่อป้องกันการเกิดเล็บขบ หลีกเลี่ยงการใช้ของแข็งแคะซอกเล็บ ไม่วางกระเป๋าทิ้งหรือขูดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดการไหม้พองได้ 4. เมื่อตรวจพบว่า มีบาดแผลเล็ก ๆ เกิดขึ้น ควรทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่อ่อน ดูแลให้แห้งอยู่เสมอ ไม่ควรใช้ทิชชูเช็ดหรือไอโอดีน ยาแดง ใส่แผลเพราะสามารถทำลาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผิวหนังได้ ถ้ามีบาดแผลขนาดใหญ่หรือลึก หรือมีลักษณะการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อนเกิดขึ้นควรไปหาแพทย์ อย่ารักษาเอง การประเมินผล ผู้ดูแลบอกการปฏิบัติตัว และการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดบาดแผล และการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ถูกต้อง
3. ผู้ดูแลขาดความสามารถในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรครวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรครวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการปวด คัน ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประสานงานการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อ 1) เตรียมความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) มีแนวทางในการดูแลรักษาในทิศทางเดียวกัน 3) ช่วยบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ 2. ประเมินและสอบถามความรู้สึกผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ สอบถามความต้องการและความเชื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอาการทางกายและส่งเสริมความสุขสบายตามความต้องการ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจ ความกลัว หรือความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. ให้การพยาบาล อธิบายวิธีการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อลดอาการไม่สุขสบายและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น เช่น อาการคัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังและความสุขสบาย ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเกาผิวหนังเวลาคัน ให้ญาติใช้ครีมบำรุงผิวหนังที่ไม่มีสารเคมีปนทาผิวหนัง การจัดและให้ยาแก้ปวดเมื่อกลับบ้าน 5. ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสีย และเศร้า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค 6. สร้างสัมพันธ์กับครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจให้โอกาส ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ชักถามปัญหา พุดคุยถึงความหวัง ความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญ กับความตาย สนับสนุนให้ผู้ป่วยพุดคุยแสดงความรู้สึกกับครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและสามารถเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยในแนวทางที่ถูกต้อง การประเมินผล ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรครวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 3 วัน แพทย์ให้จำหน่ายในวันที่ 16 มิถุนายน 2565 ได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง ก่อนมาพบแพทย์ตามนัด มารดาและน้องสาว สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี สามารถจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการไม่สุขสบาย อาการคัน ล้างไตทางหน้า

ท้องถูกวิธี มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตรงความต้องการของผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรกว่ารักษาไม่หายขาดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเริ่มด้วยการรักษาเฉพาะโรค จนกระทั่งแพทย์ได้สรุปว่า การรักษาเริ่มมีความสำคัญหรือมีประโยชน์

น้อยลง จึงเข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง จนกระทั่งถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการดูแลครอบครัวภายหลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ให้สามารถเผชิญกับจุดเปลี่ยนของชีวิตได้ด้วย ความเข้มแข็ง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายระยะสุดท้ายตั้งแต่ปี 2562 ภายหลังการได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง ญาติและผู้ป่วยเกิดความท้อแท้เป็นบางครั้งที่ต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ จากการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษาและสม่ำเสมอและการพาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อเป็นการติดตามอาการและประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต และให้ชีวิตยืนยาวขึ้น^{7,8}

บทบาทพยาบาลผู้ป่วยนอกจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

นับตั้งแต่ การประเมิน คัดกรองความรุนแรงระดับต่างๆ การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย และจิตใจ แต่ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น สังคมวัฒนธรรมเปลี่ยนไป พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในมิติของการดูแลด้านจิตวิญญาณ และบทบาทของตนองในทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงขอเสนอแนะแนวทางในการพัฒนา ได้แก่ ควรปลูกฝังการมองเห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยการเล่าเรื่อง เช่น ประสบการณ์ที่แสดงถึงความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วย แสดงถึงความสุขใจที่ได้จากการดูแลผู้อื่น หรือแสดงถึงคุณค่าของการให้ ส่งเสริมการศึกษาเฉพาะทางในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องความตายตามความแตกต่างของความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมในแต่ละศาสนา⁹⁻¹²

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิด ประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
3. ปิยภัทร ชุนหรัศม์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล ฤกษ์ธร ณ ออยุธยา. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์
4. พรธณิธา ตันสุวรรณ และทวี ศิริวงศ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายด้วยวิธีประคับประคอง ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/การรักษาแบบประคับประคอง (หน้า 65-87). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตแบบประคับประคอง ใน ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และชลธิป พงศ์สกุล (บรรณาธิการ) Quality Initiative in renal care (หน้า 145-151). ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา.
6. รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์เมดิคัล.
7. บุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 3(3):221-37.
8. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2556). ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

9. กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา : ออเรนจ์ มีเดีย.
10. สุวัฒน์ ธนกรณวัฒน์, พิมพ์นภา แซ่โซว และจิรรัตน์ ไกรราช. (2554) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
11. 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.
12. ศรินยา พลสิงห์ชาญ. (2558). การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร.
วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผลของรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of Operational Surveillance, Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: December 23,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ดาวรุ่ง ขารโสภณ¹

Doarung Khansophon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางและผลการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน มกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2565 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คณะกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง สอบสวนและ ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 70 คน เก็บ ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล data base HosXp รพ.ยางตลาด ข้อมูลรายงานสอบสวนโรค (Novel corona1, 2 และ 3) และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่า และ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มกราคม 2564 – ธันวาคม 2564 พบว่า มีผู้เข้าเกณฑ์สอบสวน 13,997 คน ผู้ป่วยยืนยัน 1,214 ราย เสียชีวิต 8 ราย

คำสำคัญ : รูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ABSTRACT

This research was action research aimed to To study guidelines and results of surveillance, prevention, and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), with a study period from January 2021 to December 2022, totaling 12 months. Sample size were Committee on Surveillance, Investigation and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Yang Talat District, Kalasin Province. Data were collected by data base HosXp , Novel corona1, 2 and 3 and questionnaire. Data were analyzed by Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Dependent t – test.

The study found that Readiness to carry out surveillance activities Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) before and after the operation found that there was a statistically significant difference at the .05 level, with the average score after the operation was better. And situation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) January 2021

¹โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

– December 2021 found that there were 13,997 people who entered the investigation criteria, 1,214 confirmed cases, and 8 deaths.

Keywords: surveillance action model Corona virus disease 2019

บทนำ

ไวรัสโคโรนา เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และมนุษย์ โดยมีหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) ไวรัสโคโรนาที่ค้นพบล่าสุดทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 โรคโควิด 19 คือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด ไวรัสและโรคอุบัติใหม่นี้ไม่เป็นที่รู้จักเลยก่อนที่จะมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี 2019 ขณะนี้โรคโควิด 19 มีการระบาดใหญ่ไปทั่ว ส่งผลกระทบแก่หลายประเทศทั่วโลก อาการทั่วไปของโรคโควิด 19 ที่พบบมากที่สุดคือ ไข้ ไอ ล้นไม่บรรลุน จมูกไม่ได้กลิ่น และอ่อนเพลีย อาการที่พบน้อยกว่าแต่อาจมีผลต่อผู้ป่วยบางรายคือ ปวดเมื่อย ปวดหัว คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ ท้องเสีย ตาแดง หรือผื่นตามผิวหนัง หรือสีผิวเปลี่ยนตามนิ้วมือนิ้วเท้า อาการเหล่านี้มักจะไม่มีรุนแรงนักและค่อยๆ เริ่มทีละน้อย บางรายติดเชื้อแต่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนมาก (80%) หายป่วยได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีอาการหนักและหายใจลำบาก ผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือมะเร็งมีแนวโน้มที่จะมีอาการป่วยรุนแรงกว่า อย่างไรก็ตามทุกคนสามารถติดโรคโควิด 19 ได้และอาจป่วยรุนแรง คนทุกเพศทุกวัยที่มีอาการไข้ และ/หรือไอร่วมกับอาการหายใจลำบาก/ติดขัด เจ็บหน้าอก เสียหาย หรือเคลื่อนไหวไม่ได้¹⁻⁴

มาตรการป้องกันเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อได้แก่ การอยู่แต่ในบ้าน การเลี่ยงสถานที่ที่มีคนพลุกพล่าน การล้างมือด้วยสบู่และน้ำบ่อย ๆ โดยใช้เวลอย่างน้อยครึ่งละ 20 วินาที การปฏิบัติ

สุขอนามัยด้านทางเดินหายใจที่ดี และเลี่ยงการใช้มือที่ไม่ได้ล้างสัมผัสดวงตา จมูกหรือปาก ซีตซีแนะนำให้ใช้กระดาษทิชชูปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม และแนะนำให้ใช้ข้อพับศอกด้านในหากไม่มีกระดาษทิชชู แนะนำสุขอนามัยของมือที่เหมาะสมหลังไอหรือจาม แนะนำสุขอนามัยส่วนบุคคลและวิถีชีวิตและอาหารสุขภาพดีเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ซีตซีแนะนำการใช้สิ่งปกปิดใบหน้าที่เป็นผ้าในสถานที่สาธารณะ ส่วนหนึ่งเพื่อจำกัดการแพร่เชื้อโดยปัจเจกที่ไม่แสดงอาการ^{5,6}

สถานการณ์การแพร่ระบาดที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่องในเขตพื้นที่อำเภอตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีผู้ป่วยยืนยันด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สะสมจำนวน 1,386 ราย (ข้อมูลการระบาดระลอก เมษายน 2564 ณ วันที่ 12 เมษายน - 27 ตุลาคม 2564) โดยช่วงเวลาที่ตรวจพบผู้ป่วยยืนยันสูงสุด คือ เดือนสิงหาคม และกรกฎาคม จำนวน 576 และ 359 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยยืนยันที่ถูกตรวจพบจากพื้นที่การระบาด/พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ที่เดินทางเข้ารับรักษาในหน่วยบริการพื้นที่อำเภอตลาด เนื่องด้วยปริมาณผู้ป่วยยืนยันในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2564 มีจำนวนมาก และเป็นผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่การระบาดเข้ามาในพื้นที่อำเภอตลาด และไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการการเข้า-ออกจังหวัดอย่างเคร่งครัด จึงอาจจะทำให้เกิดการมี Local transmission ในพื้นที่อำเภอตลาด จนทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน นอกจากบริบทการอยู่ร่วมกันในชุมชนแล้ว สภาพสังคมและเศรษฐกิจด้านปากท้อง ส่วนใหญ่แล้วประชากรในพื้นที่อำเภอตลาดมีอาชีพรับจ้าง จะเกิดปัญหาในด้านการเศรษฐกิจครอบครัวถ้าเกิดกรณีพบการระบาดและต้องได้กักกันตัวจนครบระยะเวลา จึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการปกปิดข้อมูลอันเป็นประโยชน์ใน

ด้านการควบคุมโรคของตัวผู้ป่วย และกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด⁷

จากสถานการณ์และปัญหาต่อการดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁸ มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน มกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2565 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง สอบสวนและ ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการการกำหนดแผนการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการการกำหนดโครงสร้างการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการค้นหาปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไขและโอกาสพัฒนา ในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสรุปถอดบทเรียนแผนการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ฐานข้อมูล data base HosXp รพ. ยางตลาด และข้อมูลรายงานสอบสวนโรค (Novel corona1, 2 และ 3)

2.2 แบบประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความคิดเห็นท่านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความคิดเห็นท่านน้อยที่สุด มีเกณฑ์ในการแปลผล
คะแนน ดังนี้⁹

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ¹⁰ ผู้ศึกษาได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity)
โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC)
นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้อง
จากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของ
เครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับ
ประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ
ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้น
นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน
บาค (Cronbach method) เท่ากับ .804

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์และการกำหนด
แผนการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์
2. การกำหนดโครงสร้างการดำเนินการเฝ้า
ระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) อำเภอตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. การค้นหาปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข
และโอกาสพัฒนา ในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน
ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
อำเภอตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปถอดบทเรียนแผนการดำเนินการ
เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (COVID-19) อำเภอตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้
นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่
การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อย
ละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ
ที่ 0.05 ได้แก่ เปรียบเทียบความพร้อมในการดำเนิน
กิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนและหลังการ
ดำเนินงาน โดยใช้ Dependent t - test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและราย
ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการดำเนินงาน
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด
2. แผนการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน
ควบคุม รักษา โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) อำเภอตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ประกอบด้วย กำหนดคณะทำงาน การมีส่วนร่วมของ
ทีมสหวิชาชีพ การสอบสวนและควบคุมการแพร่
ระบาด การขับเคลื่อนงานภาคประชาชนและการเฝ้า
ระวังในสถานบริการ

3. ความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่า รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ด้านกระบวนการและผลการวิเคราะห์/ประเมินสถานการณ์สำคัญ	3.17	0.28	4.67	0.23	69	-25.801	.000	-1.61554	-1.38364
ด้านการนำข้อเสนอในการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร	3.24	0.65	4.64	0.48	69	-10.693	.000	-1.66120	-1.13880
ด้านการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อพิจารณาข้อเสนอในรูปของมติที่ประชุม และมีข้อสั่งการ	3.34	0.66	4.56	0.50	69	-9.007	.000	-1.48323	-.94534
ด้านการดำเนินการ	3.17	0.15	4.69	0.11	69	-50.615	.000	-1.58005	-1.46022
ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ จากการดำเนินการ	3.11	0.31	4.68	0.22	69	-35.080	.000	-1.65576	-1.47757
รวม	3.21	0.23	4.65	0.16	69	-31.989	.000	-1.52995	-1.35032

4. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มกราคม 2564 – ธันวาคม 2564 พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์สอบสวน 13,997 คน ผู้ป่วยยืนยัน 1,214 ราย เสียชีวิต 8 ราย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของแพรรณ ฐิริปัญญา และคณะ (2565)¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เฉพาะ

(Bubble and Seal) ของสถานประกอบการจังหวัดมหาสารคาม โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ใช้กระบวนการ PAOR ได้แก่ การวางแผน (P) การปฏิบัติการ (A) การสังเกตการณ์ (O) และการสะท้อน (R) ดำเนินการศึกษาในโรงงานแปรรูปไก่มหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้รับผิดชอบดำเนินงาน bubble and Seal เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 จากหน่วยงานภาครัฐและแกนนำโรงงาน 22 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยสุ่มอย่างง่ายจากพนักงาน 100 คน เพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การศึกษานี้ได้รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่เฉพาะ (bubble and seal) ของโรงงาน' โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและสถานประกอบการด้วยการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการดำเนินงานภายใต้คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด การสื่อสารทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจดำเนินการ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งภายหลังจากนำรูปแบบนี้ไปใช้พบว่า โรงงานได้จัดระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยวิธีแบ่งพนักงานเป็นกลุ่มย่อย (small bubble) มีการสื่อสารให้ความรู้และคัดกรองความเสี่ยงก่อนเริ่มปฏิบัติงาน พนักงานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พนักงานได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 เข็มที่ 2 ร้อยละ 95.6 และโรงงานสามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยไม่มีการแพร่ระบาดไปยัง bubble อื่นๆ ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานเครือข่ายดำเนินงานในพื้นที่ มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่รวดเร็วทันเหตุการณ์และการทำมาตรการ bubble and seal ที่มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังต้องมีการแก้ไขปรับปรุง ดังนั้น จึงได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโควิดในพื้นที่ โดยประเมินจากแนวโน้มการแพร่ระบาดฯ ภาพรวมประเทศ และจังหวัดใกล้เคียง จำนวน และระดับอาการของผู้ติดเชื้อภาพรวมประเทศ และจังหวัดข้างเคียง จำนวน และระดับอาการของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (Patient under Investigation: PUI) จำนวนของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง/ประชากรกลุ่มเสี่ยง สถานที่จัดตั้งสำหรับการแยกกักในชุมชน รวมถึงการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 อาจทำเป็นโรงพยาบาลสนามในชุมชนที่ดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยสภาพแวดล้อมครอบคลุมในส่วนของการระบาย

อากาศ (ตามหลักเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) ระบบสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและอาหาร ระบบบำบัดน้ำเสีย (ตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข) ระบบการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน และระบบรักษาความปลอดภัย มีการจัดทำแผนการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษา โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กำหนดคณะทำงาน การมีส่วนร่วมของ ทิมสหวิชาชีพ การสอบสวนและควบคุมการแพร่ระบาด การขับเคลื่อนงานภาคประชาชนและการเฝ้าระวังในสถานบริการ ตามแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษา โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)^{3,12} สอดคล้องกับการศึกษาของบัณฑิตเกียรติจตุรงค์ (2564)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอมะนัง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกัน และควบคุมโรค ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรค เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่า ภาคีเครือข่ายได้ดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ครบทุกกิจกรรม และผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความสอดคล้อง มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีการยอมรับได้ในการนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้ ความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่า โดยที่ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มกราคม 2564 – ธันวาคม 2564 พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์สอบสวน 13,997 คน ผู้ป่วยยืนยัน 1,214 ราย เสียชีวิต 8 ราย สอดคล้องกันกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563)¹⁴ ทำการศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย จำนวน 10,400 คน พบว่า องค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ 50 ตัวชี้วัด ได้แก่ องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายใน 5 องค์ประกอบ (Internal Factors) คือ 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง (Self-Protective Behaviours) 2) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) 3) การล้างมืออย่างถูกวิธี (Washing Hands Correctly) 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Motivation for Work) 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perception of Severity of Disease) สำหรับองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายนอก 4 องค์ประกอบ (External Factors) คือ 6) การควบคุมโรคเชิงรุก (Proactive Disease Control) 7) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม (Communication, Planning and Following Up) 8) การค้นหาข้อมูล บันทึกรายงานผล (Information Query, Record and Report) และ 9) การสนับสนุน อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (Support for Equipment and Medical Supplies) และ การศึกษาของ กาญจนา ปัญญาร (2564)¹⁵ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ก่อนการพัฒนา ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ไม่

เหมาะสม และชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19) กิจกรรมการพัฒนาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 การพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 และการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน และ 3) หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค COVID-19 และไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่อื่น โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพควรดำเนินการภายใต้แนวคิด การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโควิดในพื้นที่ โดยประเมินจาก แนวโน้มการแพร่ระบาดฯ ภาพรวมประเทศ และจังหวัดใกล้เคียง จำนวน และระดับอาการของผู้ติดเชื้อภาพรวมประเทศ และจังหวัดข้างเคียง จำนวน และระดับอาการของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (Patient under Investigation: PUI) จำนวนของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง/ประชากรกลุ่มเสี่ยง สถานที่จัดตั้งสำหรับการแยกกักในชุมชน รวมถึงการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย COVID-19 อาจทำเป็นโรงพยาบาลสนามในชุมชนที่ดูแลและติดตามอาการผู้ป่วย สภาพแวดล้อมครอบคลุมในส่วนของการระบายอากาศ (ตามหลักเกณฑ์ของกรม

สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) ระบบสุขภาพสิ่งแวดล้อมและอาหาร ระบบบำบัดน้ำเสีย (ตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข) ระบบการควบคุมป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน และระบบรักษาความปลอดภัย มีการจัดทำแผนการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษา โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กำหนดคณะทำงาน การมีส่วนร่วมของ

ทีมสหวิชาชีพ การสอบสวนและควบคุมการแพร่ระบาด การขับเคลื่อนงานภาคประชาชนและการเฝ้าระวังในสถานบริการ

2. ควรมีการศึกษาลักษณะของรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะยาว เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะพยาบาลศาสตร์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, 2564 <https://nurse.pccms.ac.th/Account/Login?ReturnUrl=%2F%3Fp%3D7686>
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).(2563). [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php สืบค้นเมื่อ 3 มิ.ย 63
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.
4. Cheng ZJ, Shan J (April 2020). "2019 Novel coronavirus: where we are and what we know". Infection. 48 (2): 155–163. doi:10.1007/s15010-020-01401-y. PMC 7095345. PMID 32072569.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)". 11 February 2020. Archived from the original on 4 March 2020.
6. Centers for Disease Control and Prevention. 30 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Summary". January 2020. Archived from the original on 26 January 2020.
7. โรงพยาบาลยางตลาด. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในเขตพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
8. Kemis,S.,McTaggart,R.(1992). The action research planner. 3rd ed. Geelong Australia: Deakin University Press.
9. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall
10. บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
11. แพรพรรณ ภูริปัญญา เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ ปวีณา จังภูเขียว.(2565). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของสถานประกอบการจังหวัดมหาสารคาม วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 48-62.
12. ปัญญา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ ชาติสุขบท, สมบัติ ทิมทรัพย์. แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์. 2563; 20(1): 1-12.
13. บัณฑิต เกียรติจตุรงค์.(2564). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 193-206

14. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไชยมภู, กชกร ฉายากุล.(2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2563;12(3): 195-212.
15. กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, วรธนี ครองยุติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564. 189-204

รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

Development model of health literacy and health behavior according to the National Health Act among students of Municipal School 4 Chalermprakiet, Muang District, Kalasin Province.

(Received: December 23,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

วุฒิพงษ์ ขาววิวัฒน์¹

Wutthiphong Khanwiphat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 80 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ นักเรียน

ABSTRACT

This research was action research aimed to study health literacy Health behavior according to the National Health Act and the development model of health literacy and health behavior according to the National Health Code in students of Municipal School 4 Chalermprakiet, Muang District, Kalasin Province. Sample size were 80 students in Prathomsuksa 5 and 6 at Municipal School 4 Chalermprakiat, Muang District, Kalasin Province. Data were collected by questionnaires data analysis by Descriptive Statistics, including frequency distribution, percentage, arithmetic mean and standard deviation, inferential statistics by setting a significance level at 0.05 and Content Analysis.

The study found that Health literacy and health behavior according to the National Health Act. Municipal School 4 Chalermprakiet, Muang District, Kalasin Province Before and after data access, communication, self-management and media literacy were found to be

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

significantly different at the .05 level. After the operation, the average score was higher, and the knowledge and understanding of the principles of compliance with the National Code of Conduct found that overall, 90.3 percent. at a high level decision making for good health according to the National Hygiene Code, found that overall 79.3%

Keyword : health literacy , Health behavior according to the National Health Act , student

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550¹ ได้ให้ความหมายของสุขภาพ ว่าหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งคำว่า สุขภาพ นั้นไม่ได้หมายถึงเฉพาะสุขภาพทางกายและทางจิตเท่านั้นแต่ยังรวมถึงสุขภาพทางสังคม และทางปัญญาอีกด้วย คือทางกาย หมายถึง สุขภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน สุขภาพจึงเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำรงชีวิต การมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ดี มีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิต ที่นำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต ถ้าคนใดเกิดมาแล้วเจ็บป่วย บ่อยก็ไม่มีความสุข ประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ คุณภาพชีวิตก็จะเสียไปด้วย ทุกคนที่เกิดมาแล้วควรจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ฉะนั้น สุขภาพจึงไม่ใช่เพียงจะหมายถึงการปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม²

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่ มีสาเหตุเกิดจากการละเลยต่อการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม³ ไม่ว่าจะเป็นการกินอาหารที่ไม่ถูกต้องและมีการออกกำลังกายน้อย ทำให้มีภาวะอ้วน มีระดับความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดโรคเอดส์ การกินอาหารที่มีสารปนเปื้อน การ

สูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง การอยู่ในสังคมที่ต้องมีการแข่งขันทำให้มีความเครียดสูง เรื่องของอุบัติเหตุต่าง ๆ รวมไปถึงการที่เราต้องมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อ ซึ่งเกิดจากการมีเชื้อโรคต่าง ๆ ปะปนอยู่รอบตัวเราและมีโอกาสที่เราจะรับเชื้อเข้าไปหากขาดความระมัดระวัง เช่น อูจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ โรคมือเท้า ปาก วัฒนธรรมการใช้ชีวิตใหญ่ใช้ชีวิตคน ประกอบกับการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ปัจจุบันมีผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างมหาศาลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการแก้ปัญหาสุขภาพโดยใช้การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างและปลูกฝังพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อให้เด็ก เยาวชนและประชาชนปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี⁴

ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาในสังคมไทย โดยเฉพาะแวดวงสุขภาพ และการศึกษามีคำที่ทำให้คนรู้จักมากขึ้นคือคำว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)⁵ ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพหมายถึง ความรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ใช้ความรู้ ประเมินตนเอง และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งที่เป็นสุขภาพส่วนบุคคล และสุขภาพชุมชน มีวิถีปฏิบัติที่สร้างเสริมสุขภาพ ลดละเลิกพฤติกรรมที่ไม่เป็นคุณต่อสุขภาพ ใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพปรับปรุงตนเพื่อรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต พฤติกรรมที่แสดงความสามารถของบุคคลในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพคือการปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามหลักสุขบัญญัติ สามารถติดตามเข้าถึงข่าวสารต่าง ๆ ด้านสุขภาพ เข้าใจและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์กับกลุ่มเพื่อน มีทักษะทางสังคมเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ รู้เท่าทันเทคโนโลยี สามารถสืบค้นและใช้ข้อมูลหลายด้าน เลือกบริโภคข่าวสารข้อมูล เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต การพัฒนาความฉลาด

ทางสุขภาพจะเป็นกระบวนการและกิจกรรมที่ทำได้ทั้งในสถานศึกษา ครอบครัว ชุมชน เป็นนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้ในระบบการศึกษาและการศึกษาตลอดชีวิต กระบวนการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพมีลักษณะบูรณาการ เริ่มจากการสร้างทักษะอ่านออกเขียนได้ คิดเลขเป็น การใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของการเรียนรู้ (functional literacy) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ จับประเด็น และประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจนเป็นสุขนิสัย ความสามารถในการตัดสินใจเชื่อ และเลือกบริโภคอย่างพอดีเหมาะสมกับวัย ตลอดจนการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความแตกฉานทางสุขภาพจะจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต และเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของการจัดการศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพป้องกัน เช่น สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคใช้หัตถ์ใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์⁶

จากสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องพัฒนาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างสมเหตุผล มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างองค์กร สร้างความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลให้เกิดการพัฒนาแบบบริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการเชิงรุก โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) มาเป็นกลยุทธ์หลักที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชนแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นทรัพยากรที่สำคัญ ยังพบ

ปัญหาสุขภาพ เช่น ฟันผุ เป็นเหา มีพยาธิ รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา นักเรียนมีความต้องการทางสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้นและที่สำคัญสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน จึงเป็นโอกาสที่ดีที่สุดในการสร้างสุขภาพแก่นักเรียน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เด็กที่กำลังเจริญเติบโตและมีการเรียนรู้ ต้องเริ่มต้นให้การปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก หากทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การเจ็บป่วยและการเกิดปัญหาสุขภาพจะน้อยลง การให้วัยรุ่นปฏิบัติตามตัวในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์จะทำให้มีสมรรถภาพในการเรียน มีความสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ เน้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การฝึกทักษะและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เสริมการเรียนรู้ในวิชาสุขศึกษาเพื่อให้เด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และร่างกายเจริญเติบโตและมีการพัฒนาได้อย่างสมวัย ซึ่งจะทำให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่การทำงาน ในทางตรงข้าม หากไม่ดูแลสุขภาพหรือทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย อาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ไม่สามารถเรียนได้เท่าที่ควรซึ่งอาจทำให้สูญเสียโอกาสหลายๆ อย่าง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และอาจเป็นผลเสียต่อไปในอนาคต (กองสุขศึกษา⁷)

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งครอบคลุมสภาพปัญหา และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งในด้านอนามัยเจริญพันธุ์และเพศศึกษาด้านทักษะชีวิตด้วยการเสริมสร้าง EQ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการป้องกัน COVID-19 ในชีวิตวิถีใหม่ New Normal ทักษะการสื่อสารเพื่อ

เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนักเรียน ทักษะการใช้สื่อ Info graphic และ แนวทางการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) เพื่อเป็นหลักสูตรและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁸ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกรอบเนื้อหา คือ
 - 1.1 ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และเพศศึกษา
 - 1.2 ด้านทักษะชีวิตด้วยการเสริมสร้าง EQ
 - 1.3 ด้านโภชนาการ
 - 1.4 ด้านกิจกรรมทางกาย
 - 1.5 ด้านการป้องกัน COVID-19 ในชีวิตวิถีใหม่ New Normal
 - 1.6 ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนักเรียน
 - 1.7 ทักษะการใช้สื่อ Info graphic
 - 1.8 แนวทางการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ แบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนผู้ตอบ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ Multiple choice ก ข ค ง เลือกตอบ 1 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ⁹ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ KR20 ของ Kuder-Richardson ได้ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.788

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล/การสื่อสารสุขภาพ/การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 3 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้¹⁰

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ต่ำกว่า 1.66	อยู่ระดับน้อย
ระหว่าง 1.67 – 2.32	อยู่ระดับปานกลาง
มากกว่า 2.32	อยู่ระดับมาก

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ⁹ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.801

ส่วนที่ 4 การตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ Multiple choice ก ข ค ง เลือกตอบ 1 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ⁹ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ KR20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.605

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้¹⁰

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ต่ำกว่า 1.80	อยู่ระดับไม่เหมาะสม
ระหว่าง 1.81 – 2.60	อยู่ระดับต้องปรับปรุง
ระหว่าง 2.61 – 3.40	อยู่ระดับพอใช้
ระหว่าง 3.41 – 4.20	อยู่ระดับเหมาะสม
มากกว่า 4.20	อยู่ระดับเหมาะสมมาก

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ⁹ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.728

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาเรียนรู้กรอบของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) ได้แก่
2. จัดทำหลักสูตรและแนวทางการติดตามประเมินผลโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)
3. จัดอบรมตามหลักสูตรโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)
4. กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)
5. ติดตามประเมินผลโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)
6. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานตามหลักสูตรโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ ดังนี้

1.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การแก้ปัญหาเมื่อเกิดความไม่สบายใจ ร้อยละ 17.5 รองลงมา คือ อาหารเสริมสร้างการเติบโตของร่างกาย ร้อยละ 18.8 และประโยชน์ในการลดอุบัติเหตุและสร้างความปลอดภัย ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ

1.2 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.3 การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 55.0 ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ กรณีเพื่อนนักเรียนชวนไปเล่นเกมหลังเลิกเรียน นักเรียนจะปฏิบัติตนอย่างไร ร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ ถ้าในโรงเรียนมีอาหารเข้าขาย

หลายๆชุด นักเรียนจะเลือกกินอาหารชุดใดที่มีประโยชน์มากที่สุด ร้อยละ 61.3 และ เมื่อนักเรียนมีความไม่สบายใจจากปัญหาการเรียน นักเรียนจะเลือกปฏิบัติตนอย่างไร ร้อยละ 63.8 ตามลำดับ

1.4 พฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับพอใช้ 2 ข้อ ได้แก่ นักเรียนวิ่งเล่นหรือออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาที ต่อวัน และ นักเรียนกินผัก ผลไม้เป็นอาหารว่างแทนการกินขนมขบเคี้ยวที่มี แป้ง น้ำตาล และไขมัน เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ลูกก๊วย หนม เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 3.18 ± 1.49 และ 3.30 ± 1.55 ตามลำดับ

2. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กิจกรรมรู้ทัน เพศวิถี ศึกษา ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กิจกรรมครูแดร์ เพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน การเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในโรงเรียน กิจกรรมออกกำลังกาย สบายชีวี ด้วยวิธีเดินแอร์โรบิก และกิจกรรมควบคุมเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ

3.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ความหมายของสุขบัญญัติแห่งชาติ ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ดีต่อสุขภาพอนามัยของร่างกาย ร้อยละ 85.5 และสาเหตุการเกิดโรคโดยตรง ร้อยละ 87.5 ตามลำดับ

3.2 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก

3.3 การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3 ข้อที่

ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ขณะที่นักเรียนร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆในห้องเรียนคุณครูขอให้นักเรียนไปช่วยจัดอาหารเนื่องในวันประชุมผู้ปกครอง นักเรียนควรปฏิบัติอย่างไร ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ กรณีเพื่อนนักเรียนชวนไปเล่นเกมหลังเลิกเรียน นักเรียนจะปฏิบัติตนอย่างไร ร้อยละ 71.3 และ ถ้าในโรงเรียนมีอาหารเข้าขายหลายชุด นักเรียนจะเลือกกินอาหารชุดใดที่มีประโยชน์มากที่สุด ร้อยละ 81.3 ตามลำดับ

3.4 พฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า นักเรียนกินผัก ผลไม้เป็นอาหารว่างแทนการกินขนมขบเคี้ยวที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมัน เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ

คุกกี้ ขนม เป็นต้น นักเรียนงดดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน นักเรียนดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ และนักเรียนดูแลความปลอดภัยในบ้าน เช่น ปิดก๊อกน้ำ ปิดสวิตช์ ถอดปลั๊กไฟหลังเลิกใช้ ทั้งขยะลงถัง เก็บของเป็นระเบียบ

3.5 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ เข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ
โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้	504	63.0	722	90.3	79	-4.097	.000*	-1.0772	-.37273
เข้าถึง การ	1.80	0.63	2.55	0.53	79	-7.730	.000*	-.94837	-.55996
สื่อสาร	2.09	0.68	2.61	0.5	79	-5.916	.000*	-.69049	-.34284
จัดการตนเอง	2.27	0.36	2.54	0.39	79	-6.418	.000*	-.35701	-.18799
รู้เท่าทันสื่อ	2.24	0.57	2.57	0.45	79	-5.428	.000*	-.44419	-.20581
รวม	2.10	0.46	2.57	0.37	79	-7.943	.000*	-.58413	-.35003
ตัดสินใจ	220	55.0	315	79.3	79	-6.319	.000*	-1.3971	-.72781
พฤติกรรม	4.09	0.5	4.38	0.9	79	-5.816	.000*	-.26472	-.12972

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยรวม ร้อยละ 63.0 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยรวม ร้อยละ 55.0 และ พฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เบญจพร จิหลวง (2560: บทคัดย่อ)¹¹

ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนทั้ง 6 ด้าน คือด้านการบริโภค อาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจรักษาสุขภาพและด้านการจัดการความเครียด มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งสามารถเรียงลำดับพฤติกรรมสุขภาพจากมากไปน้อยได้ดังนี้ พฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับ

ปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการตรวจ/รักษาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กิจกรรมรู้ทันเพศวิถีศึกษา ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กิจกรรมครูแดร์ เพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน การเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในโรงเรียน กิจกรรมออกกำลังกาย สบายชีวี ด้วยวิธีเดินแอร์โรบิก และกิจกรรมควบคุมเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) โดยมีขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาเรียนรู้กรอบของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) 2) จัดทำหลักสูตรและแนวทางการติดตามประเมินผลโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) 3) จัดอบรมตามหลักสูตรโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) 4) กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) 5) ประเมินผลโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) และ 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานตามหลักสูตรโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) ตามแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 90.3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า โดยรวม ร้อยละ 79.3 สอดคล้องกัน

กับการศึกษาของ อัญชลี พงศ์เกษตร และคณะ (2560: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสตรียะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.9 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ เดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001- 30,000 บาท ร้อยละ 43.7 อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 36.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.4 และเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 64.4 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีร้อยละ 51.9 จากผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เพศ ระดับชั้นเรียน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตาม หลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสตรียะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อระดับชั้นที่ศึกษา โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีราวุธ ปุญณ ศิระประพจน์ ทองเทพ (2563) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนอายุ 10-14 ปี อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีอายุเฉลี่ย 13.1 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 46.8) ส่วนมากร้อยละ 93.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.7 ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ บิดาและมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.6 และ 39.3 ตามลำดับ โดยนักเรียนเกินครึ่ง (ร้อยละ 54.5) เป็นเพศหญิง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม) อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 38.5 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับระดับดี มากร้อยละ 48.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำ นายพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ โรคประจำตัว การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การ

จัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติให้กับนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถนำมาปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ทรงสายคัท และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ และ $.017$ ตามลำดับ รวมถึงความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กิจกรรมรู้ทัน เพศวิถี

ศึกษา ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กิจกรรมครูแดร์ เพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน การเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในโรงเรียน กิจกรรมออกกำลังกาย สบายชีวี ด้วยวิธีเดินแอร์โรบิก และกิจกรรมควบคุมเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ควรประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้ คือ

1.1 ศึกษาเรียนรู้กรอบของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School) ได้แก่

1.2 จัดทำหลักสูตรและแนวทางการติดตามประเมินผลโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)

1.3 จัดอบรมตามหลักสูตรโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)

1.4 กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)

1.5 ประเมินผลโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)

1.6 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานตามหลักสูตรโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ (Health Literate School)

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียนในระยะยาว เพื่อให้เกิดความรอบรู้ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
2. วัชพล ประสิทธิ์ก้อนแก้ว.(2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี.
3. วัชรพร เชยสุวรรณ.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยธานี. 44(3). 183-97.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561.
5. อังคินันท์ อินทรกำแหง.(2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. รายงานการวิจัย. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. นนทบุรี: กองสุขศึกษา.
8. Kemis,S.,McTaggart,R.(1992). The action research planner. 3rd ed. Geelong Australia: Deakin University Press.
9. บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
10. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
11. เบญจพร อีหลวง (2560) พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. อัญชลี พงศ์เกษร, สุภารัตน์ การินทร์, กมลวรรณ วณิชชานนท์, กนกกร มอหะหมัด, ไพสิฐ จิรรัตนโสภณ, สุชาติสัง แก้ว, และ สลิล กาจกำแพง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนมัธยมต้น โรงเรียนสตรียะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. The 1st National Conference on Health Sciences Research and Innovation: Knowledge Transformation Towards Thailand 4.0. การประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 1 (น. 1-5). เชียงราย, ประเทศไทย.
13. ชีราวุธ ปุณณวิช, ศิระประพท์ ทองเทพ. (2565) .ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนอายุ10-14ปี. วารสารสหเวชศาสตร์. 5 (1). 26-36.
14. สุนิสา สงสัยเกตุ รัตน์ดิพร โกสุวินทร์ ปะการัง ศรีมี สันธาน จันทะมุด กนกวรรณ ยิ่งยืน กัญชลิตา ธวัชเมธานันท์ (2564) ผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ จังหวัดนครนายก วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 37(1). 206-17

การศึกษาภาวะการเปลี่ยนแปลงของค่าการทดสอบทางชีวเคมีในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 ใน โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

(Received: December 23,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ประภัสร์ รัตนบุญญางัน¹

Prapaisri ratanabunyagan¹

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ช่วงระหว่างเดือน ตุลาคมพ.ศ.2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ศึกษาโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชสถิติซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและผลตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างเลือดทางห้องปฏิบัติการเคมีคลินิก ที่ประกอบด้วย การตรวจวิเคราะห์ BUN Creatinine Electrolyte SGOT SGPT และ CRP ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการรุนแรง และผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต จากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลผู้ติดเชื้อทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Cochran Test และ Fisher's Exact

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีอาการไม่รุนแรงจำนวน 322 รายมีผลการวิเคราะห์ในรายการทดสอบ BUN, Creatinine, CPR และ CO₂ ผิดปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อโควิด -19 ที่เสียชีวิตจำนวน 27 ราย มีผลการวิเคราะห์ในรายการทดสอบ BUN, Creatinine, SGOT, CPR, Na, K, Cl และ CO₂ ผิดปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทำการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ระหว่างสองกลุ่มพบว่า ความผิดปกติของค่า Creatinine และ CRP เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเสียชีวิตของคนไข้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อโควิด -19 สารชีวเคมีในเลือด C-reactive protein Creatinine

Abstract

This study was conducted in patients infected with COVID-19 and admitted to Inburi Hospital. Singburi Province during the month October 2021 to March 2022. Patient data were collected from medical statistics, which consisted of general background information and blood sample analysis results from clinical chemistry laboratories. consisting of Analysis of BUN, Creatinine Electrolyte, SGOT, SGPT and CRP in Asymptomatic Patients and infected people who died Then, the data of both groups of infected people were compared using Cochran Test and Fisher's Exact statistics.

Result: The result of this study found that 322 of patients with mild symptom had statistically significant difference in abnormal BUN, Creatinine, CRP and CO₂. While, 27 of fatal patients performed statistically significant difference in abnormal BUN, Creatinine, SGOT, CPR, Na, K, Cl and CO₂. Both of analytical data sets were evaluated and compared, the result indicated the abnormal Creatinine and CRP were major risk factors that had statistically significant difference in patients mortality.

Keywords: Coronavirus disease 2019, Blood biochemical substance, C-reactive protein, Creatinine

¹โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID -19) หรือโรคโควิด - 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SAR-CoV-2) ติดต่อกันจากคนสู่คนผ่านละอองฝอย (Droplet transmission) เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย บางรายมีอาการจุก ไม่ได้กลืน ลิ้นไม่รับรส ผู้ติดเชื้อส่วนมากไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ส่วนน้อยมีอาการรุนแรงเกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งพบในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง รุนแรง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคเมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษา และโรคเบาหวาน เป็นต้น องค์การอนามัยโลก ประกาศให้โรคโควิด- 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศเป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ในวันที่ 31 มีนาคม 2563 แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการระบาด เตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นจำนวนมาก¹

ไวรัส SAR-CoV-2 อยู่ในตระกูล (Family) Coronaviridae เป็นไวรัสกลุ่มเดียวกับไวรัสที่ก่อโรค Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) ที่ระบาดในจีนปี พ.ศ.2545-2546 และ Middle East Respiratory Syndrome (MERS) ที่ระบาดในตะวันออกกลาง ปีพ.ศ.2555 เชื้อนี้สามารถก่อโรคในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และก่อโรคในระบบทางเดินหายใจในคน อาการของโรคโควิด 19 มีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงระบบการหายใจล้มเหลว ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อร้อยละ 80 ไม่แสดงอาการ บางส่วนมีอาการคล้ายไข้หวัดธรรมดา และส่วนน้อยในผู้ที่แสดงอาการประมาณร้อยละ 10 มีอาการหายใจลำบาก ปอดบวม และมีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจากโรคโควิด 19 ไม่สามารถแยกจากโรคในระบบทางเดินหายใจอื่นๆ

ด้วยอาการทางคลินิก การวินิจฉัยโรคจึงต้องใช้ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการในการตรวจหาสารพันธุกรรมจำเพาะต่อเชื้อไวรัส SARS- CoV-2 จากสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วย เช่น nasopharyngeal swab หรือ sputum ด้วยเทคนิค real time reverse transcription-polymerase chain reaction (rRT-PCR) ทั้งนี้นอกจากการตรวจหาสารพันธุกรรมเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อแล้ว การตรวจวิเคราะห์ทั่วไปทางห้องปฏิบัติการก็มีความสำคัญยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยเช่นกัน นอกจากจะสามารถบอกความรุนแรงของโรคและติดตามการรักษาแล้ว ยังช่วยในการตัดสินใจให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือวางแผนทางการรักษาในอนาคตอีกด้วย ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส coronavirus disease 2019 (COVID-19) ไปทั่วโลก ได้มีความพยายามที่จะมองหาอาการแสดงทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยในการพยากรณ์ความรุนแรงของการดำเนินโรคสำหรับจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอาการรุนแรงเพื่อจะได้ติดตามและให้การดูแลอย่างเหมาะสมได้ในสถานะที่มีทรัพยากรทางสาธารณสุขจำกัด โดยทั่วไปการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการติดตามการรักษาโรคติดเชื้อโควิด 19 มักประกอบด้วย การทดสอบ การตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์(CBC) การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือด (Blood gas analysis) การตรวจการทำงานของตับ(Liver enzymes) การตรวจการทำงานของไต(BUN, Creatinine) สารเกลือแร่ของเลือด (electrolytes) การตรวจปัสสาวะ(Urinalysis) การตรวจหาสารสำคัญต่างๆในเลือดเช่น C-Reactive protein, D-dimer, troponin, vitamin D, IL-6 และการตรวจอื่นๆโดยขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์

ปิยนุช ปฎิภาณวัตร² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคโควิด-19 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติแรกเริ่ม และค่า CRP ที่เพิ่มขึ้น 3.7

เท่า และพบว่าภาวะ Thrombocytopenia มีผลต่อความรุนแรงของโรคโควิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อมีค่า CRP สูงกว่าปกติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Mukkada³ และคณะในประเทศตุรกี ที่พบว่า ภาวะ Lymphopenia และ CRP สูงมีผลต่อความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19

โรงพยาบาลอินทร์บุรีเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 150 เตียง มีผู้ติดเชื้อโควิดในช่วงเดือนมกราคม ถึง สิงหาคม 2565 จำนวน 10,394 คน มีอัตราตายคิดเป็นร้อยละ 1.67 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งสูงเป็นลำดับต้นๆของจังหวัด แต่ทางห้องปฏิบัติการยังไม่เคยนำข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาวิเคราะห์มาเพื่อกำหนดแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ติดเชื้อ โควิด 19 มาก่อน ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสามารถใช้เป็นแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้กับแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง ให้สามารถวางแผนการรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้นในสถานะที่ทรัพยากรทางสาธารณสุขมีจำกัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ค่าการทดสอบทางชีวเคมีในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มีอาการไม่รุนแรงและในผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

วิธีการศึกษา

ศึกษาวิเคราะห์โดยการรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มีอาการไม่รุนแรง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด -19 ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1,577 คน และคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดย N = ประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อน

n = กลุ่มตัวอย่าง

$$n = 319.07$$

สรุป ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มีอาการไม่รุนแรง คือ 320 ตัวอย่าง

1.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด -19 ที่เสียชีวิต เลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ป่วยติดเชื้อโควิด -19 ที่เสียชีวิตทุกรายได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องวิเคราะห์หัตถ์โนมิติ Cobas 6000 รุ่น e 501(Roche Diagnostics , switzerland) ซึ่งใช้หลักการตรวจวิเคราะห์แบบ Electro chemiluminescent assay

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและผลตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างเลือดทางห้องปฏิบัติการเคมีคลินิก ที่ประกอบด้วย การตรวจวิเคราะห์ BUN Creatinine Electrolyte SGOT SGPT และ CRP ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการรุนแรง และผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลผู้ติดเชื้อทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Cochran Test และ Fisher's Exact

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เลขที่ SEC8/2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด -19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอินทร์บุรีจำนวนทั้งหมด 347

คน พบเป็นเพศหญิงร้อยละ 55.8 เพศชายร้อยละ 44.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (N=347)		อาการไม่รุนแรง (N=320)		เสียชีวิต (N=27)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ หญิง	194	55.8	189	59.1	14	49.1
ชาย	153	44.2	131	40.9	13	50.9
อายุ 18-29 ปี	48	14.1	68	21.1	0	0
30-39 ปี	64	18.4	85	26.4	0	2.5
40-49 ปี	51	14.9	59	18.6	2	7.5
50-59 ปี	56	15.9	58	18.2	3	11.3
≥60 ปี	128	36.7	50	15.7	22	78.7

ข้อมูลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ผลการทดสอบด้วยสถิติ Cochran Test จำนวน 9 รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด 19 แต่อาการไม่รุนแรง พบว่าผลการวิเคราะห์ในรายการทดสอบ BUN, Creatinine, CPR และ CO₂ มีความผิดปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ติดเชื้อโควิด 19 แต่อาการไม่รุนแรงมีค่า BUN ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 86.88 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ 60.69 mg/dl ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ 24-145 mg/dl ผลการวิเคราะห์ค่า Creatinine ผิดปกติ คิดร้อยละ 100 โดยมีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างสูงร้อยละ 80 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างสูง 3.31 mg/dl ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างสูง 1.26-13.12 mg/dl มีผลการ

วิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 20 ค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างต่ำ 0.56 mg/dl ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างต่ำ 0.47-0.67 mg/dl ผลการวิเคราะห์ค่า CRP ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ 12.27 mg/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ 6.00-30.10 mg/L และมีผลการวิเคราะห์ค่า CO₂ ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 73.13 โดยมีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างสูงร้อยละ 18.18 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างสูงเท่ากับ 30 mEq /L มีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 81.82 ค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างต่ำคือ 13.33 mEq /L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ ค่อนข้างต่ำคือ 5.00-21 mEq /L ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อแต่อาการไม่รุนแรง

รายการทดสอบ	ร้อยละความผิดปกติ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	Cohran P - value	
BUN	86.88 (278 คน)	24	145	60.69	0.000	
ผิดปกติค่อนข้างสูง	100 (278 คน)					
Creatinine	73.33 (234 คน)	1.26	13.12	3.31		
ผิดปกติค่อนข้างสูง	80(187 คน)					
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	20(47 คน)					
CRP	100.00 (320 คน)	6.00	30.10	12.27		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อแต่อาการไม่รุนแรง

รายการทดสอบ	ร้อยละความผิดปกติ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	Cohran P - value
CO ₂	73.13 (234 คน)				
ผิดปกติค่อนข้างสูง	18.18 (43 คน)		30.00		
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	81.82 (191 คน)	5.00	21.00	13.33	

ผลการทดสอบด้วยสถิติ Cochran Test จำนวน 9 รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ในกลุ่มคนไข้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ Covid-19 พบว่ามีผลการตรวจใน 8 รายการทดสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยคนไข้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ Covid-19 ส่วนใหญ่จะมีค่า BUN, Creatinine, SGOT, CPR, Na, K, Cl และ CO₂ ผิดปกติ โดยผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตมีค่ามีค่า BUN ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.48 โดยมีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างสูงร้อยละ 95.42 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างสูง 49.57 mg/dl ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างสูง 21.00-113.00 mg/dl มีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 4.55 ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างต่ำคือ 5 mg/dl ผลการวิเคราะห์ค่า Creatinine ผิดปกติ คิดร้อยละ 88.89 โดยมีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างสูงร้อยละ 62.50 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างสูง 2.54 mg/dl ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างสูง 1.21-4.48 mg/dl มีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 37.5 ค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างต่ำ 0.49 mg/dl ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างต่ำ 0.27-0.65 mg/dl ผลการวิเคราะห์ค่า SGOT ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.37 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ 239.40 U/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ 56-716 U/L ผลการวิเคราะห์ค่า CRP ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 62.96 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ 11.89 mg/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ 5.40-26.80 mg/L ผลการวิเคราะห์ค่า Na ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 85.19 โดย

มีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างสูงร้อยละ 78.26 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างสูง 154 mEq/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างสูง 148-160 mEq/L มีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 21.74 ค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างต่ำ 124.11 mEq/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างต่ำ 110-135 mEq/L ผลการวิเคราะห์ค่า K ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 59.26 โดยมีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างสูงร้อยละ 50 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างสูง 12.15 mEq/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างสูง 5.20-56.80 mEq/L มีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างต่ำ 2.80 mEq/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างต่ำ 2.30-3.40 mEq/L mg/dl ผลการวิเคราะห์ค่า Cl ผิดปกติ คิดร้อยละ 88.89 โดยมีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างสูงร้อยละ 37.50 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างสูง 119.22 mEq/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างสูง 108.00-128.00 mEq/L มีผลการวิเคราะห์ผิดปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 62.50 ค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิดปกติค่อนข้างต่ำ 86.60 mEq/L mg/dl ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ค่อนข้างต่ำ 59-96 mEq/L ผลการวิเคราะห์ค่า CO₂ ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.37 มีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจวิเคราะห์ 15.11 mEq/L ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการวิเคราะห์ 8.00-20.00 mEq/L ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อและเสียชีวิต

รายการทดสอบ	ร้อยละความผิดปกติ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	Cohran P - value
BUN	81.48 (22 คน)				0.000
ผิดปกติค่อนข้างสูง	95.45(21 คน)	21.00	113.00	49.57	
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	4.55(1 คน)	5			
Creatinine	88.89 (24 คน)				
ผิดปกติค่อนข้างสูง	62.50(15 คน)	1.21	4.48	2.54	
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	37.5(9 คน)	0.27	0.65	0.49	
SGOT	70.37 (19 คน)	56	716	239.40	
CRP	62.96 (17 คน)	5.40	26.80	11.89	
Na	85.19 (23 คน)				
ผิดปกติค่อนข้างสูง	78.26 (18 คน)	148	160	154	
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	21.74(5 คน)	110	135	124.11	
K	59.26 (19 คน)				
ผิดปกติค่อนข้างสูง	50.00(10 คน)	5.20	56.80	12.15	
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	50.00(9 คน)	2.30	3.40	2.80	
Cl	88.89 (24 คน)				
ผิดปกติค่อนข้างสูง	37.50(9 คน)	108.00	128.00	119.22	
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	62.50(15 คน)	59	96	86.60	
CO ₂	70.37 (19 คน)				
ผิดปกติค่อนข้างต่ำ	100(19 คน)	8.00	20.00	15.11	

เมื่อทำการเปรียบเทียบวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายการ BUN Creatinine CRP และ CO₂ ระหว่างกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อโควิด -19 แต่อาการไม่รุนแรง กับกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อและเสียชีวิต

ด้วยสถิติ Fisher's Exact พบว่า ค่า Creatinine และ CRP มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อแต่อาการไม่รุนแรงและกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อและเสียชีวิต

รายการทดสอบ	ไม่เสียชีวิต (n= 320)	เสียชีวิต (n=27)	Fisher's Exact Test (p-value)
BUN ผิดปกติ	278	22	0.259
ปกติ	42	5	
Creatinine ผิดปกติ	320	24	0.000**
ปกติ	0	3	
CRP ผิดปกติ	320	17	0.000**
ปกติ	0	10	
Co ₂ ผิดปกติ	19	234	0.455
ปกติ	8	86	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการประมาณการความเสี่ยง (Risk Estimate) สำหรับรายการทดสอบ Creatinine และ CRP พบว่า คนไข้ที่มีค่า Creatinine และ CRP ผิดปกติ มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต โดยมีช่วงความเชื่อมั่น และ 95% CI ไม่คลุมค่า 1 จึงสรุปว่าค่า Creatinine และ CRP และการเป็นโควิดแล้วเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 การประมาณค่าความเสี่ยงสำหรับรายการทดสอบ Creatinine

	Value	95% CI	
		Lower	Upper
For cohort typ = Death	.070	.047	.103
N of Valid Cases	347		

ตารางที่ 6 การประมาณค่าความเสี่ยงสำหรับรายการทดสอบ CRP

	Value	95% CI	
		Lower	Upper
For cohort typ = Death	.070	.047	.103
N of Valid Cases	347		

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัย การติดตามดูแลผู้ป่วยหรือเพื่อตรวจกรองผู้ป่วยก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่เกิดโรคระบาดใหม่ หรือโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง แม่นยำ จึงมีประโยชน์มากในการคัดกรองผู้ป่วยและเฝ้าระวังความรุนแรงของการติดเชื้ออันจะนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้¹⁻³

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 จำนวน 34 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอินทบุรี จังหวัดสิงห์บุรีช่วงระหว่างเดือน ตุลาคมพ.ศ.2564 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาแยกเป็นเพศหญิงร้อยละ 55.8 เพศชายร้อยละ 44.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 36.7 เมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มีอาการไม่รุนแรง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.1 เพศชายร้อยละ 40.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.4 และเมื่อพิจารณาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด -19 ที่เสียชีวิต พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 49.1 เพศชายร้อยละ 50.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.7 และเมื่อนำผลการวิเคราะห์ทางชีวเคมีใน 9 รายการทดสอบมาทำการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มีอาการไม่รุนแรง มีความผิดปกติในรายการทดสอบ BUN, Creatinine, CPR และ CO₂ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด -19 ที่เสียชีวิตมีความผิดปกติในรายการทดสอบ BUN, Creatinine, SGOT, CPR, Na, K, Cl และ CO₂ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ค่าการทดสอบทางชีวเคมีในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 ที่มีอาการไม่รุนแรงและในผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด -19 มากที่สุด คือ ค่า Creatinine และ CRP ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Karim และคณะที่ได้ทำการศึกษาที่ประเทศโมร็อกโก และพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 คือ ภาวะ Lymphopenia และระดับ CRP ที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Graziella Bonetti และ Maaryame ที่พบว่าระดับ CRP สามารถใช้ทำนายความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ได้ ในขณะที่การศึกษาของ Karatas ซึ่งทำการศึกษาในประเทศตุรกี พบว่าระดับ Creatinine ที่มากกว่า 1.05 เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไข้เสียชีวิต

ข้อสรุป

การศึกษานี้สรุปได้ว่าความผิดปกติของค่า Creatinine และ CRP เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 สารชีวเคมีทั้งสองชนิดจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลซึ่งอาจมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. [Internet]. 2019 [cited 2021 September 7]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. ปิยนุช ปฏิภาณวัตร(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 7(1). 64-71
3. Mukada, Bhakta N, Chantada GL, Chen Y, Vedaraju Y, Faughnan L, et al. Global characteristics and outcomes of SARS-CoV-2 infection in children and adolescents with cancer (GRCCC): a cohort study. The lancet Oncology. 2021 OCT 1;22(10):1416-26.

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด และภาวะช็อคโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

Nursing of mothers with postpartum hemorrhage and shock

Kalasin Hospital : A Case Study

(Received: December 28,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

นิลวรรณ อุ้นคำ¹

Ninlawan Unkham¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด และภาวะช็อคโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กรณีศึกษา: ศึกษาการพยาบาลสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด จำนวน 2 ราย ที่รับไว้ ดูแลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาโดยการดูแลในเรื่องของการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ ดูแลให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ภาวะช็อคหลังการตกเลือด การปฏิบัติตัวที่สำคัญหลังการตกเลือด การสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสาธิตและสอนวิธีการคลึงมดลูก วัดระดับยอด มดลูก การสังเกตน้ำคาวปลา การสังเกตแผลด้วยตนเอง และการประเมินความรู้และทักษะของมารดาก่อนกลับบ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดและภาวะช็อค

ABSTRACT

This study aimed to study the nursing care of mothers with postpartum hemorrhage and shock at Kalasin Hospital

Case study: A study of nursing care for 2 postpartum mothers with hemorrhage admitted in the obstetrics and gynecological ward, Kalasin Hospital. Nurses play an important role in maternal rehabilitation by ensuring adequate rest. Ensuring adequate fluid intake and nutritious diet Provide knowledge about postpartum hemorrhage, including anemia after hemorrhage and important actions after hemorrhage Observing abnormal vaginal bleeding Demonstration and teaching how to roll the uterus, measure the top level of the uterus, observe amniotic fluid Self-observation of the wound and assessing mothers' knowledge and skills before returning home.

Keyword: Nursing of mothers with postpartum hemorrhage and shock

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทาง

ช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด ถ้าเกิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เรียกว่า primary หรือ early PPH แต่ถ้าเกิดหลัง 24 ชั่วโมงถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด เรียกว่า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ - นรีเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

secondary หรือ late หรือ delayed PPH¹ การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการตาย (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 33.03, 23.53 และ 23.42 ตามลำดับ³ โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก(4T)⁴ ได้แก่ 1)Toneคือมดลูกหดตัวไม่ดี(Uterine atony) 2) Trauma คือการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือการมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ผลกระทบจากภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อคแล้วบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่น การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บใหม่ การขูดมดลูกรวมทั้งการตัดมดลูกทิ้ง หากการสูญเสียเลือดยังดำเนินต่อไปไม่ได้รับการแก้ไข มารดาจะเกิดภาวะช็อค การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง เกิดการทำงานล้มเหลวของอวัยวะนั้น ๆ เช่น ไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว และสุดท้ายเสียชีวิต บางรายที่เสียเลือดรุนแรง ส่งผลให้ต่อมใต้สมองขาดเลือด เนื้อเยื่อสมองบางส่วนตาย เกิดภาวะ Sheehan's syndrome คือ อาการเต้านมเหี่ยว ไม่มีน้ำนมสำหรับทารก เกิดความวิตกกังวล และในระยะยาวทำให้ไม่มีประจำเดือน ขนที่รักแร้และหัวหน่าวร่วง รวมทั้งต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ² มีผลต่อการดำเนินชีวิตและลักษณะความเป็นหญิงของมารดา ในอนาคต จากการที่บางรายอาการรุนแรงต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น หรือต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดในห้อง

ICU ถูกแยกออกจากครอบครัว และบุตรทำให้เกิดความกลัว เกิดเป็นความวิตกกังวลจนเครียดมากขึ้นต่อเนื่องหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้²

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลมารดาหลังคลอด จากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ในปี 2563 มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ร้อยละ 1.03 (9 ราย), ปี 2564 ร้อยละ 1.10 (9 ราย) และในปี 2565 ร้อยละ 0.64 (5 ราย) (รายงานสถิติปีงบประมาณ 2564-2565) ถึงแม้ว่าตึกสูติ-นรีเวช จะไม่ได้เป็นตึกที่รับย้ายมารดาหลังคลอดทั้งหมด แต่หากมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจะต้องรับมาดูแลที่ตึกนี้ ดังนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะแรก เป็นการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญทางสูติศาสตร์ ดังนั้นความพร้อม ประสิทธิภาพของการดูแล เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสมรรถนะสำคัญของพยาบาลที่ดูแลหลังคลอด

ดังนั้นผู้ศึกษาให้ความสำคัญบทบาทดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของการดูแลหลังคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการนี้ขึ้น โดยรวบรวมจากหลักฐานจึงประจักษ์ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด นำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด สรุปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล และใช้เป็นแนวทางการศึกษา กรณีมารดาตกเลือดหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะช็อกในระยะหลังคลอด
2. เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดและภาวะช็อก ในระยะหลังคลอดขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับมารดาหลังคลอด ในการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอด

ขอบเขตการศึกษา

การพยาบาลสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด จำนวน 2 ราย ที่รับไว้ ดูแลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปีงบประมาณ 2564-2565 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นมารดาหลังคลอด ที่มีการเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตรและเสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
มารดาหญิงไทยอายุ 31 ปี G ₁ P ₀ A ₀ L ₁ GA 36 ⁺⁶ weeks เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน ให้ประวัติมีเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัยมีภาวะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) แพทย์จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดคลอด ขณะทำการผ่าตัดคลอดเสียเลือด 5,000 มิลลิลิตร เนื่องจากมีการฉีกขาดของ uterine artery สามารถ stop bleed ได้ Hct 26.2 vol% การรักษาที่ได้รับได้ PRC 4 ยูนิต, FFP 2 ยูนิต, Transmine 1000 mg, Nalador 500 mcg vien drip in 30 min, iv fluid 0.9%NaCl + RLS total 4700 ml หลังจากนั้นจึงส่งต่อมารักษาต่อยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อรับเกล็ดเลือด (platelet) ต่อ สัญญาณชีพก่อนส่ง ความดันโลหิต 115/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที on O ₂ mask with bag 10 ลิตรต่อนาที	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 44 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอำเภอ มาด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอด เปื้อนผ้าอนามัย ชุม 3 ผืน ร่วมกับมีอาการปวดท้องน้อย ไม่มีไข้ ประวัติการเจ็บป่วย หลังผ่าตัดคลอด 2 เดือน ผู้ป่วย กินวานิชัมดลูกทุกวัน ตลอดระยะเวลา 2 เดือน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอด ประมาณ 3 แก้วน้ำ จึงได้เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลอำเภอ ขณะนอนรักษาตัว มีเลือดออกเพิ่มขึ้น อีกประมาณ 3 แก้วน้ำ (รวมประมาณ 1,000 มิลลิลิตร) ร่วมกับมีอาการวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 84/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 54 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที การรักษาที่ได้รับ ให้สารน้ำ NSS 1000 ml IV load 500 ml วัดความดันโลหิต 102/60 มิลลิเมตรปรอท และส่งต่อมายังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
6. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล
8. รวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม
9. ส่งให้กรรมการตรวจสอบ
10. เผยแพร่ผลงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประเมินอาการแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ประเมินการหดตัวของมดลูกมดลูกหดตัวดี ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดพบว่าไม่มีเลือดออกเพิ่ม เบื้องต้นผ่าอนามัย ½ ผืน Hct แรก 24 vol% สารน้ำที่ได้รับเป็น 5%DN/2 1,000 ml + syntocinon 20 unit vein drip 120 cc/hr. retain foley cath, การรักษาที่ได้รับให้เจาะ Lab CBC, BUN, Cr, electrolyte, PT, PTT, INR ให้เจาะเลือด PRC 4 unit ได้แล้วให้เลย 1 ยูนิต ให้เจาะ platelet 10 unit จอ FFP 4 unit ให้เจาะ Hct หลังให้เลือด 3 ชั่วโมง, ให้ Transmine 250 mg vein ทุก 6 ชั่วโมง, ceftriaxone 1 gm vein ทุก 8 ชั่วโมง, Metronidazole 500 mg vein ทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 2 ผู้ป่วยตื่นดี รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผล pain score 8 คะแนน ได้ยาลดปวดเป็น morphine 3 mg iv. Hct หลังให้เลือดหมด 30 vol% ประเมินเลือดทางช่องคลอด ไม่มีออกเพิ่ม ลักษณะเป็น Lochia สีน้ำตาลปนขาวผ่านามัย ½ ผืน วัดสัญญาณชีพได้ ความดันโลหิต 107/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที วันที่ 3 ผู้ป่วยตื่นดี รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผล pain score 6 คะแนน ได้ยาลดปวดเป็น morphine 3 mg iv. Observe Hct 32 vol% ประเมินเลือดทางช่องคลอด ไม่มีออกเพิ่ม ลักษณะเป็น Lochia สีน้ำตาลปนขาวผ่านามัย ½ ผืน วัดสัญญาณชีพได้ ความดันโลหิต 107/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที แพทย์เริ่มให้เริ่มรับประทานอาหารเป็นอาหารเหลว อาหารเหลว และอาหารอ่อนตามลำดับ มียาชนิดรับประทาน ได้แก่ Triferdine 1x1 pc, paracetamol (500) 2x6 ทุก 4 ชม. วันที่ 4 ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ ปวดแผลพอทน pain score 3-4 คะแนน สามารถ ambulation ได้ดี มีไข้ BT 38 องศาเซลเซียส ได้ ความดันโลหิต 125/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แผนการรักษา off foley cath, off iv fluid, repeat Lab, CXR วันที่ 5-6 ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ ปวดแผลพอทน pain score 3-4 คะแนน สามารถ ambulation ได้ดี ไม่มีไข้ BT 36.8 องศาเซลเซียส ได้ ความดันโลหิต 119/79 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แผนการรักษาให้อายา Antibiotic ต่อจนครบ 7 วัน วันที่ 7 ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ ปวดแผลพอทน pain score 2-3 คะแนน สามารถ ambulation ได้ดี ไม่มีไข้ BT 37.2 องศาเซลเซียส ได้ ความดันโลหิต 132/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ยาที่ได้รับกลับบ้านได้ นัต F/U 6	ประเมินอาการแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าเหนื่อยอ่อนเพลีย on O₂ mask with bag 10 L/min สารน้ำที่ได้รับเป็น 0.9 NSS 1,000 ml vein drip rate 120 cc/hrs. เจาะ Hct 27 vol% , DTX 119 mg% การวินิจฉัยแรกพบ คือ Late postpartum hemorrhage การรักษาที่ได้รับ แพทย์มีคำสั่งให้เจาะเลือด PRC 2 unit ได้แล้วให้เลย ให้เจาะผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็น CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR หลังผู้ป่วยได้รับเลือด เจาะ Hct ได้ 25 vol% วัดสัญญาณชีพได้ ความดันโลหิต 80/36 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที แพทย์ มีคำสั่งการรักษา ให้ on Levophed (4:250) iv drip rate 11 ml/hr titrate ทีละ 3 ml/hr ทุก 15 นาที keep MAP >65 มิลลิเมตรปรอท, ให้ Transmine 500 mg iv, ให้ Cytotec 4 tab rectal suppose, ให้ตามเลือด มาให้อีก 1 ยูนิต ให้ observe bleeding per vagina วันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เลือดออกจากช่องคลอดลดลง ชุ่ม ผ่าอนามัย ½ ผืน เจาะ Hct 30 vol%, วัดสัญญาณชีพได้ ความดันโลหิต 108/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที แพทย์มีคำสั่งให้ off Levophed, off foley cath, IV หมด off ได้ ให้เจาะ lab CBC, electrolyte เปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทาน ได้แก่ Triferdine 1x1 pc, clindamycin (250) 2x3pc. ให้ observe bleeding per vagina ต่อ วันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ วัดสัญญาณชีพได้ ความดันโลหิต 118/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ทุกครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที เจาะ Hct 26 vol%, ให้ตามเลือด มาให้อีก 1 ยูนิต plan D/C พรุ่งนี้ วันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไม่มีเลือดออกจากช่องคลอดแล้ว เจาะ Hct 30 vol% สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัต F/U 1 อาทิตย์ ยาที่ได้รับกลับบ้าน Transmine (250) 2x3pc #30 tab, , clindamycin (250) 2x3pc.# 60 tab. รวมวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่า ผู้ป่วย เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะหลัง ซึ่งจากทฤษฎีกล่าวไว้ว่า การตกเลือดหลังคลอดสามารถเกิดได้ แต่ภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง จนถึง 6 สัปดาห์ ภายหลังคลอด จะมีอาการน้ำคาวปลาจะมีสีแดงปนเลือด มีเลือดออกทางช่องคลอด ร่วมมีการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูกจะมีน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น กดเจ็บบริเวณมดลูกหรือมีไข้ ร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อของบริเวณที่รกเคยเกาะล่าช้าผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการ ตกค้างของเนื้อเยื่อรกบางส่วนในโพรงมดลูก แล้วเกิดเนื้องอก หรือกลายเป็นถุงเนื้องอกของรกเมื่อมีการหลุดลอก ออกจากล้ามเนื้อ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาทิตย์ ยาที่ได้รับกลับบ้าน Transmine (250) 2x3pc #30 tab, , clindamycin (250) 2x3pc.# 60 tab. รวมวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา สรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ตกเลือด ในขณะที่ทำการผ่าตัด เสียเลือด 5,000 มิลลิลิตร จัดอยู่ในระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือด ตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป⁵ ร่วมกับมีภาวะช็อก มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ส่วนสาเหตุ อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี⁷ ผู้ป่วยให้ประวัติกินวานชักมดลูก ตลอดระยะเวลาหลังคลอด ร่วมกับมีอาการโพรงมดลูกอักเสบ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลังได้	มดลูกจึงเกิดเลือดไหลออก ซึ่งมักเป็นเลือดสดๆ หรือมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อโพรงมดลูก การจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยรายนี้ ถือว่าอยู่ในระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือด ตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป⁵ ร่วมกับมีภาวะช็อก มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ส่วนสาเหตุ อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี⁷ ผู้ป่วยให้ประวัติกินวานชักมดลูก ตลอดระยะเวลาหลังคลอด ร่วมกับมีอาการโพรงมดลูกอักเสบ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลังได้

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก เนื่องจากตกเลือดหลังคลอด	1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีควรนวดที่ยอดมดลูกทันที โดยวางมือเหนือ หัวหน้า อีกมือข้างวางที่ยอดมดลูก นวดคลึงที่ยอดมดลูกเบาๆ ด้วยปลายนิ้ว จนกว่าจะแข็ง 2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะ ปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวพร้อมบันทึก ทุก 15 นาทีเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอด ว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เช่นออกมากกว่าปกติ หรือเป็นสีเลือดสด 5. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 5%DN/2 1000cc. IV. Rate 120cc./hr. ตามแผนการรักษา 6. ดูแลให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา	1. ให้มารดาหลังคลอดนอนพักการใช้พลังงาน และงดอาหาร และน้ำทางปาก 2. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีต เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด 3. ตรวจนับชีพจรและวัดความดันโลหิตทุก 15 นาที หรือบ่อยกว่านี้ ตามความจำเป็น เพื่อประเมินภาวะช็อก 4. ดูแลเตรียมเลือดให้พร้อมใช้เสมอ และดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด 5. ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 6. ให้ 7. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก 8. ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาคือ Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%DN/2 1,000 มิลลิลิตร และเฝ้าระวัง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 8. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออก น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 9. ดูแลเตรียมเลือดให้พร้อมใช้เสมอ และดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด 10. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไปให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย การประเมินผล: 1. มดลูกหดตัวดีกลมแข็งระดับสะดือ 2. ค่าความเข้มข้นของเลือดภายหลังได้รับเลือดเท่ากับ 32 vol% ซีฟจร อยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่า MAP≥65 มิลลิเมตรปรอท	ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Cytotec 4 tab เห็นทางทวารหนักที่ได้รับหลังผ่าตัดในท้องผ่าตัดซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Prostaglandins รักษาภาวะมดลูกไม่หดตัว ผลข้างเคียงทำให้มีไข้หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียนและถ่ายเหลวได้ 9. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 10. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออก น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 11. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไปให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย การประเมินผล: หลังได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin, Cytotec 4 tab เห็นทางทวารหนัก มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ค่าความเข้มข้นของเลือดภายหลังได้รับเลือดเท่ากับ 30 vol% ซีฟจร อยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต ค่า MAP≥65 มิลลิเมตรปรอท
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอด	1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผล ผ่าตัดมาก แผลมีหนองมี discharge ซึม 3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีโดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ด ย้อนไปมา 4. เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมม และขจัดน้ำคาวปลา 5. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น	1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผล ผ่าตัดมาก แผลมีหนองมี discharge ซึม น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น 3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีโดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ด ย้อนไปมา 4. เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมม และขจัดน้ำคาวปลา 5. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผัก

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	6. หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที 7. แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผลและ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผล มีโอกาสติดเชื้ออักเสบหรือหายช้าได้⁹ การประเมินผล: 1. มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ 2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.6-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 – 130/80 มิลลิเมตรปรอท	ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 6. หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที 7. แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผลและ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผล มีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้⁹ การประเมินผล: 1. มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ 2. อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของมารดา จากคำบอกกล่าวและสีหน้า 2. จัดท่านอน Fowler's position หรือ Semi fowler's position จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัวลดอาการเจ็บ ตึงแผล 3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและ ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่มารดาและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของมารดา 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้มารดาทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวดว่าในช่วงผ่าตัดวันแรก จะปวดมากหลังจากนั้นจะทุเลาลงเรื่อย ๆ 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ 6. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้รบกวนการพักผ่อนของมารดาให้น้อยที่สุด	1. ประเมินพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของมารดา จากคำบอกกล่าวและสีหน้า 2. จัดท่านอน Fowler's position หรือ Semi fowler's position จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัวลดอาการเจ็บ ตึงแผล 3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและ ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่มารดาและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของมารดา 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้มารดาทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด ว่าในช่วงผ่าตัดวันแรก จะปวดมากหลังจากนั้นจะทุเลาลงเรื่อย ๆ 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. ดูแลให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ภาวะกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน 8. แนะนำวิธีการเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอนควรทำด้วยความระมัดระวัง ให้การพยาบาลด้วย ความนุ่มนวล 9. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้าๆ ผ่านทางปากจำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้า ครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือนของบาดแผล ใช้มือประคองแผลทุกครั้ง 10. ประเมิน pain score หลังให้การพยาบาล การประเมินผล 1. มารดาบ่นปวดแผลน้อยลง สีหน้าผ่อนคลายลง ไม่มีหน้าวินว้คิ้วขมวด 2. สัญญาณชีพ ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท 3. pain score 3-5 คะแนน	6. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้รับกวนการพักผ่อนของมารดาให้น้อยที่สุด 7. ดูแลให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ภาวะกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน 8. แนะนำวิธีการเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอนควรทำด้วยความระมัดระวัง ให้การพยาบาลด้วย ความนุ่มนวล 9. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้าๆ ผ่านทางปากจำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้า ครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือนของบาดแผล ใช้มือประคองแผลทุกครั้ง 10. ประเมิน pain score หลังให้การพยาบาล การประเมินผล 1. มารดาบ่นปวดแผลน้อยลง สีหน้าผ่อนคลายลง ไม่มีหน้าวินว้คิ้วขมวด 2. สัญญาณชีพ ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท 3. pain score 4-5 คะแนน
4. วิตกังวลเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามมารดาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึก และความวิตกกังวล 2. ให้ข้อมูลเรื่องการตกเลือดหลังคลอด และสาเหตุเนื่องจากภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรคและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมทั้งข้อร้องเรียน 3. อธิบายเหตุผล และให้ข้อมูลทุกครั้ง เมื่อให้การพยาบาล เพื่อให้มารดาเข้าใจแผนการรักษา และคลายความวิตก	1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามมารดาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึก และความวิตกกังวล 2. ให้ข้อมูลเรื่องการตกเลือดหลังคลอด และสาเหตุเนื่องจากภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมทั้งข้อร้องเรียน 3. อธิบายเหตุผล และให้ข้อมูลทุกครั้ง เมื่อให้การพยาบาล เพื่อให้มารดาเข้าใจแผนการรักษา และคลายความวิตก

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4. เปิดโอกาส ให้ญาติ ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยหลังตกเลือด เพื่อคลายความวิตกกังวล 5. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด 6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอด และญาติ ประเมินผล 1. มารดาคลายความวิตกกังวล สิ้นหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามมารดาเข้าใจเหตุผล และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	4. เปิดโอกาส ให้ญาติ ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยหลังตกเลือด เพื่อคลายความวิตกกังวล 5. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด 6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอด และญาติ ประเมินผล 1. มารดาคลายความวิตกกังวล สิ้นหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามมารดาเข้าใจเหตุผล และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

อภิปรายผล

การตกเลือดหลังคลอด ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรงทางสูติศาสตร์ ดังนั้น การเฝ้าระวัง และการประเมิน ภาวะวิกฤติ จะต้องมีความรวดเร็ว ทีมผู้ดูแล จะต้องมีการเตรียมความพร้อม จะต้องมีการเร่งหาสาเหตุของการตกเลือด เพื่อให้การแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด ควรมีการวางแผนทางการประเมิน และแนวทางการพยาบาลอย่างชัดเจน สำหรับพยาบาลที่ดูแลหลังคลอด มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังตกเลือด โดยการดูแลในเรื่องของการผ่อนคลายอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีโปรตีน ธาตุ เหล็ก และวิตามินซีสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะซีดหลังการตกเลือด เป็นต้น ดูแลให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด ภาวะซีดหลังการตกเลือด และการปฏิบัติตัวที่สำคัญหลังการตกเลือด เช่น การสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสาธิตและสอนวิธีการคลึงมดลูก วัดระดับยอด มดลูก การสังเกตน้ำคาวปลา การสังเกตแผลด้วยตนเอง

และการประเมินความรู้และทักษะของมารดา ก่อนกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญ ต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอด ตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอด ควรมีการเพิ่มทักษะและทบทวนการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดทุก 3 หรือทุก 6 เดือน

2. เพิ่มสัมพันธภาพของมารดาและญาติโดยให้มารดาหลังคลอดและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น และสอนให้ทราบถึงอาการตกเลือด ในระยะหลังคลอด เพื่อเพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบว่าผู้ป่วยและญาติจะสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยทั้งที่ขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Belfort MA, Lockwood CJ, Levine D, Bars VA. Overview of postpartum hemorrhage. Available: www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage
2. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 6(1): 261-272.
3. Chuthaarakayakul ส. (2020). Effectiveness of implementing Clinical Practice Guideline for Prevention of Postpartum Hemorrhage at Chiangkham Hospital, Phayao Province. *Journal of Nakornping Hospital*, 11(1). Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnkp/article/view/242247>
4. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012.
5. World Health Organization, UNICEF. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division: Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf.
6. พัชรียา นิลวัฒน์ภูมิรินทร์. (2562). การใช้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วิสัญญีสาร*, 45(3), 124 – 131.
7. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564.
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทย. (2564) สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021>
9. พิรุฬห์ สิทธิพล. (2020). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 277-292.

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอเมืองจัตวารี จังหวัดขอนแก่น

The development of Operations to prevent injury from road accidents

Manchakhiri District Khon Kaen

(Received: December 27,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

มนัญชัย รูปคำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอเมืองจัตวารี จังหวัดขอนแก่น โดยดำเนินการจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเครื่องมือ 5 ชิ้น ของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) และเปรียบเทียบสถิติอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองจัตวารี คณะอนุกรรมการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุจราจรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ T-Test ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอเมืองจัตวารี ดำเนินงานภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ดังนี้ 1)มีการจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พขอ./ศปถ. อำเภอ) 2)มีข้อมูลเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต 3)มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนน โดยใช้ตาราง Haddon's Matrix 4) คัดเลือกประเด็นปัญหา วิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 5)กำหนดเป้าหมายวิธีการแก้ไขปัญหา นำมาสู่แผนงาน/ โครงการ/ มาตรการและผลลัพธ์ 6)มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตระดับตำบล 7)มีการดำเนินมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอโดยสอดคล้องกับประเด็นปัญหา 8)ชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยง (Black spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone) และ 9)สรุปผลการดำเนินงาน พบว่า หลังการดำเนินงานภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ในปี 2564 อำเภอเมืองจัตวารีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดจากทีมสหวิชาชีพจากส่วนปกครอง ผู้นำชุมชน ตำรวจ เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ร่วมกันจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และขยายผลไปสู่ทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ ศปถ.อปท. (กิจกรรมที่ 6) ได้ดำเนินการต่อเนื่องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงเกิดการขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ จึงส่งผลให้การดำเนินงานอุบัติเหตุการอำเภอเมืองจัตวารี ได้รับรางวัล ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI ระดับดีเยี่ยม (Advanced))

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ABSTRACT

This study is action research. The objective is to develop a road traffic injury prevention operation model Mancha Khiri District Khon Kaen. It was implemented from the development Strategy and 5 Tools of Thailand Road Safety Policy Foundation, under the activity framework of nine activities (D-RTI PLUS). and compare statistics of death rates from road accidents The sample is Mancha Khiri Road Safety Operation Center Committee Road Accident Investigation Subcommittee Executives and persons responsible for traffic accidents of local government organizations Administrators or persons in charge of traffic accidents of sub-district health promoting hospitals and community leaders of 40 people. The data were collected from the District Level Road Traffic Injury Prevention Assessment (D-RTI) and analyzed quantitative data. by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and T-Test qualitative data obtained from interviews use content analysis.

The results of the research revealed that The development of a road traffic injury prevention operation model Mancha Khiri District Operates under the framework of 9 activities (D-RTI PLUS). as follows 1) There is a core team working group and a meeting to drive, plan, solve problems with participation of interdisciplinary teams. 2) There is surveillance information and situation preparation the problem of injury and death 3) There is an investigation into the cause of injury and death from road accident using Haddon's Matrix Table 4) Select the problem. Analysis of factors and causes of road accidents. 5) Determine the goal, how to solve the problem, bring it to the plan / project / measure and results. 6) A local/sub-district level team (RTI-Team) or the RTI-Team has been established, along with surveillance data management. and to prepare the situations of injuries and fatalities at the sub-district level 7) Measures to prevent injuries from road accidents are implemented at the district level in line with the problematic issues. 8) Target and fix the risk point (Black spot) or the provision of a safe road zone. (Safety Zone) and 9) Summary of performance. It was found that after the operation under the framework of 9 activities (D-RTI PLUS) in 2021, Manja Khiri District had a decrease in road accident deaths. success factor Formed from a multi-disciplinary team from the government, community leaders, police officers Staff of the Tambon health promoting hospital, Hospital, District public health. Jointly prepare information and analyze the situation to find solutions together. and extending the results to local/sub-district teams (RTI-Team) (Activity 6) has continued according to the context of each area Therefore, there was a drive to solve the problem of behavior of the people in the area. As a result, the accident operation of Manja Khiri District has been awarded the District Road Traffic Injury : D-RTI Excellent Performance advanced award.

Keywords: model development, road Accident Injury Prevention.

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ประสบภัยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของ

ประเทศด้วย จากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก¹ เมื่อ พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เฉลี่ย 22,491 คน/ปี คิดเป็น 32.7 ต่อแสนประชากร หรือวันละ 60 คน มีผู้บาดเจ็บนอนรักษาในโรงพยาบาล

ประมาณ 200,000 คน/ปี และผู้พิการ 9,000 คน/ปี และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ สูงถึงปีละ 4.8 แสนล้านบาท ซึ่งแนวโน้มของปัญหายังอยู่ในอัตราที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร ดังนั้นประเทศไทยจึงกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ไม่เกิน 18 คนต่อแสนประชากร ภายใน พ.ศ. 2564 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ และสอดคล้องเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) โดยหนึ่งในเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ 3 คือ การสร้างหลักประกันว่า คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และได้กำหนดเรื่องการลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนภายในปี 2564 โดยเป้าหมายในระดับประเทศ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร²

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรในจังหวัดขอนแก่น 3 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2561 – 2563 มีดังนี้ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ เท่ากับ 6,060, 6,891 และ 3,433 ครั้งตามลำดับ จำนวนผู้บาดเจ็บ เท่ากับ 6,616, 7,565, และ 3,716 รายตามลำดับ จำนวนผู้ทุพพลภาพ เท่ากับ 44, 42, และ 13 คนตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 231 คน (12.8 ต่อแสนประชากร), 211 คน (11.7 ต่อแสนประชากร), และ 128 คน (7.1 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ³ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรในอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น 3 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2561 – 2563 มีดังนี้ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ เท่ากับ 143, 146 และ 194 ครั้งตามลำดับ จำนวนผู้บาดเจ็บ เท่ากับ 153, 161, และ 188 รายตามลำดับ จำนวนผู้ทุพพลภาพ เท่ากับ 2, 2, และ 1 คนตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 3 คน (4.27 ต่อ

แสนประชากร), 3 คน (4.27 ต่อแสนประชากร), และ 5 คน (7.12 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประกอบกับจำนวนยานพาหนะและการสัญจรเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ จะเห็นว่าจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ และจำนวนผู้เสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าที่ผ่านมาอำเภอมัญจาคีรี ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่อง และบรรจุเข้าเป็นหนึ่งในประเด็นหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาตั้งแต่ปี 2562 แต่ยังคงเห็นผลไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จึงทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

วิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจากการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เครื่องมือ 5 ชิ้น ของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน ประกอบด้วยคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอมัญจาคีรี คณะอนุกรรมการ

สอบสวนอุบัติเหตุทางถนน ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุจราจรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุจราจรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน มีระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา 12 เดือน ตั้งแต่ มกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ที่ได้แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Open Form) สอบถามรายละเอียดเป็นแบบสอบถามรายการ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง

ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอุบัติเหตุทางถนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม โดยมีลักษณะการตอบคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) และมีระดับผลการดำเนินงาน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ให้คะแนน 1 คะแนน ระดับดีมาก ให้คะแนน 2 คะแนน และระดับดีเยี่ยม ให้คะแนน 3 คะแนน คะแนนเต็ม 27 คะแนน หลังจากนั้นคิดคะแนนเป็นร้อยละ และจัดระดับผลการดำเนินงานตามรูปแบบ D-RTI ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

ระดับดี (Good) ร้อยละ 1.00 – 69.99

ระดับดีมาก (Excellence) ร้อยละ 70.00 – 79.99

ระดับดีเยี่ยม (Advance) ร้อยละ 80.00 – 100.00

คะแนนที่ได้จะนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบกิจกรรมและการแปลผลคะแนนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

กรอบกิจกรรม DHS-RTI	ระดับดี	ระดับดีมาก	ระดับดีเยี่ยม
1.มีการจัดตั้ง คณะทำงาน Core Team และมีการประชุม การขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พขอ./ศปถ.อำเภอ)	มีคำสั่งและประชุม 2 ครั้ง/ปี	มีคำสั่งแต่งตั้ง ประชุม 2-5 ครั้ง/ปี	มีคำสั่งแต่งตั้ง ประชุม มากกว่า 5 ครั้ง/ปี
2.มีข้อมูลเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตเชิงระบาดวิทยา (คน/ รถ/ถนน และสิ่งแวดล้อม)	ย้อนหลัง 2 ปี	ย้อนหลัง 3 ปี	ย้อนหลัง มากกว่า 3 ปี
3.มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้ตาราง Haddon's Matrix	3 Case/ปี	5 Case/ปี	มากกว่า 5 Case/ปี
4.คัดเลือกประเด็นปัญหายาอย่างน้อย 2 ประเด็น วิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (คน/รถ/ถนนและสิ่งแวดล้อม)	2 ประเด็น	3 ประเด็น	มากกว่า 3 ประเด็น
5.กำหนดเป้าหมายวิธีการแก้ไขปัญหา นำมาสู่แผนงาน/โครงการ/มาตรการและผลลัพธ์	1 แผนงาน/ โครงการ	2 แผนงาน/ โครงการ	3 แผนงาน/ โครงการ

ตารางที่ 1 กรอบกิจกรรมและการแปลผลคะแนนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บ
จากอุบัติเหตุทางถนน

กรอบกิจกรรม DHS-RTI	ระดับดี	ระดับดีมาก	ระดับดีเยี่ยม
6.มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ ศปด.อปท. พร้อมกับการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ระดับตำบล เชนะบาดวิทยา (คน/รถ/ถนนและสิ่งแวดล้อม)	มีคำสั่งแต่งตั้ง และเสนอข้อมูล ในการประชุม 1 ครั้ง/ปี	มีคำสั่งแต่งตั้ง และเสนอข้อมูล ในการประชุม 2 ครั้ง/ปี	มีคำสั่งแต่งตั้ง และเสนอข้อมูล ในการประชุม มากกว่า 2 ครั้ง/ปี
7.มีการดำเนินมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ โดยสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	1 มาตรการ และติดตาม ประเมินผล	2 มาตรการ และติดตาม ประเมินผล	3 มาตรการ และติดตาม ประเมินผล
8.ชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยง (Black spot) หรือการจัดให้มี โซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)	3 จุดและ ได้รับการแก้ไข	5 จุดและ ได้รับการแก้ไข	มากกว่า 5 จุด และได้รับการแก้ไข
9.สรุปผลการดำเนินงานและเปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตในอำเภอและตำบล	1 ฉบับและ สรุปข้อมูลอำเภอ	1 ฉบับและ สรุปข้อมูลอำเภอ ตำบล พร้อมเสนอต่อ ศปด. อำเภอ 1 ครั้ง	1 ฉบับและ สรุปข้อมูล อำเภอ, ตำบล พร้อมเสนอต่อ ศปด.อำเภอ 2 ครั้งขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ประกอบด้วยโครงสร้างคำถาม ดังนี้ 1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ตามรูปแบบที่ได้พัฒนาเป็นอย่างไรบ้าง 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ตามรูปแบบที่พัฒนามีอะไรบ้าง 3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ชี้แจงรายละเอียดและวิธีการในการดำเนินงานวิจัย และขอความความเห็นชอบจากคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอมัญจาคีรี คณะอนุกรรมการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุจราจรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุจราจรของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

ขั้นตอนการดำเนินการ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูลทั่วไปและศึกษาถึงสภาพปัญหา โดยศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อุบัติเหตุจราจร อำเภอ มัญจาคีรี ปี 2560-2564 และวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจราจร จากรายงานสอบสวนอุบัติเหตุ ปี 2563

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ 1) จัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2) เลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยประยุกต์จากแนวคิดการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้นของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ซึ่งพัฒนารูปแบบจากการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ 3) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่ได้พัฒนาไว้ให้ครบทั้ง 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) 4) จัดการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน วางแผนแก้ไขปัญห และนำปัญหาที่ได้มาปรับปรุงแผนการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถนำ

แนวทางไปปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ และพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผล ประเมินผล กระบวนการโดยแบบประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับ อำเภอ (D-RTI) หลังดำเนินการ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ T-Test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.50 เพศหญิง ร้อยละ 32.50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ

40.00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 87.50 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ 6-10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 25.00

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอ มัญจาคีรี หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือกิจกรรมที่ 6 มีการจัดตั้งทีม ระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ ศปท. พร้อมกับการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำ สถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ระดับ ตำบลเชิงระบดวิทยา (คน/รถ/ถนนและ สิ่งแวดล้อม) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.60 (S.D.=0.49) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนรายกิจกรรม ก่อนและหลังดำเนิน (N = 40)

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน					
	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปท.อำเภอ)	1.43	0.67	2.40	0.49	8.40	0.000*
2. มีข้อมูลเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตเชิงระบดวิทยา (คน/รถ/ถนนและ สิ่งแวดล้อม)	1.23	0.42	2.35	0.48	10.98	0.000*
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้ตาราง Haddon's Matrix	1.15	0.36	2.05	0.67	7.31	0.000*
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น วิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (คน/รถ/ถนนและสิ่งแวดล้อม)	1.23	0.42	2.48	0.50	12.54	0.000*
5. กำหนดเป้าหมายวิธีการแก้ไขปัญหามาสู่แผนงาน/โครงการ/มาตรการและผลลัพธ์	1.13	0.33	2.45	0.50	14.64	0.000*
6. มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ ศปท.อปท. พร้อมกับการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และ	1.20	0.40	2.60	0.49	14.02	0.000*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนรายการกิจกรรม ก่อนและหลังดำเนิน (N = 40)

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน					
	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
จัดทำสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ระดับตำบลเชิงระบาดวิทยา (คน/รถ/ถนนและ สิ่งแวดล้อม)						
7. มีการดำเนินมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอโดยสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	1.20	0.40	2.58	0.50	13.02	0.000*
8. ชี้นำและแก้ไขจุดเสี่ยง (Black spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)	1.20	0.45	2.28	0.33	12.93	0.000*
9. สรุปผลการดำเนินงานและเปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตในอำเภอและตำบล	1.13	0.33	2.20	0.40	16.31	0.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จางีร์ ผลการประเมินการให้คะแนนเป็นร้อยละ จัดระดับผลการดำเนินงานตาม รูปแบบ D-RTI หลังดำเนินการมีค่าคะแนนผลการประเมินอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 โดยก่อนการดำเนินงาน มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.13 คะแนนที่ได้คิด เป็นร้อยละ 40.43 อยู่ในผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ หลังดำเนินการมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.08 คะแนนที่ได้คิดเป็นร้อยละ 80.26 อยู่ในผลการประเมินระดับดีเยี่ยม (Advance) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จางีร์ (N=40)

การดำเนินงาน	Mean	S.D	t	P-value
D-RTI				
ก่อนดำเนินการ	12.13	1.13	48.19	0.000*
หลังดำเนินการ	24.08	1.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. จากผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จางีร์ พบว่า หลังการดำเนินงานภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ในปี 2564 อำเภอแม่จางีร์มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราราย 4.27 ต่อแสนประชากร มี

จำนวนผู้บาดเจ็บ 127 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 181.07 ต่อแสนประชากร ลดลงจากปี 2563 ที่มีผู้เสียชีวิต 5 ราย อัตราตาย 7.12 ต่อแสนประชากร และมีผู้บาดเจ็บจำนวน 188 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 268.04 ต่อแสนประชากร รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จวนจันทรี ปี 2563 – 2564

ปี พ.ศ.	ผู้เสียชีวิต		ผู้บาดเจ็บ	
	จำนวน(คน)	อัตราต่อแสน ประชากร	จำนวน(คน)	อัตราต่อแสน ประชากร
2563	5	7.12	188	268.04
2564	3	4.27	127	181.07

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จวนจันทรี จังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จวนจันทรี ดำเนินงานภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ดังนี้ 1) มีการจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ) 2) มีข้อมูลเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต 3) มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้ตาราง Haddon's Matrix 4) คัดเลือกประเด็นปัญหา วิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 5) กำหนดเป้าหมาย วิธีการแก้ไขปัญหา นำมาสู่แผนงาน/ โครงการ/ มาตรการและผลลัพธ์ 6) มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตระดับตำบล 7) มีการดำเนินมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอโดยสอดคล้องกับประเด็นปัญหา 8) ชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยง (Black spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone) และ 9) สรุปผลการดำเนินงาน^{4,5}

2. จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จวนจันทรี ผลการประเมินการให้คะแนนเป็นร้อยละ จัดระดับผลการดำเนินงานตาม รูปแบบ D-RTI หลัง

ดำเนินการมีค่าคะแนนผลการประเมินอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการดำเนินงาน มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.13 คะแนนที่ได้คิดเป็นร้อยละ 40.43 อยู่ในผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ หลังดำเนินการมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.08 คะแนนที่ได้คิดเป็นร้อยละ 80.26 อยู่ในผลการประเมินระดับดีเยี่ยม (Advance) และพบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือกิจกรรมที่ 6 มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ระดับตำบลเชิงระบาดวิทยา (คน/รถ/ถนนและ สิ่งแวดล้อม) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.60 (S.D.=0.49)

3. จากผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จวนจันทรี พบว่า หลังการดำเนินงานภายใต้กรอบกิจกรรม 9 กิจกรรม (D-RTI PLUS) ในปี 2564 อำเภอแม่จวนจันทรีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราตาย 4.27 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้บาดเจ็บ 127 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 181.07 ต่อแสนประชากร ลดลงจากปี 2563 ที่มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย อัตราตาย 7.12 ต่อแสนประชากร และมีผู้บาดเจ็บจำนวน 188 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 268.04 ต่อแสนประชากร⁵

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่จวนจันทรี เกิดจากทีมสหวิชาชีพจากส่วนปกครอง ผู้นำชุมชน ตำรวจ เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. โรงพยาบาล สาธารณสุข อำเภอ ร่วมกันจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์

หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และขยายผลไปสู่ทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล (RTI-Team) หรือ สปอ.อปท. (กิจกรรมที่ 6) ได้ดำเนินการต่อเนื่องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงเกิดการขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหามลพิษของประชาชนในพื้นที่ ทั้งที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงจากข้อมูลภาพรวมของอำเภอ คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย เมาแล้วขับ และขับเร็ว ทำให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลสภาพปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไข

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอ

ปัญหา รวมถึงมีการทำมาตรการของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามลพิษ ก่อนนำไปสู่การบังคับใช้ กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนร่วมกัน และส่งผลให้การดำเนินงานอุบัติเหตุการอำเภอมัญจาคีรี ได้รับรางวัล ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI ระดับดีเยี่ยม (Advanced)⁴⁻⁶ มัญจาคีรี ควรจะมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว และช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-road-safety-2018>
2. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2019. [Available from: http://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2562-09/25620916Accident%20report2561%20_OTP.pdf
3. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุประจำจังหวัดขอนแก่น. 2563. บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด [Internet]. [อ้างถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2563]. Available from: <http://www.thairsc.com/p77/index/40>
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับพื้นที่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). แนวทางการดำเนินงานและการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ D-RTI (District Road Traffic Injury). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
6. ศศิกานต์ มาลากิจสกุล. (2563). ผลของรูปแบบการดำเนินงาน D-RTI Plus ต่อการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 ม.ค.- เม.ย. 2563 หน้า 25-41.

การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขาม
ป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น

The Health Behavior Modification Village Model Development in COVID-19 Prevention with
Participation in Ban Kham Pom Community, Moo 4,12

Khua Reang Sub-District, Chum Phae District, Khonkaen Province

(Received: December 27,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

วรรณกร ตาบ้านตู¹ นพพร การถัก¹ เกื้อกุล เพ็ชรสันต¹

Wanakorn Tabandu¹ Nopporn Karnthak¹ Kuakul Pethsantad¹

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันการโรคโควิด-19ในชุมชนระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่นและ ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ตัวแทนครัวเรือน จำนวน 40 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 2 คน และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบสอบถาม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยหลัก 5 ก. ดังนี้ 1) กรรมการ 2.) กองทุน 3). กิจกรรม 4.) การคัดกรอง 5.) กักตัว 2) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า (1) ไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในระยะเวลาการศึกษา (2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.86 ± 0.59) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก (3) กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean 3.88 ± 0.67) และทุกด้านอยู่ในระดับมา (4) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean 4.12 ± 0.51) และ (5) เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขึ้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.027) และพฤติกรรมด้านสุขภาพขึ้นพื้นฐานการป้องกันการโรคโควิด-19สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ : หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม,การป้องกันการโรคโควิด-19, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The model development of the COVID-19 prevention behavioral modification village through community participation in Khua Rieng sub-district, Chum Phae district, Khon Kaen province was conducted by a participatory action research study. The research was divided into 3 phases. The first phase was to study the context of the problem of COVID-19 prevention in the community. The second phase was to develop the COVID-19 prevention behavioral modification village model through community participation in Khua Rieng sub-district, Chum Phae district, Khon Kaen province. And the final phase was to evaluate the development of the developed model. The

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

contributors and research participants consisted of 40 representatives of households; 32 village health volunteers; 2 representatives of community leaders; 2 sub-district administrative organization officials; and 2 sub-district health promoting hospital staff. Data was gathered using a knowledge and behavioral survey, a questionnaire, a satisfaction assessment, and a group discussion on COVID-19 prevention. The tools had been thoroughly examined by three experts. The reliability was determined using the Cronbach's alpha coefficient, which was 0.92. Quantitative data was analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Content analysis was used to analyze qualitative data.

Result: 1) Developing the COVID-19 prevention behavioral modification village through community participation by implementing the five principles as follows: committee, fund, activities, screening, and quarantine. 2) Evaluating the model development of the village model for COVID-19 prevention behavioral modification through community participation, we found that (1) there were no cases of COVID-19 during the study period, (2) overall the community's participation in the COVID-19 prevention behavioral modification village development was at a high level (Mean 3.86 ± 0.59), and all aspects were also at a high level, (3) the COVID-19 prevention behavioral modification village development process was overall at a high level (Mean 3.88 ± 0.67) including all aspects, (4) the overall level of satisfaction with the COVID-19 prevention behavioral modification village development process was at a high level (Mean 4.12 ± 0.51), and (5) a comparison of the mean scores of COVID-19 prevention basic health literacy was found to be significantly higher than before participation (p -value = 0.027), and COVID-19 preventive basic health behaviors were significantly greater than ever ability to participate (p -value < 0.001).

Keywords: Behavioral Modification Village, COVID-19 Prevention, Community Participation

บทนำ

จากสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากเมืองอู่ฮั่นและมณฑลหูเป่ย์ในประเทศจีนในช่วงเดือน ธันวาคม 2562 และมีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ทั่วโลก ซึ่งโรคนี้ทำให้เกิดอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจ โดยมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว และหายใจลำบากในรายที่มีอาการรุนแรง โดยหลักแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อที่ไอหรือจามออกมา รวมถึงการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีไวรัสอยู่ แล้วไปสัมผัสดวงตา จมูก หรือปากของตัวเอง จากการระบาดของโรคตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม 2563 ผ่านมา 3 เดือน มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลกรวม 185 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐเรือ Diamond Princess และเรือ Grands Princess ในวันที่ 22 มีนาคม 2563 จำนวน 308,615 รายมีอาการรุนแรง 9,943 ราย เสียชีวิต 13,071 ราย¹ สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยจากการคัดกรองตามนิยามการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 สะสมตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2563 รวมทั้งสิ้น 34,696 เทียบกับผู้เดินทางได้รับการคัดกรองสะสมรวม 4,173,802 รายพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามการคัดกรองจำนวน 353 ราย การคัดกรองผู้เดินทางที่ท่าเรือตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2563 มียอดการคัดกรองเรือสะสม 1,040 ลำมีผู้เดินทางได้รับการคัดกรองสะสมรวม 125,277 รายพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามการคัดกรองจำนวน 2 รายการคัดกรองผู้เดินทางผ่านด่านพรมแดนทางบกตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 21 มีนาคม 2563 มีผู้ได้รับการคัดกรองสะสมรวม 1,588,720 รายและการคัดกรองผู้มาต่ออายุหนังสือเดินทางที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองแจ้งวัฒนะตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2563 ถึง 20 มีนาคม 2563 ได้ทำการคัดกรองรวมทั้งสิ้น 116,702 รายรวมพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามการคัดกรองที่ช่องทางเข้าออกประเทศจำนวน 10,925 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม 599 รายหายป่วยและแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล 52 ราย อยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล 546 ราย เสียชีวิต 1 ราย ผู้ป่วย

ยืนยันที่มีอาการรุนแรง จำนวน 7 ราย¹ สำหรับสถานการณ์ โรคโควิด-19 จังหวัดขอนแก่น พบกลุ่มเสี่ยงที่ติดตามทั้งหมด 3,867 ราย กลุ่มเสี่ยงอยู่ในระยะติดตาม 2,160 ราย กลุ่มเสี่ยงครบการติดตาม 14 วัน 1,707 ราย ติดเชื้อ 3 ราย รักษาหาย 3 ราย เสียชีวิต 0 ราย² จากปัญหาการระบาดและความรุนแรงของโรคทำให้มีผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่ยังไม่มียารักษา และแนวทางป้องกันการระบาดที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทั่วโลก และ การปิดประเทศ และ จังหวัดขอนแก่น ที่ปิดเมือง ปิดโรงเรียน และสถานที่ที่เป็นแหล่งชุมนุมของคนจำนวนมาก รวมทั้งการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ทุกอำเภอพบกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 กระจายในหลายพื้นที่ รวมทั้งอำเภอชุมแพ ที่พบว่ามียุทธศาสตร์ที่กลับจากต่างประเทศ และต่างจังหวัด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบว่ามี การระบาดของโรคโควิด-19 เดินทางกลับภูมิลำเนา และตำบลข้าวเรียง เป็นอีกหนึ่งตำบลที่พบปัญหาในการดำเนินงานป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีผู้เดินทางกลับจากประเทศเกาหลีจำนวน 5 คน และกลุ่มเสี่ยงเดินทางกลับจากต่างจังหวัด ได้แก่ เขต กรุงเทพมหานคร และเขตปริมลฑล จำนวน 105 คน³ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ปฏิเสธการกักตัว(Home Quarantine) จำนวน 14 วัน รวมทั้งการจัดงานประเพณีต่างๆที่ยังไม่มีมาตรการหรือข้อตกลงของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 เช่นการจัดงานศพ และนอกจากนั้นยังพบปัญหาในการให้บริการการดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน เช่น การรับยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ,การรับวัคซีนในเด็ก ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง³ ดังนั้นเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19ที่มีประสิทธิภาพ ต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และที่สำคัญคือ ภาคประชาชน รวมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในพื้นที่เพื่อช่วยในการพัฒนาการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งนี้การสนับสนุนทรัพยากรจำเป็นต้องอาศัยจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปของวัสดุอุปกรณ์ เช่น หน้ากากผ้าอนามัย เจลล้างมือ เทอร์โมสแกนในการ

วัดไข้ การสนับสนุนการทำอาชีพเสริมจากพัฒนาชุมชน การจัดทำกิจกรรมเพื่อการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันโรค แต่ยังพบว่ามาตรการหรือแนวทางปฏิบัติรวมทั้งพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่ไม่ปฏิบัติต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการระบาดในระลอก 2 อาจเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น และยังไม่มีแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของบ้านขามป้อมหมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19ของชุมชนแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชน⁽⁴⁾ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันโรคโควิด-19ในชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.ทุกคนทั้ง 2 หมู่บ้าน ตัวแทนครัวเรือนใน ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ผู้ร่วมงานวิจัย/กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 78 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ อบต. จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน อสม.ทุกคนทั้ง 2 หมู่บ้าน จำนวน 32 คน ตัวแทนครัวเรือนที่ได้รับการคัดเลือกทั้ง 2 หมู่ จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่างตัวแทนครัวเรือน 247 คนในการศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังดำเนินการงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมขั้นพื้นฐานการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจโดยแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในป้องกันโรคโควิด-19 ของชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด ให้เติมข้อความให้ตอบได้อย่างอิสระ และแบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19 บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคโควิด-

19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชนของบ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ต.ข้าวเรียง อ.ลำนาน จ.ขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิด ให้เติมข้อความ ให้ตอบอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item-Total Correlation) จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดสอบเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้⁵ ซึ่งแบบสอบถามในการวิจัยนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชในภาพรวม ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้เท่ากับ 0.93, 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบวัดแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่(Frequency) ค่าร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน(Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูง (Maximum) เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับ การ มี ส่วน ร่วม ของ ชุม ชน ระดับกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยน ระดับความพึงพอใจ และเปรียบเทียบความแตกต่างทางด้านสถิติของข้อมูลก่อน-หลังการดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม โดยจัดบันทึกข้อมูลประกอบกับ และการถ่ายภาพ เพื่อรวบรวม และ

นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แปลความหมายและตีความข้อมูลที่ได้รับรวบรวมมา

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 8 ธันวาคม 2563 เลขที่ KEC63076/2563

ผลการวิจัย มีดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนบ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอนาคู จังหวัดขอนแก่น พบว่า สถานการณ์โรคโควิด-19 ของพื้นที่ ยังพบว่ามีการเดินทางของกลุ่มเสี่ยงเพื่อกลับมายังภูมิลำเนาทั้งจากต่างประเทศ และต่างจังหวัด ประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างซึ่งการรับจ้างจะเข้าไปทำงานรับจ้างในตลาด และทำงานในโรงงาน ผลิตเสื้อผ้ากีฬาที่เป็นบริษัทใหญ่มีลูกจ้างมาจากหลายพื้นที่และหลายอำเภอ ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ เพชรบูรณ์ หนองบัวลำภู ซึ่งทั้ง 2 อาชีพนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 และมีโอกาสเกิดการระบาดของโรคที่จะเกิดขึ้นในชุมชน และคนในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่จะติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว นอกจากนี้ประชาชนยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ งดการกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 85.02

รองลงมาคือผู้ที่กลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกคนถึงแม้จะยังไม่มีอาการ ร้อยละ 95.12 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ ไปร่วมงานสังสรรค์ หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม ร้อยละ 79.09 รองลงมาคือใช้ของส่วนตัว ร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 82.23 กินอาหารที่ปรุงสุก ใหม่ ๆ ทุกมื้อ ร้อยละ 92.33 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้รับการคืนข้อมูลจากการศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันโรค

โควิด-19 ในชุมชนรวมทั้ง ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่ ที่ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงและปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ประชุมระดมสมองภายใต้มาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ในการวางแผน (Plan) แก้ไขปัญหาพร้อมกับหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสม มีการจัดอบรม เพื่อให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้มีความรู้ที่ถูกต้อง มีความมั่นใจ มีความเข้าใจในการป้องกันตนเอง มีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามแผน (Action) การดำเนินงานของชุมชนจากการประชุมโดยนำเข้าสู่เวทีประชาคมของหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่ เพื่อเป็นมติของชุมชนในการดำเนินโครงการโดยชุมชนร่วมกันดำเนินการรวมทั้งมาตรการหรือกติกาของหมู่บ้าน จากนั้นจะมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่ (Observation) โดยคณะกรรมการหมู่บ้านหรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้เก็บข้อมูลจากการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหา และได้แนวทางในการปฏิบัติให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน และร่วมสังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในงานบุญ งานประเพณีต่าง ถูกต้องหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยได้คืนข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงาน การถอดบทเรียนในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบทั้งกิจกรรมที่สำเร็จ และกิจกรรมที่ยังเป็นปัญหา (Reflection) เช่น การไม่ปฏิบัติตามมาตรการ/กติกาชุมชน คณะทำงานไม่ได้รับมอบหมายงานที่ชัดเจน ความไม่เข้าใจของชุมชนในจัดหาสถานที่กักตัว การบริหารจัดการวัสดุ-อุปกรณ์ ความวิตกกังวลของประชาชนที่มีต่อกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งทางผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามวงจร PAOR⁶ จำนวน 2 วงรอบ ภายใต้ข้อจำกัดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และจากการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ทำให้ได้รูปแบบหมู่บ้าน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก.ดังนี้ **1. กรรมการ** ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นคณะกรรมการชุดเดียวกันกับคณะกรรมการหมู่บ้าน วัด โรงเรียน โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการดังนี้ 1.1 คณะกรรมการอำนวยการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส และคุณครูประจำโรงเรียนที่อยู่ในหมู่บ้าน ประธาน อสม.โดยทำหน้าที่ในการประชุมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลข่าวสาร ประกาศจังหวัด อำเภอ และสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แจ้งให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รับทราบอย่างรวดเร็วและถูกต้อง และการเตรียมสถานที่ในการกักตัวของลูกหลานที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง 1.2 คณะกรรมการดำเนินงาน โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ดังนี้ คณะกรรมการคัดกรอง โดยแบ่งออกเป็นทีมซึ่งจะเป็นทีม ผู้นำ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ อสม.ในการให้บริการคัดกรองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในหมู่บ้าน ที่ต้องคัดกรองผ่านจากด่านชุมชนของหมู่บ้าน พร้อมกับลงทะเบียน ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้เดินทางเข้าพื้นที่ และทำหน้าที่คัดกรองประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมงานศพ งานแต่งงาน หรืองานประเพณีในพื้นที่ ด้วย และทีมที่ 2 เป็นทีมที่ให้บริการคัดกรองสำหรับประชาชนในหมู่บ้านที่ต้องเฝ้าระวัง การติดเชื้อโควิด-19 ในหมู่บ้านจะประกอบไปด้วย อสม.ของแต่ละหมู่บ้านในการออกให้บริการ โดยจะมีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเปราะบาง กลุ่มป่วยที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมพร้อมคัดกรอง และทีมที่ 3 จะเป็นทีมออกติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเพื่อกลับมาที่บ้าน ซึ่งจะมีแบบฟอร์มการลงทะเบียนของคนในพื้นที่ ที่แจ้งมาที่ อสม. ผู้นำ หรือคนในครอบครัวเพื่อเตรียมสถานที่กักตัวเป็นสถานที่ที่ชุมชนหรือญาติได้เตรียมไว้ให้ภายใต้ความเห็นชอบของชุมชนและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชั่วคราว และเจ้าหน้าที่ อบต.ชั่วคราว การเตรียมเครื่องอุปโภคบริโภค ตลอดจนการกักตัวครบ 14 วัน ซึ่ง

ทั้ง 3 ทีมจะหมุนเวียนภารกิจทุกๆ 14 วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 หากพบทีมใดทีมหนึ่งมีการติดเชื้อเกิดขึ้น สมาชิกในทีมจะเข้าสู่อุปกรณ์เพื่อสังเกตอาการ เพื่อลดความเสี่ยงและการแพร่กระจายของโรคโดยกักตัว 14 วัน แบ่งนำและเรื่องของ ประชาชนในหมู่บ้านและคนที่เดินทางจากต่างจังหวัดต่างพื้นที่ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในพื้นที่ รวมทั้งการจัดหางบประมาณหาสิ่งของเครื่องใช้เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นเพื่อจะสนับสนุนสำหรับคนในหมู่บ้านตนเอง การจัดและคัดแยกกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้านโดยมอบหมายแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนเพื่อให้ทันกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 คณะกรรมการรายงานการดำเนินงานซึ่งจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน และประธาน อสม. ในการรายงานผลการดำเนินงาน ทั้งรายงานการคัดกรองที่ด่านชุมชน คัดกรองประชาชนในหมู่บ้าน และการรายงานการออกติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงที่กักตัวในพื้นที่เป็นรายวัน จนครบการกักตัว 14 วัน **2. กองทุน** เป็นกองทุนที่จัดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วัด และทางภาคเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่ ซึ่งมีกองทุนในการช่วยเหลือคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ดังนี้ 2.1 กองทุนหมู่บ้านที่จัดตั้งขึ้นในหมู่บ้านและบริหารจัดการโดยคณะกรรมการกองทุนของหมู่บ้าน เช่น กองทุนเงินล้านที่ได้จัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการบางส่วนในการสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต กลุ่มฅาปนกิจหมู่บ้าน โดย มีบทบาทในการสำรวจ/จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ พรอท หน้ากากอนามัย ถุงมือ ถุงขยะ เครื่องอุปโภค บริโภค งบประมาณ รวมทั้งของบริจาคที่จะนำมาใช้หรือให้บริการสำหรับประชาชนในหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งการสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภคเมื่อเพื่อนบ้านต้องกักตัวตามมาตรการของชุมชน 2.2 ภาคประชาชน ได้แก่ พ่อค้า คหบดี นักการเมือง และลูกหลานที่ทำงานในต่างประเทศและต่างจังหวัด รวมถึงวัดประจำหมู่บ้าน ที่ร่วมบริจาคผ่านทางผู้นำและคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งได้

ร่วมบริจาคในรูปของงบประมาณ เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น ข้าวสาร อาหารแห้ง ให้กับชุมชน เพื่อช่วยเหลือในสถานการณ์โควิด-19 ระบาด นอกจากนี้ยังมีการบริจาคข้าวกล่อง และน้ำดื่ม สำหรับผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกักตัวในพื้นที่อีกด้วย

2.3 หน่วยงานของรัฐที่สนับสนุนทั้งกิจกรรม แผนงาน โครงการ ในการแก้ไขปัญหา และการป้องกันโรคโควิด-19 โดยตรงได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลข้าวเรียง (อบต.ข้าวเรียง) ที่ได้จัดทำแผนแก้ไขปัญหา โดยการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ ทีมงาน งบประมาณ และอาหาร ในการสนับสนุน ตั้งทีมในการดำเนินงาน ป้องกันโรคโควิด-19 การจัดเตรียมสถานที่โดยใช้ห้องประชุม อบต.ข้าวเรียงในการเป็นสถานที่ในการกักตัวของผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง

3. กิจกรรม สำหรับกิจกรรมหลักในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการดำเนินกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมต่างๆที่อยู่ในแผนงาน/โครงการ เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้ การจัดกิจกรรมงานบุญงานบวช งานประเพณี งานศพ และการตามประเพณีต่างๆ โดยจะมีกรรมการที่มีบทบาท ในด้านการดำเนินการ ดังนี้

3.1 การแจ้ง และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรการตามที่ประกาศจังหวัดขอนแก่น อำเภอชุมแพ และธรรมนูญตำบลข้าวเรียง เรื่องการงดรวมกลุ่ม การงดสังสรรค์ หรือการจัดกิจกรรมงานบุญงานประเพณี โดยให้ประชาชนทั้ง 2 หมู่บ้านถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งในกรณีต้องขออนุญาตจัดงานจากนายอำเภอ หรือจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ตำบล เพื่อให้การจัดกิจกรรมดังกล่าวเป็นไปตามมาตรการ และมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งการจัดทีมงานในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว

3.2 การประเมินสถานที่เสี่ยงในการจัดงาน โดยให้เจ้าภาพแจ้งต่อผู้นำ อสม. เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินความพร้อมและสถานที่ในการจัดกิจกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งความเหมาะสมในการตั้งจุดคัดกรอง และการเว้นระยะห่าง การทำทะเบียนให้ผู้เข้าร่วมงานได้ลงทะเบียนเพื่อพบมีผู้ติดตามจะได้ประสาน

แจ้งให้เฝ้าระวังตนเอง และในการป้องกันโรคโควิด-19กับผู้เกี่ยวข้อง

3.3 กิจกรรมในตลาดชุมชนบ้านขามป้อม ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ อบต.ข้าวเรียง โดยจัดให้มีจุดคัดกรองที่ชัดเจน ประกอบด้วย การวัดไข้ การลงทะเบียน การเว้นระยะห่างของร้านค้าและแม่ค้า การจัดแอลกอฮอล์ล้างมือให้เพียงพอ ที่แผงร้านค้า จัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือสำหรับลูกค้าของตนเอง และการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาของแม่ค้าและผู้ซื้อ

3.4 มีระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล เพื่อสรุปรายงานกิจกรรม ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มปกติเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหาที่ยังเป็นช่องว่างยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา เพื่อนำเข้าสู่เวทีของการประชุม หัวหน้าส่วนราชการ ผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข และเวทีคณะกรรมการป้องกันโรคโควิด-19ของตำบลข้าวเรียง โดยเฉพาะผู้นำ เครือข่ายสุขภาพบ้านขามป้อม และประชาชนทั้ง 2 หมู่บ้านที่จะต้องรับทราบถึงปัญหาที่ต้องนำมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนงาน/โครงการ ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป จนกว่าปัญหานั้นจะได้รับการแก้ไขหรือลดลงตามความจำเป็นเร่งด่วนในการป้องกันโรคโควิด-19 แล้วจัดทำรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

4. การคัดกรอง โดยจะมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองได้แก่

4.1 กลุ่มปกติที่อยู่ในชุมชน โดย อสม.ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนออกติดตาม ประเมินความเสี่ยง อาการที่ผิดปกติของคนในครอบครัวที่ตนรับผิดชอบ รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และประสาน อสม.ทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ กรณีมีอาการผิดปกติเพื่อขอรับการดูแลรักษา

4.2 กลุ่มปกติเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มที่มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ โดย อสม.จะมีกลุ่มหมายของแต่ละคนเพื่อเฝ้าระวังและคัดกรองตามระยะเวลาตามเกณฑ์กำหนด รวมทั้งการออกติดตามเยี่ยมให้การดูแล การนำยาโรคประจำตัวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4.3 กลุ่มเสี่ยงที่เดินทางจากเขตกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑล และพื้นที่เสี่ยง

จะต้องแจ้งทางครอบครัวหรือญาติ ล่วงหน้า เพื่อให้ผู้นำและ อสม.ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องสถานที่คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้าหมู่บ้านเพื่อรับการประเมินและคัดกรอง การเข้าสู่การกักตัวตามสถานที่ที่ทางชุมชนหรือทางญาติจัดให้และผ่านความเห็นชอบของชุมชนโดยญาติเป็นผู้ดูแลอาหารให้กลุ่มเสี่ยง 3 มื้อ โดยผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต้องกักตัว 14 วัน โดย อสม.รายงาน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกวัน นอกจากนี้ยังมีการคัดกรองโรคซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินคำถาม 2 Q เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่งให้รายงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อรับคำปรึกษาแบบออนไลน์ โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลข้าวเรียงได้จัดทีมออกร่วมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงตั้งแต่ระดับจุดพักคอยที่อำเภอซึ่งเริ่มมีในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 เพื่อคัดแยกกลุ่มเสี่ยง โดยทุกตำบลที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงต้องผ่านการคัดกรองที่อำเภอก่อน กรณีผลการตรวจติดเชื้อโควิด-19 ให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ กรณีผลการตรวจเป็นลบทางรถกู้ชีพ อบต.ข้าวเรียงรับกลับมาพื้นที่และเข้ารับการกักตัวที่สถานที่ที่เตรียมไว้ให้ จนกว่าจะครบ 14 วัน 5. กักตัว ซึ่งเป็นกระบวนการหลังจาก อสม.คัดกรองกลุ่มเป้าหมายทั้งอยู่ในชุมชน และที่เดินทางมาจากเขตกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑล และพื้นที่เสี่ยงรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองจากจุดพักคอยที่อำเภอเมื่อกลุ่มเสี่ยงมีผลตรวจเป็นลบ ทางรถกู้ชีพและเจ้าหน้าที่ อบต.ก็จะนำกลุ่มดังกล่าวกลับพื้นที่ พร้อมกับนำส่งสถานที่กักตัว ที่แยกออกจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน กักตัวจนครบ 14 วัน หรือกรณีมีผลการคัดกรองพบความผิดปกติสงสัยติดเชื้อโรคโควิด-19 เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หรือมีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 หรือไปในสถานที่แออัด มีการระบาดของโรค โดยผู้ที่มีประวัติดังกล่าวต้องแยกกักตัวเอง (Home Quarantein) 14 วัน หรือได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบ่งออกเป็นผู้ป่วยสีเขียวที่ไม่มีการแสดงอาการ และผู้ป่วยสีเหลืองที่มีอาการและภาวะแทรกซ้อน โดยทั้งสองกลุ่มของอำเภอชุมแพ จะ

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนหายและครบ 14 วัน จากนั้น ผู้ที่รักษาตัวหายจากโรคโควิด-19 แล้วหลังกลับมาในพื้นที่ ในชุมชนบ้านขามป้อมทั้ง 2 หมู่บ้านมีมติให้กักตัวในชุมชนตามสถานที่ ที่ทางญาติ หรือหน่วยงานของรัฐได้เตรียมไว้ให้โดยกักตัวให้ครบอีก 14 วัน และจะได้รับหนังสือรับรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง ลงนามโดยสาธารณสุขอำเภอ และนายอำเภอ³

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงเวลาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัยในการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 มีอายุระหว่าง 51 -60 ปี ร้อยละ 37.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 54.83 ปี(S.D.=9.85 ปี) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 78 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.9 มีรายได้ <5001 บาท ร้อยละ 66.70 มีรายได้เฉลี่ย 6,834.74 บาท(S.D.= 7,876.76 บาท) รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 45,000บาท ตำแหน่งครู ร้อยละ 32.1เคยประชุม/อบรมกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อภายใน 3 ปี ร้อยละ 84.6

2. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.= 0.59) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนในระดับมาก โดยด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามโครงการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.04(S.D.=0.52) รองลงมาคือ ด้านด้านการร่วมคิด ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.71)ส่วนด้านที่มีค่าคะแนน

น้อยที่สุดคือด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลโครงการค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.=0.71) รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 3.66(S.D.=0.86)

3. ระดับกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.= 0.67) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนในระดับมาก โดยด้านการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย 3.99(S.D.=0.67) รองลงมาคือ ด้านการมีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.95(S.D.=0.82) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 3.69(S.D.=0.92) รองลงมาคือด้านการเข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.71(S.D.=0.81)

4. ระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.= 0.12) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนในระดับมาก โดย ด้านการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุดค่าเฉลี่ย 4.23(S.D.=0.62) รองลงมาคือ ด้านสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตรประจำวัน ค่าเฉลี่ย 4.23(S.D.=0.61)ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือด้านสื่อและอุปกรณ์การจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 3.94(S.D.=0.63)รองลงมาคือรูปแบบ/หัวข้อความรู้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 3.95(S.D.=0.62)

5. เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และ คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 ก่อน หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (N=247)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และ คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 ก่อน หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (N=247)

ด้าน	ก่อน	หลัง	Mean Difference (95% CI)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
คะแนนความรอบรู้	9.72 (0.06)	9.88 (0.03)	0.16 (0.02-0.29)	0.027*
พฤติกรรมสุขภาพ	14.04 (0.14)	14.94 (0.02)	0.90 (0.63-1.17)	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.16, 95% CI 0.02-0.29, p-value = 0.027) คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(Mean Difference = 0.90, 95% CI 0.63-1.17, p-value < 0.001)

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ของการมีส่วนร่วมคือ ด้านการร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมโครงการ ได้แก่ประชาชนไม่ปฏิบัติตามมาตรการหรือกติกาของชุมชน ไม่สวมหน้ากาก

อนามัยเมื่อออกจากบ้านและในพื้นที่แออัด ไม่เว้นระยะห่างตามมาตรการ และกลุ่มเสี่ยงไม่กักตัวให้ครบ 14 วัน รองลงมาคือการร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางในการป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การประชุมและการทำประชาคมทำได้ไม่เต็มที่

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

สถานการณ์โรคโควิด-19 ของบ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น ยังพบว่ามีการเดินทางของกลุ่มเสี่ยงเพื่อกลับมาเยี่ยมญาติจากต่างประเทศ และต่างจังหวัด ประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างซึ่งการรับจ้างจะเข้าไปทำงานรับจ้างในตลาดและทำงานในโรงงาน ผลิตเสื้อผ้ากีฬาที่เป็นบริษัทใหญ่มีลูกจ้างมาจากหลายพื้นที่และหลายอำเภอได้แก่จังหวัดชัยภูมิ เพชรบูรณ์ หนองบัวลำภู ซึ่งทั้ง 2 อาชีพนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 และมีโอกาสเกิดการระบาดของโรคที่จะเกิดขึ้นในชุมชนและคนในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะกลุ่ม

เปราะบางที่จะติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว นอกจากนี้ประชาชนยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ งดการกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 85.02 รองลงมาคือผู้ที่กลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกคนถึงแม้จะยังไม่มีอาการ ร้อยละ 95.12 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ ไปร่วมงานสังสรรค์ หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม ร้อยละ 79.09 รองลงมาคือ ใช้ของส่วนตัว ร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 82.23 กินอาหารที่ปรุงสุก ใหม่ ๆ ทุกมื้อ ร้อยละ 92.33 ตามลำดับ

การพัฒนาปรับเปลี่ยนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าจากการศึกษาการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตามวงรอบ PAOR จำนวน 2 วงรอบ ภายใต้อำนาจจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และจากการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 และได้รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก. ดังนี้

รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก.



ภาพประกอบ 1 รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก.

ผลการพัฒนาปรับเปลี่ยนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วม

ของชุมชน พบว่า 1) ไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในระยะเวลาการศึกษา 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนใน

การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean 3.86 ± 0.59) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพประชาชนในวิกฤตโควิด-19 ในเขต อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี อยู่ในระดับปานกลาง 3) กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean 3.88 ± 0.67) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก 4) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.12 ± 0.51)⁷ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่าความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับมาก และ 5) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.027$) และพฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)⁸

ข้อเสนอแนะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมในพื้นที่/ชุมชน ในการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชนไปปรับประยุกต์ใช้ในพื้นที่ด้วยหลัก 5 ก. ได้แก่ กรรมการ กองทุน กิจกรรม การคัดกรอง และ กักตัว หรือตามความเหมาะสมของพื้นที่ พร้อมทั้งพัฒนา

ศักยภาพผู้นำ ประชาชน ท้องถิ่น องค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีส่วนร่วมและสามารถป้องกันโรคโควิด-19 และประชาชนในชุมชนปฏิบัติตามกติกา/มาตรการทางสังคมในป้องกันโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นชุมชนปลอดภัยจากโรคโควิด-19 อย่างยั่งยืน

การนำไปใช้ประโยชน์

1) สามารถนำรูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก.ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่/เป็นต้นแบบและขยายรูปแบบไปยังพื้นที่อื่น

2) พัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามบริบทและสถานการณ์ เกิดการพัฒนาทักษะ และการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3) พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ให้เกิดนโยบายสาธารณะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณครอบครัว ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลข้าวเรียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง ผู้นำ อสม.และประชาชนบ้านขามป้อมหมู่ 4,12 ที่กรุณาตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2563). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง.ค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2563.จาก<https://ddc.moph.go.th> int_protection
2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ระบบรายงานโรคโควิด-19 ; 2563.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง.(2563). ระบบรายงานโรคโควิด-19.

4. กองสุศึกษา.(2563). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน;ค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2563. จาก <https://hed.go.th>
5. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.(2549). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
6. ทิพย์สุตา พุฒจร.(2563). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดการการท่องเที่ยวโดยชุมชนเพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาชุมชนสลักคอก จังหวัดตราด. ค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2563 จาก <http://www.sure.su.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/13735/fulltext.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
7. กัลยารัตน์ อินทบุญศรี.(2563) การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพประชาชนในวิกฤตโควิด-19 ในเขตอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี.วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยวิทยาเขตร้อยเอ็ด; 9(2) : 625-635
8. ระนอง เกตุดาว.(2563). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19.วารสารวิชาการ สาธารณสุข; 2563: 30(1),53-61

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ห้องฉุกเฉิน : กรณีศึกษา

Nursing care of Ischemic Stroke patients in Emergency room : Case study

(Received: December 27,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

พรรณี รัตนปทุมวรรณ¹

Phanee Rattanapatumwan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลันคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน เข้ามาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิมาย นครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคมพ.ศ.2564 - มีนาคม พ.ศ.2565จำนวน 1ราย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี อาการสำคัญ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ขาดยาเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา1ปีแพทย์วินิจฉัยโรคมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ก่อนได้รับยา rt-PAพบมีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับยาลดความดันและมีภาวะน้ำตาลสูงได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและหลังได้รับยา rt-PAไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง และพบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาการกลืนและแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงได้รับการรักษาจากทีมนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ ระยะเวลาอนโรพยาบาล3วัน การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย Acute Cerebral infraction with Essential hypertension with Hypertention emergency with Type 2 Diabetic mellitus

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน,การพยาบาล

ABSTRACT

The objective of this study is to guide nursing care of Ischemic Stroke patient who receives anticoagulants and as a guideline for improving the quality of nursing for acute stroke patients. Selecting a stroke patient admitted to the emergency room and ward of Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima during October 2021 – March 2022

Results: Case Study Thai female patient, 56 years old Major Symptoms: Facial palsy, slurred speech and left limb weakness happened 1 hour before coming to the hospital. Patient was non-adherence to diabetes and hypertension medications for 1 year. Doctor diagnosed the disease as acute cerebral ischemia. Patient was treated with anticoagulant medicine type rt-PA. Before receiving the rt-PA, patient had hypertension and hyperglycemia, received antihypertensive and hypoglycemic medicine. After receiving rt-PA drug, she was detected no complications no cerebral hemorrhage. Patient also had swallowing problems and weakness .Received treatment from observe neuro sign and rehabilitation treated by physiotherapist team. The patient's symptoms improved. Doctor discharged patient to home after 3 days hospital stay. Final diagnosis was Acute Cerebral infraction at right frontal lobe with Hypertension Emergency with Type 2 Diabetic mellitus

Keywords: Ischemic stroke

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพิมาย จ.นครราชสีมา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease)^{1,2} เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว เศรษฐกิจ รายงานจาก WHO สาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปีและพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คนในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูง เป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557 – 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54ตามลำดับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มโรคสำคัญตาม Service Plan และเป็นโรคจุดเน้นของโรงพยาบาล เนื่องจากพบอุบัติการณ์มีแนวโน้มที่สูงขึ้นและสอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูง) โรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการเข้าถึงบริการ/การวินิจฉัย/ส่งต่อที่รวดเร็ว เพื่อ ลดอัตราการเสียชีวิตและเกิดความพิการให้น้อยที่สุดปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง วิธีที่ได้รับการยอมรับ วิธีหนึ่ง ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการ สามารถปฏิบัติได้ในสถานพยาบาลที่มีความ

พร้อมทางด้านบุคลากร แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน / อายุรแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ CT brain ห้องฉุกเฉิน ห้องปฏิบัติการ³ ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรคและความพิการได้ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้การเข้าถึงบริการได้เร็ว และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : RTPA)ภายในเวลา4.5 ชั่วโมงแรกโดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “Stroke fast track”^{4,9}

โรงพยาบาลพิมาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 200 เตียงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายมี Stroke unit 8 เตียง มี ICU 10 เตียง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 6 คนและมี แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน3 คนมีระบบช่องทางด่วน คัดกรองเบื้องต้นใช้แนวทาง “FAST”(Face, Arm, Speech,Time)ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันชนิดเฉียบพลันที่มาโรงพยาบาลทันภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงแพทย์วินิจฉัยก่อนให้ยา rt-PAผ่านเกณฑ์ข้อบ่งชี้ตามแนวปฏิบัติของสถาบันประสาทและสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ที่ห้องฉุกเฉิน หลังได้รับยา สังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและหลังให้ยาย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก (ICU)จนครบ24 ชั่วโมงย้ายออกไปที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม (Stroke unit)

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในปีพ.ศ. 2559-2564 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นและพบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการล่าช้ามากกว่า 4.5 ชั่วโมง กว่าร้อยละ 65 ซึ่งเกิดจากขาดความรู้ ขาดความตระหนักถึงอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ดังนั้น โรงพยาบาลพิมายจึงได้ขยายการให้บริการ CT scanและให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้ที่ห้องฉุกเฉินรวมถึงการจัดตั้งระบบช่องทางด่วนในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก (Stroke Fast Track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันเวลาทำให้ลดอัตราการตายและความพิการได้ และได้พัฒนาระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดในอย่าง

ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มาทันเวลา โดยจัดระบบช่องทางด่วน (Fast Track) ตั้งแต่จุดคัดกรองส่งห้องฉุกเฉิน เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน โดยผ่านระบบปรึกษาทางไลน์กับอายุรแพทย์ระบบประสาทที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์และให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลขณะนำส่งรับเข้ามารักษาจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านรวมถึงระบบส่งต่อไปทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ประเมินคัดกรองผู้ป่วยแล้วรายงานแพทย์ทันทีโดยในระยะ Fast Track มีเป้าหมายผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 1 ราย โดยทำการศึกษาประวัติ การเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิต แผนการรักษาของแพทย์ แล้วนำมาวิเคราะห์ปัญหา เพื่อการวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่เข้ารับการรักษาในห้อง

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิมาย: กรณีศึกษา จำนวน 1 ราย

2. เก็บรวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษ

3. ศึกษา ค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน แนวทางการวินิจฉัย แผนการรักษา ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการพยาบาล

4. ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งการสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จัดเขียนผลงานและจัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปีเข้ารับการ รักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิมาย วันที่ 6-9 ตุลาคม พ.ศ. 2564 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน หลังตื่นนอนขณะลุกเดินเข้าห้องน้ำ ปวดศีรษะ ปากเบี้ยว ด้านซ้าย ซา แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง เดินล้ม ศีรษะไม่กระแทกพื้น ญาตินำส่งโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาที่โรงพยาบาลพิมาย แพทย์ตรวจประเมินอาการวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 5 ปี รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยามา 1 ปี แต่ไม่เคยมีประวัติแขนหรือขาอ่อนแรง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 12,200 cells/ul, Neutrophils 73%, Lymphocyte 18%, Monocyte 6%, Eosinophils 3%, Basophils 0%, RBC 4.06 M/ul, Microcyte 0, Ovalocyte 0, HGB 11.4 g/dl, Hct 36.9%, MCV 91.0 fL, MCH 28.1 pg, RDW 14.3%, MPV 7.8, Platelet 257,000 cell/mn³, DTX 213 mg%, INR (International Normalized Ratio) 1.13 calculated, PT (Prothrombin time) 15.1 sec, Sodium(Na) 140.0 mmol/L, Potassium(K) 4.1 mmol/L, Chloride(Cl) 108 mmol/L, CO₂ 18 mmol/L, BUN (Blood Urea Nitrogen) 15 mg/dL, Creatinine 0.73 mg/dL, eGFR (CKD -EPI) 92

CXR : no infiltration

Film Lt knee AP Lateral : no fracture

CT brain NC : Small hypodense lesion at right internal capsule ,at right basal ganglia, and right posterior frontal white matter No detectable ICH

EKG 12 lead : NSR bradycardia rate 50
No ST-change

การประเมิน statute of Health Stroke Scale The National In (NISHSS) ผลการประเมิน (NISHSS) พบว่า กรณีศึกษา มีค่าคะแนน (NISHSS) = 7 คะแนน ให้การรักษาด้วยการให้ยาชนิด rt-PA

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

กรณีศึกษาพบว่ามีปัญหาในเรื่องขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากประสิทธิภาพการกลืนลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง คุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ตารางที่ 1 ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
1.มีโอกาสดีกภาวะแทรกซ้อนสมองบวม IICP จากการมีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันและความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดศีรษะ” 2.พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง Motor Power Grade 4 , แขนขาซีกขวา Grade 5 3.CT Brain พบ Small ill- defined Hypodensity lesion at Right frontal lobe , Lacunar infarction 4.BP= 196/54 mmhg วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกณฑ์การประเมินผล 1.ไม่มีอาการแสดงของสมองบวม ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง 2.ระดับความรู้สึกตัวปกติ 3.สัญญาณชีพปกติ , BP ลดลง < 180/110 มิลลิเมตรปรอท	1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงรักษาภาวะความดันโลหิต < 180/110mmhg และประเมินระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า Coma Scale drop ≥ 2 รายงานแพทย์ 2.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยให้ออกซิเจน Canular 3 ลิตร/นาที่ 3.สังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ชัก จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา 4.ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 cc vein 80 cc/hr. เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดี 5.ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine 1 mg dilute IV ตามแผนการรักษา เพื่อลดระดับความดันโลหิต ป้องกันการเกิด Brain edema ป้องกันการเกิดภาวะ Hemorrhagic Transformation	1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะลดลง พูดไม่ชัด Left facial palsy 2.Vital Signs BP=146/54-140/70mmhg O₂ sat SPO₂ 98% 3.Coma scale E4V5M6 ไม่มีอาการของ IICP Pupil 3 min react to light both eyes Motor power แขนขาซีกซ้าย Grade 4 แขนขาซีกขวา Grade 5

ตารางที่ 1 ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
2.การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวางเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วย แขน ขา ช้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด left facial palsy 2.สัญญาณชีพ BP=196/54 mmhg 3.GCS E4V5M6 pupil 3min react to light both eyes , Motor Power แขนขาซีกซ้าย Grade 4 แขนขาซีกขวา Grade 5 ,NIHSS 7คะแนน 4.CT Brain พบ Small ill- defined Hypodensity lesion at Right frontal lobeLacunar infarction , not seen ICH วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ 2. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกณฑ์การประเมิน 1. ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการแสดงของภาวะเส้นเลือดสมองแตก ได้แก่ ชีมลง สับสน กระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ชักเกร็งหมดสติ 2. ไม่มีอาการหายใจลำบาก / ไม่มีภาวะCyanosis ,O2 Sat $\geq$ 95% 3. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ BP ลดลง < 180/110 มิลลิเมตรปรอท	1.ประเมินอาการทางระบบประสาท และตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที -1 ชั่วโมงจนอาการจะ stable 2.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง30 องศา 3.ดูแลให้ออกซิเจนCannular 5LPM Keep oxygen saturation > 95% 4.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc iv drip 80cc / hr. ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น 5.สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเพิ่มขึ้น อาเจียน แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่บ่งถึงการมีเลือดออกในสมอง หรือมีภาวะสมองขาดเลือด 6.หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย ให้การพยาบาลทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีช่วงพักซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เนื้อสมองมากขึ้น 7.จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งการเซ็นใบยินยอมการรักษา	1.ไม่มีDyspnea / RR=20 ครั้ง/นาทีไม่มีภาวะ cyanosis 2.Vital Signs BP146/54 mmHg , O2 sat SPO2 98% 3.Coma scale E4V5M6, ไม่ซึม Pupil 3 min react to light both eyes, Motor power แขนขาซีกซ้าย Grade 4 แขนขาซีกขวา Grade 5
3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมา5 ปี 2.DTX=213 mg % 3.BP= 193/84mmhg วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกณฑ์การประเมินผล 1.ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 70-110 mg% 2.ไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูงคือ กระหายน้ำ คลื่นไส้อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีมลงหมดสติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.ประเมินอาการทางระบบประสาท และตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที -1 ชั่วโมงจนอาการจะ stable 2.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง30 องศา 3.ดูแลให้ออกซิเจนCannular 5LPM Keep oxygen saturation > 95% 4.สังเกตระดับความรู้สึกตัวและ Hyperglycemiaคือ กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีมลงหมดสติ 5.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 cc iv drip 80 cc/hr	1.ผู้ป่วยไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่สับสน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ก่อนadmit ICU, DTX = 177 mg% ไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง 2.Coma scale E4V5M6, Pupil 3 min react to light both eyes ,Motor power แขนขาซีกซ้าย Grade 4 แขนขาซีกขวา Grade 5 3.BP=146/54- 140/70 mmhg , RR=20/min, P=60/min O2 sat SPO2 98%

ตารางที่ 1 ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt PA ข้อมูลสนับสนุน 1.การวินิจฉัยเป็น Acute Cerebral Infarction ได้รับยา drip ยา rt PA ที่ห้องฉุกเฉิน 2.ผล CT brain Hypodensity lesion at Right frontal lobe , Lacunar infarction 3.PT=15.1 sec, INR=1.13 วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt PA) เกณฑ์การประเมิน 1.ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ 3.ไม่มีเลือดออกที่ใดและ ไม่มีจุดจ้ำเลือด 4.ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเส้นเลือดสมองแตก ได้แก่ ซึมลง สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็ง หมดสติ 5.ผล CT หลังให้ยา rt PA ไม่พบเลือดออกในสมอง	6.ดูแลให้ยา RI 2 Unit SC ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเจาะ DTX ซ้ำตามแผนการรักษา 1.ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการให้ยา 2.วัดสัญญาณชีพและประเมินทางระบบประสาท Glasgow Coma ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง 3.ดูแลให้ออนสิริชะสูง 30 องศา 4.งดอาหารและน้ำทางปาก 5.ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา 6.ให้ออกซิเจน Cannula 5LPM 7.งดกิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง เช่น -การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การใส่สายยางทางจมูก -การใส่สายสวนปัสสาวะ 8.เฝ้าระวังอาการภาวะแทรกซ้อนได้แก่เลือดออกตามอวัยวะต่างๆภายใน 24 ชั่วโมง ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูง บ่งบอกว่าอาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ดูแลย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติ ICU หลังได้รับยา rt-PA ครบ 1 ชั่วโมง	1.หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่อาเจียน 2.ไม่มีจุดจ้ำเลือดที่ใด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา 3.ผล CT scan ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง สัญญาณชีพปกติ BP 146/54 mmHg O2 sat SPO2 98% Coma scale E4V5M6, Pupil 3 min react to light both eyes, Motor power แขนขาซีกซ้าย Grade 4 แขนขาซีกขวา Grade 5 ผู้ป่วยและญาติทราบอาการที่ต้องเฝ้าระวังและภาวะแทรกซ้อน
5.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยและญาติถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการหายของโรค กลัวไม่หาย 2.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล 3.ผู้ป่วยและญาติถามถึงข้อปฏิบัติ ข้อห้ามในการดูแลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เกณฑ์ประเมินผล 1.ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น 2.ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษา	1.สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแสดงความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ 2.เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา 3.ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงอาการของโรค แผนการรักษา การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการเฝ้าระวังอาการภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อ แผลกดทับ 4.จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายและได้พักผ่อน	1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่จะได้รับ รวมทั้งการปฏิบัติตัวขั้นตอนต่างๆในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ให้ความร่วมมือในการ 2. ผู้ป่วยและญาติ ญาติสีหน้าคลายกังวล รับทราบและเข้าใจขณะให้ข้อมูล 3. ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 1 ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
	5.พูดคุยกับผู้ป่วยและรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ ให้กำลังใจ 6.แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนทำ กิจกรรมทุกครั้งให้ข้อมูลเป็นระยะ 7. ให้คำแนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง การ ผ่อนคลายความเครียดการออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง 8. อธิบายการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ความพิการที่จะต้อง ได้รับการฟื้นฟู	
การพยาบาลขณะส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) 6.เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่พอจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1.แพทย์วินิจฉัยโรคเบื้องต้นคือโรคหลอดเลือดในสมองตีบแบบเฉียบพลัน 2.GCS E3V5M6 pupil 3minreact to light both eyes 3.Motor Power แขนขาซีกซ้าย grade 4 แขนขาซีกขวา grade 5 4.พูดไม่ชัด,left facial palsy วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เกณฑ์ประเมินผล 1.ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่เหนื่อยหอบ ไม่พบภาวะ Cyanosis ค่า O2Sat $\geq$ 95 % 2.ไม่มีอาการสับสน ซึม หมดสติ 3.สัญญาณชีพปกติ	1.วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที 2 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพจะอยู่ในระดับปกติ ประเมินสภาพสีผิวหนังและสีของเยื่อต่างๆเพื่อดูภาวะ cyanosis ของอวัยวะส่วนปลาย 2.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000cc iv drip 80cc / hr. เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไป 3.ดูแลให้ออกซิเจน Cannula 5 ลิตร/นาที 4.ดูแลให้ออนสิริระดับสูง 30 องศา 5. ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท GCS, ค่า O2 Sat และรายงานแพทย์ทันทีในกรณีระดับความรู้สึกตัว GCS $\leq$ 8 คะแนนหรือ GCS ลดลง $\geq$ 2, O2 Sat $<$ 95 % 6. จัดเตรียมรถฉุกเฉินและอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ตลอดเวลา	1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสัญญาณชีพ T=36.8 C P=58 ครั้ง/นาที RR= 18 ครั้ง/นาที ,BP=179/86 mmhg 2.ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว O2Sat98 % Capillary refill 3sec 3.ผล CT Scan หลังจากได้รับยาครบ= Hypodense RT basal ganglia not seen Intracerebral Hemorrhage
7.มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยทานข้าวได้น้อยเพราะเคี้ยวลำบากและมีอาการสำลักในบางครั้งที่ยืนอาหาร 2.Left Facial Palsy 3.การกลืนลำบาก เคี้ยวอาหารลำบาก วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักและการกลืนลำบาก เกณฑ์ประเมินผล 1.สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ค่า O2 Sat $\geq$ 95 % 2.ไม่มีอาการสำลักขณะรับประทานอาหารและสามารถกลืนอาหารได้	1.ประเมินการกลืน ความสามารถในการกลืน 2.จัดทำในการรับประทานอาหารให้อยู่ในท่านั่ง ศีรษะตั้งตรง 90 องศาเพื่อช่วยในการกลืนง่ายขึ้น 3.จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค จัดทำอาหาร 45 องศา ขณะให้อาหารและหลังให้อาหาร 15-30 นาที 4.จัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่เร่งรีบให้รับประทาน 5.ดูแลการให้อาหารและการฝึกกลืน	1.ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ ไม่มีอาการสำลัก 2.สัญญาณชีพปกติ 3.ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่สำลัก ไม่มีอาการของปอดอักเสบ

ตารางที่ 1 ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
8.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข้าซ้าย ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยบอกปวด เข้าซ้าย 2.เข้าซ้ายบวมแดง ปวด หลังล้มเข้า กระแทกพื้น 3.ปวด pain score = 5 คะแนน สีหน้าแสดงความเจ็บปวด วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวด ผู้ป่วยสุขสบาย นอนพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมิน 1.ปวดลดลง pain score ลดลง น้อยกว่า 3 คะแนน 2.สีหน้าคลายความปวดลง ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ	6.วัดสัญญาณชีพและค่า O2 Sat ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการสำคัญขณะป้อนอาหารและหลังรับประทานอาหาร 1. ประเมินความปวดโดยใช้ Numeric rating scale คะแนนเต็ม10 คะแนน 2. จัดท่านอนให้เหมาะสมรองเข้าซ้ายให้สูง 3. ประคบเย็น 4. ให้ยาแก้ปวด -Tramol 50 mg IV prn ทุก 6ชม. สังเกตอาการข้างเคียงของยาเช่นง่วงซึม เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน -Paracetamol (500 mg) 1 เม็ด เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง ปวดมากขึ้นรายงานแพทย์ 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้อุณหภูมิเพื่อการพักผ่อน	1. ผู้ป่วยปวดเข้าซ้ายลด ลงคะแนนปวด 5คะแนน หลังได้รับยาคะแนนปวดลดลง= 2 คะแนน นอนพักหลับได้
9.มีโอกาสเกิดอันตรายจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1.motor power Left grade4,motor power Right grade 5 2.Left Facial Palsy วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการดูแลตนเองได้ ลดลง เกณฑ์ประเมินผล 1.ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 2.สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	1.สอนและฝึกผู้ป่วย-ญาติในการช่วยเหลือพยุงลุกนั่ง ยืน เดินเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 2.สอนและฝึกผู้ป่วย-ญาติในการทำกิจวัตรประจำวัน 3.สอนผู้ป่วย/ญาติในการออกกำลังกายแบบ Active-passive exercise 4.กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขน-ขา ข้างที่อ่อนแรงวันละ 3-4 ครั้ง 5.การจัดวางของใช้ควรจัดให้อยู่ด้านที่อ่อนแรง กระตุ้นให้ไม่ละเลยด้านที่อ่อนแรง 6.สอน/แนะนำญาติให้ประคองแขน ขา ข้างที่อ่อนแรงทุกครั้งขณะทำกิจกรรม การจัดทำในการนอนตามแนวปกติและให้พลิกตะแคงตัวทุก2 ชม.	1.ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่พลัดตกหกล้ม 2.ให้ความร่วมมือกับกิจกรรม ยืน เดินได้ ออกกำลังกาย 3.ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีกล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ นักกายภาพ นัดทำและประเมิน ทุกวัน จนถึงวันจำหน่าย และนัดทำกายภาพต่อเนื่อง
10.การสื่อสารบกพร่องจากการพูดลำบาก พูดไม่ชัด ข้อมูลสนับสนุน 1.Left Facial Palsy 2.พูดไม่ชัด ช้า ไม่ชัดเจน ออกเสียงไม่ชัดเจน วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถสื่อสารและบอกความต้องการกับผู้อื่นได้ เกณฑ์ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น พูดได้ชัดเจนขึ้น	1.ประเมินความสามารถในการพูดและสื่อสารโดยใช้คำถามที่สั้นง่ายและผู้ป่วยสามารถตอบด้วยคำว่า ใช่ หรือ ไม่ 2.ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสารไม่แสดงท่าทางเร่งรีบ 3.ใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ แนะนำให้พูดช้าๆ 4.ใช้เสียงพูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงปกติ ช้าๆ 5.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของโร	1.ผู้ป่วยพูดได้ช้าๆ ยังมีปากเบี้ยวเล็กน้อย ฟังเข้าใจและสื่อสารกับทีมการรักษาพยาบาล และญาติได้ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

ตารางที่ 1 ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
11.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติถามว่า เมื่อหมอยจะให้กลับไปบ้าน ต้องทำอะไรบ้าง 2. ญาติซักถามถึงการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	6.แนะนำให้เขียนเพื่อสื่อสารในบางคำที่พูดไม่ชัด กระตุ้นให้พูดหรืออ่านหนังสือออกเสียงเพื่อฝึกพูดให้ชัดเจนขึ้น 1.วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยใช้แผนการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD D-Diseaseให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นการรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อาจกลับเป็นซ้ำได้ M-Medicine: สอนให้ ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและ ผลข้างเคียงของยา E-Environment & Economic: ให้คำแนะนำเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม T-Treatment: แนะนำเรื่องอาหารเน้นการรับประทานผัก ผลไม้เพื่อช่วยเรื่องขับถ่าย หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว H-Health: แนะนำการออกกำลังกายด้วยการเดิน อาหารลดหวาน มัน เค็ม งดดื่มสุรา พักผ่อน6-8 ชั่วโมง ไม่เครียด O-Outpatient referral: การมาตรวจตามนัดให้มาพบแพทย์19ตุลาคม2564 ผู้ป่วยนอกห้องตรวจอายุรกรรมถ้ามีอาการผิดปกติให้มาก่อนนัด 2.แนะนำการใช้บริการโทร 1669 เมื่อมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด แขนขาอ่อนแรงลง ชาครึ่งซีก พูดสับสน ซึมลง หมดสติ บ่งบอกถึงอาการที่อาจกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	1.ผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการรักษาต่อขณะกลับบ้าน การมาทำกายภาพต่อเนื่อง รับประทานยาอย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงอาหารกลุ่มเสี่ยงและมาตรวจตามนัด 2.จากการติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามที่แพทย์นัด 19 ตุลาคม 2564 3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยหญิง อายุ 56 ปี อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีประวัติโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5ปีผู้ป่วยขาดยามา 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามี ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ตรวจร่างกายแรกพบ GCS E4V5M6 pupil3mm RTLBE , Motor power left

grade IV, right grade V, Left facial palsyด้านการรักษาแพทย์คือส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน Small ill-defined Hypodensity lesion at Right frontal lobe , Lacunar infarction , not seen ICHและประเมิน NISHSS ได้7คะแนน แผนการรักษาของแพทย์คือให้ ยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt PA (0.9mg/kg) total dose =57.5 mg, 10%of total dose bolus in 1

min =5.5 mg, 90% of total drip in 60 mins =52 mg ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมงแล้วย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง Stroke unit และหลังได้รับการรักษาด้วยการให้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง ได้ทำ CT Scan Brain ผลพบว่า มี Small hypodense lesion at right internal capsule ,at right basal ganglia, and right posterior frontal white matter No detectable ICH และพบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านการกลืนในหน้า ด้านซ้ายเบี้ยว และมีปัญหาพูดลำบาก แพทย์มีแผนการรักษาให้ส่งปรึกษนักกายภาพบำบัด ฝึกการกลืน สามารถกลืนได้ไม่มีอาการสำคัญของปัญหา อ่อนแรงที่แขนและขา ด้านซ้าย ได้รับการทำกายภาพบำบัดมีแผนการรักษาด้วยการประสานทีมของ Intermediate care ในการร่วมวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ แพทย์ให้จำหน่ายและนัด ติดตามการรักษาต่อเนื่อง

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ปัญหาที่พบคือมีอาการอ่อนแรงที่แขนและขา ด้านซ้าย ร่วมกับมีใบหน้าด้านซ้ายเบี้ยว ตรวจร่างกายพบภาวะสมองขาดเลือดประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับแต่ยังคงปัญหาอ่อนแรงแขนขาซีกซ้ายแต่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐานพยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินได้มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม คัดกรองเบื้องต้น อาการสำคัญ Onset Time ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การรายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา การให้ยาละลายลิ่มเลือด เฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงขณะและหลังให้ยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้⁴

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระดับชุมชนหมู่บ้าน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันเวลาของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ขยายบริการและเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบช่องทางด่วน (Fast Track Stroke) ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา

3. ขยายบริการและเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไปในการจัดตั้ง Stroke Unit สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโดยเฉพาะ เพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัยมีคุณภาพ

4. ส่งเสริมพัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ทั้งการอบรมระยะสั้น Basic stroke Nurse และการอบรมพยาบาลเฉพาะทางพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Fast Track Stroke

5. รณรงค์การใช้ระบบช่องทางด่วนโทร 1669 สำหรับประชาชนทั่วไปให้เข้าใจอาการผิดปกติของ “FAST” (Face, Arm, Speech, Time) เน้นต้องมาโรงพยาบาลทันที อาการสำคัญและความรุนแรงของโรคให้สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา

6. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ Alarm Alert Alive ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ โรคอ้วน กรณีเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองให้รีบมาโรงพยาบาลทันทีเพื่อให้เข้าถึงการรักษาทันเวลา พัฒนาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในรพ.สู่ชุมชนในระบบ Intermediate care เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ บริการที่มีคุณภาพครบวงจรซึ่งจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเจ็บป่วยและลดการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดในสมองซ้ำได้อีกทางหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย)
<https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022> ค้นวันที่30 กค.2565
2. พรณวลัย ผดุงวิชย์กุล โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)
http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdfค้นวันที่30 กค.2565
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. สถาบันประสาทวิทยาชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2560).แนวทางการรักษาโรค หลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
5. กำพล ศรีวัฒนกุล. คู่มือการใช้ยา . กรุงเทพฯ ; บริษัท เมคาร์ท จำกัด , 2559
6. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: 2560.
7. โรงพยาบาลราชวิถี. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน ยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลราชวิถี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2560.
8. American Stroke Association.(2018) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10,2018, from
https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
9. กองเภสัชกรรม สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลยาสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
<http://www.pharmbma.com/drug-list/a/66-amlodipine-5mg> ค้นวันที่19 กย.2565

การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม หมู่ที่ 3 ตำบลโพธิ์เสด็จ
อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

A Surveillance Prevention and Control of COVID-19 at Na Chum Market Village Moo 3
Pho Sadet Subdistrict Mueang Nakhon Si Thammarat District Nakhon Si Thammarat
Province

(Received: December 21,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 29,2022)

เฉลิมชัย โปศรี¹

Chalermchai Bosri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการ 155 คน ประชาชนผู้มาใช้บริการตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ จำนวน 384 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ประกอบด้วย ด้านการจัดการระบบเฝ้าระวังของตลาด ด้านผู้ประกอบการ และด้านผู้รับบริการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID 2 Plus เพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.49 ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่าก่อนดำเนินงาน 2.13 คะแนน (95% CI = 1.45 to 1.88, P-value <.001) และ 0.85 คะแนน (95% CI = 0.72 to 0.99, P-value <.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ การเฝ้าระวัง, ป้องกันและควบคุมโรค, โรคโควิด-19

Abstract

This research is action research. The objective is to study the results of surveillance, prevention and control of COVID-19 Na Chum Market, Pho Sadet Subdistrict Mueang Nakhon Si Thammarat District Nakhon Si Thammarat Province. The sample group was 155 entrepreneurs, people who came to use the service at Na Chum Market. Pho Sadet Sub-district, 384 people. The research tool was a questionnaire on awareness of COVID-19 infection prevention behavior and universal infection prevention behavior. Descriptive statistics were used to analyze data including frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics include Paired t-test

The results showed that the surveillance model prevention and control of COVID-19 Na Chum Market consists of the management of the market's surveillance system, Entrepreneurship and the service recipient. The result is Business establishments passed the THAI STOP COVID 2 Plus assessment with a 41.49 percent increase in awareness and universal infection prevention behaviors 2.13 points higher than before operation (95% CI = 1.45 to 1.88, P-value

Keywords: Surveillance, Disease Prevention and Control, COVID-19

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มโคโรนา สายพันธุ์ว่า 2019 nCoV อยู่ในตระกูลเดียวกันกับไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคซาร์ส (SARS) หรือโรคเมอร์ส (MERS) มีระยะฟักตัวเฉลี่ย 5-14 วัน สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนโดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการร้อยละ 45 และหากมีอาการมักจะแสดงอาการเล็กน้อยเท่านั้น เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก สูญเสียการได้กลิ่นการรับรส เป็นต้น เพียงร้อยละ 10 ที่มีอาการรุนแรงตั้งแต่เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) จนทำให้เสียชีวิตได้ โดยกลุ่มเสี่ยงที่พบจะมีภาวะปอดอักเสบรุนแรงจนเสียชีวิตได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง⁽¹⁾

ปัจจุบันแนวโน้มผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ที่ลดลง เนื่องจากประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างครอบคลุม ทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น⁽²⁾ สอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2564 พบผู้ป่วย จำนวน 1,333 ราย เสียชีวิต 70 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 5.25 ปี 2565 จำนวน 92,070 ราย เสียชีวิต 20 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.02 จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า แนวโน้มผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่อัตราป่วยตาย⁽³⁾ นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565⁽⁴⁾

อย่างไรก็ตาม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการป้องกันการสัมผัสระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกับบุคคล ส่วนมากเกิดจากการประพฤติปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรคตามมาตรการ 2U ลดเสี่ยงแพร่ - รับเชื้อโค

วิด-19 คือ 1) Universal Prevention เป็นการป้องกัน/ระวังตนเองเมื่อต้องใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง 2) Universal Vaccination คือ การรับวัคซีนทั้งเข็มปกติและเข็มกระตุ้นในประชาชนทุกกลุ่ม⁽⁵⁾ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหลักการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องและที่สำคัญคือประชาชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารต้องนำไปปฏิบัติให้เป็นกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อเป็นกระบวนการจัดเก็บการวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการและประเมินผลมาตรการป้องกัน และควบคุมปัญหาสาธารณสุข ระบบเฝ้าระวังต้องถูกนำมาใช้ร่วมกับมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินมาตรการด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของประชาชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคต่อเนื่อง

ตลาดเป็นสถานที่ที่ประชาชนจากหลากหลายพื้นที่มาจับจ่ายซื้อสินค้ากัน และลักษณะของตลาด อาจไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ทุกด้าน ทั้งด้านจำนวนคน การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น ไม่สวมหน้ากาก รับประทานอาหารและเครื่องดื่มร่วมกัน นอกจากนี้ ความเสี่ยงจากการสัมผัสพื้นผิวสถานที่ อุปกรณ์ร่วมกัน และขณะพูดคุย ระหว่างใช้บริการสัมผัสใกล้ชิดกันจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ สำหรับตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ ตั้งอยู่ถนนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 4103 (เลี่ยงเมือง) ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช เกิดจากการรวมตัวของชาวบ้านในพื้นที่ เพื่อเพิ่มช่องทางการจำหน่ายสินค้าเกษตร และเกษตรแปรรูป มีแผงร้านค้าประมาณ 300 แผง ประกอบด้วยสินค้าเกษตรชุมชน ผักสวนครัวปลอดสารพิษ ปลา

น้ำจืด ปลาทะเลและอาหารทะเลสด สินค้าผลิตภัณฑ์ของชุมชน OTOP ที่แปรรูปผลผลิตทางการเกษตร รวมถึงสินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป โดยตลาดเปิดให้บริการทุกวัน ผู้ซื้อในตลาดโดยเฉลี่ย 500-1,000 คนต่อวัน การคมนาคมสะดวก ลูกค้าส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และร้านอาหารในตัวเมือง ดังนั้นเพื่อยกระดับการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนและสถานประกอบการให้มีความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งการสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนผ่านจากโรคติดต่ออันตราย เป็นเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 นั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม หมู่ที่ 3 ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อสร้างรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มขับเคลื่อนเพื่อสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ได้แก่ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลโพธิ์เสด็จ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. บ้านยวนแหล 1 คน, ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารเทศบาลตำบลโพธิ์เสด็จ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน ตัวแทนผู้ประกอบการค้าอาหารประเภท ตลาดนัด ร้านอาหาร จำนวน 4 คน จำนวน 20 คน

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ

1) ผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทตลาดนัด ร้านอาหาร แผงลอย ร้านอาหารริมฟุตบาท ที่ประกอบกิจการอยู่ในตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง นคร ศรี ธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 261 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางเครซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁽⁶⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % หรือมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น 5 % ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 155 คน โดยมีเกณฑ์การเข้า (inclusion criteria) (1) เป็นผู้ประกอบกิจการอยู่ในตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) (1) ผู้ประกอบกิจการ ไม่นิยมดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (2) ในระหว่างที่ศึกษาผู้ประกอบการ ปฏิเสธการให้ข้อมูล

2) ประชาชนผู้มาใช้บริการตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรและต้องการประมาณค่าค่าสัดส่วนของประชากร⁽⁶⁾

$$n = \frac{Z^2}{4e^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

Z = ค่า 2 ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

- ถ้าระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า Z = 1.96

แทนค่า

$$n = \frac{1.96^2}{4(0.05)^2}$$

$$= 384 \text{ คน}$$

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

(1) เป็นผู้ที่มาใช้บริการตลาดนัดอย่างน้อย 2 ครั้ง (2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (3) ไม่มีภาวะทางสุขภาพจิต (4) สามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยเข้าใจ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) (1) ไม่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (2) มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในระหว่างการวิจัย (3) ในระหว่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับผู้ประกอบการ เป็นแบบประเมินตนเองสำหรับสถานประกอบการ THAI STOP COVID 2 Plus สำหรับสถานประกอบการ ประเภทตลาดนัด เป็นแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564)⁽⁷⁾ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ได้ดำเนินการ (1 คะแนน) ไม่ได้ดำเนินการ (0 คะแนน) และไม่มีกิจกรรมดังกล่าว (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลผ่าน 11 คะแนน

สำหรับประชาชนทั่วไป

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทผู้ป่วย 7 กลุ่มโรคที่ควรฉีดวัคซีน ประวัติการได้รับวัคซีน แหล่งข้อมูล

ที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. แบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แบบครอบครัวจรรยา เป็นแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564)⁽⁷⁾ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ จริง (1 คะแนน) และไม่จริง (0 คะแนน) โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)⁽⁸⁾ ได้แก่ สูง (10 – 12 คะแนน) ปานกลาง (7-9 คะแนน) ต่ำ (0-6 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.87

3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบครัวจรรยา เป็นแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ใช่ (1 คะแนน) และไม่ใช่ (0 คะแนน) โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)⁽⁸⁾ ได้แก่ สูง (8-10 คะแนน) ปานกลาง (6-7 คะแนน) ต่ำ (0-5 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบครัวจรรยา โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เปรียบเทียบสัดส่วนการดำเนินงานสถานประกอบการ THAI STOP COVID 2 Plus

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับการอนุมัติรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ตลาดนัดนาชุม ตั้งอยู่หมู่ 3 ต.โพธิ์เสด็จ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งตั้งอยู่ริมถนนสายเบญจมาศ - นาพรุ มีประชาชนเดินจับจ่ายซื้อสินค้า อุปโภค บริโภคเป็นจำนวนมาก ซึ่งตลาดนัดนาชุม เปิดบริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 15.00-19.00 น. ตลาดนาชุมมีพ่อค้า แม่ค้าจำนวน 300 ร้าน จำหน่ายทั้งอาหารแห้ง อาหารสด อาหารสำเร็จรูป รวมทั้งเสื้อผ้า แต่ละวันมีประชาชนสลับหมุนเวียนจับจ่ายซื้อสินค้าภายในตลาดไม่ต่ำกว่า 1,000 คน ซึ่งอาจจะเป็นพื้นที่เสี่ยงในการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด - 19 ได้ง่าย ซึ่งสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ ตั้งแต่ตุลาคม-พฤศจิกายน 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 59 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต จากการสำรวจความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลสำหรับผู้ที่มาใช้บริการตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ จำนวน 384 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.37 อายุต่ำสุด 13 ปี อายุสูงสุด 72 ปี มีอายุเฉลี่ย 49.01 (S.D.=16.63) ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.63 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 50.78 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.71 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.47 ส่วนใหญ่ไม่ใช่ 7 กลุ่มโรค ร้อยละ 77.60 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม ร้อยละ 65.36 ครบ 3 เข็ม ร้อยละ 31.25 การติดตามข้อมูลการระบาดของโรคโควิด-19 จากทางเสียงตามสาย ร้อยละ 88.28 ทางโทรทัศน์ ร้อยละ 76.04 โปสเตอร์/แผ่นพับ/เอกสาร ร้อยละ 23.95 สื่อโซเชียลต่าง ๆ เช่น

เฟสบุ๊ก ยูทูบ ไลน์ ร้อยละ 64.32 อสม. ร้อยละ 80.72 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 55.20 ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.10 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.83 การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโควิด 19 ขาดการคัดกรองหรือการคัดกรองด้อยประสิทธิภาพ ทำให้มีผู้ติดเชื้อจากพื้นที่เสี่ยง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยไม่ถูกต้อง (เอามาไว้ใต้จมูก คาง และใต้คอ), พฤติกรรมกินอาหารใช้ภาชนะร่วมกัน และการพูดคุย ตะโกน ไอจาม และการถ่มน้ำลาย อาจทำให้เกิดการแพร่เชื้อให้ล่องลอยอยู่ในตลาดในสภาพอับที่ระบายอากาศได้น้อยระยะเวลาในการอยู่ภายในตลาดเป็นเวลานาน ทำให้มีโอกาสรับเชื้อโควิด 19 สูง จากคนติดเชื้อ

2. รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดประชุมภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา และอุปสรรคการดำเนินงาน และเพื่อสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันตัดสินใจ และเลือกแนวทาง ในการแก้ไขปัญหา โดยมาตรการที่ดำเนินการในตลาด ได้แก่

2.1 ด้านการจัดการระบบเฝ้าระวังของตลาด ได้แก่ 1) ตั้งจุดคัดกรองตรวจวัดอุณหภูมิ 2) มีอ่างล้างมือด้วยสบู่และน้ำ นาน 20 วินาที หรือเจลแอลกอฮอล์ 3) ผู้ขายและผู้ให้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย 4) การทำความสะอาดพื้นที่ 5) เว้นระยะห่างระหว่างแผง ผู้ขายกับผู้ซื้อ

เพื่อลดความแออัดของตลาดที่สืบเนื่องมาจากการขายสินค้าประเภทอื่นมากขึ้น เพราะความแออัดเป็นการเพิ่มโอกาสของการสัมผัส และความเสี่ยงของโรคได้

2.2 ด้านผู้ประกอบการ 1) สุ่มตรวจหาเชื้อโควิด - 19) ด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของจำนวนผู้ประกอบการ พ่อค้า แม่ค้า พนักงานขนส่งสินค้า ผู้ขายของหรือช่วยขายของ ทุก 2 สัปดาห์ 2) ผู้ประกอบการ พ่อค้า แม่ค้า แสดงผลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้น 3) ปฏิบัติตามมาตรการ THAI STOP COVID

2.3 ด้านผู้รับบริการ 1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อสื่อสารให้ความรู้ เพื่อเตือนปฏิบัติตามมาตรการ และจัดตู้รับเรื่องร้องเรียน 2) ผู้รับบริการทุกคนให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน

การติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) มากกว่าร้อยละ 90

3. ผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.1 การประเมินสถานประกอบการ THAI STOP COVID 2 Plus สำหรับผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทตลาดนัด ร้านอาหาร แผงลอย ร้านอาหารริมฟุตบาท ที่ประกอบกิจการอยู่ในตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ จำนวน 155 ร้าน พบว่า ก่อนดำเนินงาน สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID 2 Plus จำนวน 21 ร้าน ร้อยละ 13.54 หลังดำเนินงาน สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID 2 Plus จำนวน 86 ร้าน ร้อยละ 55.48 ผลต่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.49 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินสถานประกอบการ THAI STOP COVID 2 Plus สำหรับผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทตลาดนัด ร้านอาหาร แผงลอย ร้านอาหารริมฟุตบาท ก่อนและหลังดำเนินงาน (n=155)

ระยะเวลาดำเนินงาน	ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนดำเนินงาน	21	13.54	134	86.45
หลังดำเนินงาน	86	55.48	69	44.51

3.2 ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ก่อนดำเนินงานใช้รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 (S.D.=1.15) หลังดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.72 ระดับสูงร้อยละ 32.29 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.11 (S.D.=1.96) ซึ่งความตระหนัก

รู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่าก่อนดำเนินงาน 2.13 คะแนน (95% CI = 1.45 to 1.88, P-value <.001) ดังตารางที่ 2

3.3 พฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ก่อนดำเนินงานใช้รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.83 โดยมีคะแนน

เฉลี่ยเท่ากับ 8.35 (S.D.=1.62) หลังดำเนินงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.83 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.20 (S.D.=1.21) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลมากกว่าก่อนดำเนินงาน 0.85 คะแนน (95% CI = 0.72 to 0.99, P-value <.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ก่อนและหลังดำเนินงาน

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	95%CI	P - value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล	8.45	1.15	10.11	1.96	2.13	1.45 to 1.88	<0.001
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล	8.35	1.62	9.20	1.21	0.85	0.72 to 0.99	<0.001

Significant = P-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สร้างขึ้นที่พัฒนาขึ้น ได้นำมาใช้ในการควบคุมและป้องกันการระบาดของโควิด 19 โดยการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาใน 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการระบบเฝ้าระวังของตลาด ด้านผู้ประกอบการและด้านผู้รับบริการ พบว่า สามารถดำเนินการได้ทันทีและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งมาจากปัจจัยความเข้มแข็งของผู้นำและเจ้าหน้าที่ และจากประสบการณ์การสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้ประกอบการ พ่อค้า แม่ค้า ส่งผลให้ สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID เพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.49 สอดคล้องกับอัมพร จันทวิบูลย์ และคณะ⁽⁹⁾ รูปแบบตลาดสดที่จะลดความเสี่ยงต่อโควิด-19 โดยพัฒนาเป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านโครงสร้างและระบบ

สาธารณูปโภค (2) ด้านการบริหารจัดการและการกำกับดูแลกิจการตลาดสด และ (3) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาวการณ์ที่ที่เกิดขึ้น คือ ไม่พบการระบาดของโควิด 19 ในตลาดสดที่ดำเนินการในพื้นที่สามารถเปิดบริการได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อสื่อสารให้ความรู้ เพื่อเตือนปฏิบัติตามมาตรการของตลาด โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนผู้มารับบริการในการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ให้ หมั่นล้างมืออย่างสม่ำเสมอด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งสัมผัสจุดเสี่ยงสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อมาใช้บริการตลาดนาชุม รับประทานอาหารสุกและผ่านความร้อนทุกครั้งที่ได้รับประทาน การเว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ส่งผลประชาชนมีความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย

ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่าก่อนดำเนินงาน 2.13 คะแนน สอดคล้องกับเกษมสุข กันชัยภูมิ⁽¹⁰⁾ รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการประชาสัมพันธ์ การณรงค์เสียงตามสาย เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นนอกจากนี้ การสร้างการรับรู้การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยให้ความรู้ที่ตลาดตลาดสด ตลาดนัด ร่วมกับเครือข่ายในตำบล ตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (Covid Free Setting) การสื่อสารความเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ข่าวสารทางเสียงตามสายในตลาด เพื่อแจ้งเตือนคนในชุมชนถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การติดตามข้อมูลการระบาดของโรคโควิด-19 จากทางเสียงตามสาย ร้อยละ 88.28 ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลมากกว่าก่อนดำเนินงาน 0.85 คะแนน เนื่องจากประชาชนเกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิต มาตรการป้องกันตัวเองหลายอย่างทั้งการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือ ใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การรักษาระยะห่างจากผู้อื่น การมี

สุขอนามัยที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคมในการกักตัวเองที่บ้านตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขนำไปสู่พฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธาณีกุลอมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ ทักษิภา ชัชรรัตน์⁽¹¹⁾ พบว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ได้ให้ข้อมูลทุกวันและมีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพและอาจทำให้เกิดแก่ชีวิตได้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนที่ถูกต้องได้

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการขยายผลการพัฒนาให้ครอบคลุมกิจการตลาดสดที่มีอยู่ในพื้นที่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช หรือพื้นที่มีบริบทใกล้เคียง
2. เสนอให้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ ซึ่งมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ โดยจัดให้มีและกำกับดูแลการดำเนินกิจการตลาดให้แก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานให้เกิดความครอบคลุม และเกิดผลในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ในกรณีการปรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). (2021): <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).

4. ประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2565). รายงานสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. <http://61.19.202.217/covid19nst/>
5. ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19). (2564). 10 หลักปฏิบัติ อยู่กับโควิด - 19 ป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/955421>.
6. ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564) <https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/tsctype2.php?group=11>
8. Bloom, B.S., Hastings, T. J., Madaus, G. F. (1971). Hand Book on Formative and Summative. Evaluation of Student Learning. New York: McGraw – Hill Book Compaany .
9. อัมพร จันทวิบูลย์, ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, ประภัศสร ผลวงษ์, ศิริวรรณ ลิ้มปริงซี่ และนันทิยาณี แก้วเรือง. (2564). การพัฒนารูปแบบ ตลาดสด (ประเภท 1) บนฐานวิถีชีวิตใหม่. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 44(3); 90-102
10. เกษมสุข กันชัยภูมิ. (2565). รูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 7(3); 66-75.
11. ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชรรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 21(2), 29-39.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD): กรณีศึกษา พ.ศ.2564

(Received: December 28,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ประวีณา ศรีบุตรดี¹

Praweena Sributdee¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) ได้ให้การพยาบาลตามทฤษฎีร่วมกับการประยุกต์ใช้ โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย(Thai-RDAD protocol)ภายใต้โครงการวิจัยการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health : PRISM) โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยรายนี้ มี 13 ครั้ง ทำภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ดังนี้ เริ่มตั้งแต่ 2 สิงหาคม – 11 ตุลาคม 2564 โดยผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมร่วมกัน ประกอบด้วยผู้จัดการดูแล= Care manager : CM ,ผู้ให้การดูแล=Care giver : CG,ผู้ดูแลที่บ้าน =Family caregiver :FCG สัปดาห์ที่ 1-4 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5-12 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความจำที่ดี รอคอยนัดหมาย ให้ความร่วมมือทำกิจกรรมทางกาย มีความสุขที่ได้พบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสุขกับกิจกรรมร้องรำทำเพลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสุขและผ่อนคลายความเครียดได้ดี
คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ABSTRACT

This case study is a study of nursing care in elderly patients with dementia. Appropriate physical activity for the elderly with dementia through the Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) program provided nursing theory with application. Physical Activity Program (Thai-RDAD protocol) under the research project Collaboration for the care of dementia patients in the elderly (Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health : PRISM). The program for this patient has 13 sessions done within a period of 12 The following week, starting from August 2 – October 11, 2021, by the operators of the activities in the program together. Consists of care manager = Care manager : CM , Caregiver =Care giver : CG, home caregiver =Family caregiver :FCG Week 1-4 give the program twice a week Week 5-12 give the program once a week.

The study found that Patients have good memory, wait for appointments, cooperate with physical activities. Happy to meet a multidisciplinary team. Happy with singing and dancing activities Patients and caregivers are happy and stress relieved.

Keywords: elderly patients with dementia

¹ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)^{1,2} เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ซึ่งจะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้ายๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease: AD) สมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia: VaD) สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease Dementia: PDD) สมองเสื่อมจากเนื้อสมองส่วนหน้าและส่วนขมับฝ่อ (Fronto-Temporal Lobe Degeneration: FTL) เป็นต้น ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลากหลายกลุ่มอาการ เช่น เฉยเมย ไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) วิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) หลงผิด (delusion) หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) โหมโห่ร้ายอาละวาด (aggression) ภาวะเคลิ้มสุข หรืออาการเบิกบานใจจนผิดปกติ (euphoria) อาการประสาทหลอน (hallucination) ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) วงจรการนอนผิดปกติ (sleep cycle abnormalities) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากมาย หลากหลายปัญหา แต่ละปัญหามีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การพยากรณ์ของการรักษาไม่ดี เช่น มีกระบวนการ

คิด สติปัญญาถดถอยลง (cognitive decline) มีการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น (illness progression) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ถดถอยลง เพิ่มอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือ ในสถานพักฟื้นระยะยาว ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพิ่มภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยมีการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้นด้วย^{3,4,5,6} จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ ความรู้ในการรักษา การวินิจฉัยโรค ทักษะในการดูแลและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งรวมถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย^{7,8,9}

ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ให้ถูกต้องเหมาะสม^{7,8} รวมถึงการมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์กับครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อให้ได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่

เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วย
โปรแกรม Reducing Disability in
Alzheimer (RDAD)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 92 ปี ระดับ
การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส
หม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นผู้ป่วยในชุมชน
มาด้วยอาการหลงลืม วัน เวลา สถานที่ จำ
ลูกหลานไม่ได้ ออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก
ชอบหมาข้าว เปิดน้ำทิ้งไว้ลืมปิด เป็นมา
ประมาณ 3 ปี 1 ปีก่อน มีอาการหลงลืมมากขึ้น
คิดช้า ทำอะไรช้า นั่งนิ่ง นั่งเหม่อ ถ้าวการอยู่
บ้านคนเดียว คุยด้วย ถาม จะตอบช้า มองหน้า
ต้องถามซ้ำ จำชื่อลูกหลานที่อยู่ไกลๆ ไม่ได้ จำ
ได้คนที่อยู่ใกล้เห็นหน้าบ่อยๆ ชอบแซ่ข้าว(หมา
ข้าว) ชอบจุดไฟจะนั่งข้าว บอกไม่ให้ทำก็จะทำ
ไปหามาทำ ลูกสาวต้องเลี้ยงข้าว เลี้ยงพิน เลี้ยง
ไม้ขีด ชอบขอเงินจากทุกคน ได้ยินเสียงกลอง
เสียงดนตรีได้ จะไปขอเงิน ลูกก็อายเพื่อน
บ้านที่แม่ชอบขอเงิน ช้อนของ ช้อนอาหาร
แล้วหาไม่พบ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ทุก
อย่าง แต่ต้องบอกให้ไปทำและเตรียมบางอย่าง
ให้ เช่น เสื้อผ้า โดยมีลูกสาวคอยช่วยเหลือ
ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจ รู้สึกอับอาย เครียด รู้สึก
น้อยใจในชะตาชีวิตตนเองที่แม่เป็นแบบนี้
ผู้ป่วยชอบออกบ้านไปร้านค้าซื้อไม้ขีดไฟ แล้ว
กลับบ้านไม่ถูก ต้องให้คนมาส่ง 2 ครั้ง/เดือน
ชอบทะเลาะกับลูกสาว บ่นพึมพำคนเดียว
หงุดหงิดให้ลูกสาว กินอาหารแล้วก็บอกยังไม่
กิน จำอาหารที่กินไม่ได้

สัญญาณชีพแรกรับ

อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส
อัตราการเต้นชีพจร 80 ครั้ง/นาที จังหวะการ
เต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 114/63 มิลลิเมตรปรอท
น้ำหนัก 38 กิโลกรัม ส่วนสูง 144 เซนติเมตร
BMI 18.32 (ปกติ)

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือ IQCODE = 4.375 (ผลบวก)
TMSE = 12 (ผลบวก) NPI = 11 (ผลบวก)
ADL = 11 (กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง
และมีภาวะสมองเสื่อม ประเมิน 9 Q ประเมิน
ไม่ได้

พฤติกรรมที่ผิดปกติ

ย้าคิดย้าทำ “หมาข้าวทั้งวัน” กินแล้วบอก
ไม่ได้กิน ชอบออกจากบ้านไปซื้อของ หลงทางกลับ
บ้านไม่ถูก ประมาณ 2 ครั้ง/เดือน ทำกิจวัตรประจำวัน
ด้วยตัวเองได้แต่ต้องมีคนเตือน กระตุ้นและคอย
ช่วยเหลือ ชอบขอเงินชอบทะเลาะกับลูกสาว
หงุดหงิด พูดบ่นคนเดียว ชอบเปิดน้ำทิ้งไว้ ถ้าวการ
อยู่คนเดียว ช้อนของ ช้อนอาหาร หาไม่เจอ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN = 40mg%
Creatinin = 2.07mg% eGFR = 20.92 มีภาวะการ
ทำงานของไตผิดปกติและมีภาวะไตวายระดับ 4

การวินิจฉัยโรค E112 Non-insulin-
dependent diabetes mellitus - NIDDM With
renal complications c dementia

การรักษาที่ได้รับ

Folic acid 5 mg 1xO pc

Simvastatin 20 mg 1xOhs

Sodamint 300 mg 1x2Opc

Mixtrad 30/70 100 iu/ml ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง
4 ยูนิตก่อนอาหารเช้า

Calcium carbonate 1000 mg 1เม็ดพร้อม
อาหารเช้า

Ferous fumarate 200mg 1x2Opc

การพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
๑. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ข้อมูลสนับสนุน S : เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าคืออะไร S : ไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัวด้วยตนเองต้องมีคนช่วยกระตุ้น S : ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ หรืออุปกรณ์ที่ใช้เป็นประจำไม่ได้ O : ไม่สามารถไปจ่ายตลาด/ไม่สามารถทำอาหารได้/ไม่สามารถใช้จ่ายเงินได้ วัตถุประสงค์ 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากที่สุด/นานที่สุด เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ไม่รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารที่รับประทานได้ไม่หลงทาง เป็นต้น 2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ ไม่เกิดความบกพร่อง และผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง	1. ประเมินผู้ป่วย จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล 2. สอนหลักการสำคัญ คือ กิจกรรมใดผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือบางส่วน ผู้ดูแลไม่ต้องทำให้ทั้งหมด และอะไรเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆเองได้ และผลที่เกิดขึ้นจากการให้ผู้ป่วยทำโดยลำพัง เช่น กินยาผิด อาบน้ำไม่สะอาด ไม่แปรงฟัน เป็นต้น 3. ให้คำแนะนำ และสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง 4. ช่วยอธิบายอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ รวมถึงบริเวณที่จะทำกิจกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยที่ละเอียด อย่างชัดเจน อธิบายขั้นตอนกิจกรรมนั้นๆ ร่วมกับการสาธิตให้ผู้ป่วยทำตามทีละขั้นตอน อย่างช้า และอาจต้องพูดซ้ำๆ บ่อยๆ เพราะผู้ป่วยบางรายจะลืมทันทีแม้ว่าเพิ่งพูดไปไม่กี่วินาทีก็ตาม 5. จัดตารางเวลากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำเป็นแบบแผนควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับกำหนดเวลา ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคย และสะดวก ไม่สลับซับซ้อน 6. ส่งเสริมการดูแลโดยกระตุ้นความสามารถของผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง ประกอบกิจวัตรประจำวัน คงสมรรถนะ และความสามารถที่มีอยู่ ประคับประคองให้ผู้ป่วยทำสิ่งที่ยังทำได้ให้ได้มากที่สุด และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การเดิน การเคลื่อนไหวตลอดจนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 7. ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะๆ เมื่อต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากกิจกรรมใดที่ผู้ป่วยยังทำได้ให้กระตุ้นให้ทำต่อไปโดยไม่ห้าม แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยทำไม่ได้ไม่สมารถให้เข้าไปช่วยเหลือบางส่วน โดยไม่ทำให้ทั้งหมด เพื่อให้คงความสามารถและกระตุ้นความสามารถไปพร้อมกัน แต่หากกิจกรรมใดผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เลยหรือทำแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น จัดยาและรับประทานยาผิด เป็นต้น ให้ผู้ดูแลเข้ามาทำให้แทนได้ 8. ให้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ไม่เร่งรัด หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการต้องรีบทำ แต่หากผู้ป่วยรีบทำก็พยายามพูดให้ช้าลง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หกล้ม สำลักอาหาร เป็นต้น 9. จัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย และทำให้เป็นตารางเวลาเดียวกันในทุกๆ วัน เพื่อลดความสับสนและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและจำได้ 10. นำญาติช่วยผู้ป่วยให้ออกกำลังกายในส่วนของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อใหญ่ เช่น การยืดเหยียดแขนขา การเดิน เป็นต้น หรือ ให้ญาติช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วยบนเตียงนอน โดยเน้นกล้ามเนื้อใหญ่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเอง เพราะการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อย มีผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น 11. ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด เพื่อสอนการทำกายภาพ หรือ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่บ้านและนัดทำกิจกรรมบำบัดที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู 12. แนะนำให้ผู้ดูแลติดต่อกับญาติคนอื่นๆ เพื่อร่วมด้วยช่วยกันดูแล และหากมีข้อสงสัยสามารถโทรปรึกษาหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ที่ให้การรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ได้เช่นกัน 13. ให้กำลังใจและส่งเสริมพลังอำนาจทางบวก ให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายกดดันทางจิตใจ 14. ติดตามประเมินการสอนโดยโทรสอบถามอาการและประเมินความสามารถของผู้ป่วย การประเมินผลการพยาบาล 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ไม่รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารที่รับประทานได้, ไม่หลงทาง, ไม่เปิดน้ำไว้, ไม่ห่มข้าว เป็นต้น 2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บ้างแต่ญาติต้องกระตุ้นและคอยช่วยเหลือและผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ มีพฤติกรรมซ้ำๆ (Compulsive behavior) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบเปิดน้ำทิ้งไว้ลืมปิด ชอบหมาข้าว ชอบขอเงิน ชอบซ่อนข้าวของ O : ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม บอกอยากหมาข้าว กลัวลูกไม่มีข้าวกิน หวงของ ซ่อนของโดยเฉพาะเงิน วัตถุประสงค์ เพื่อลดการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เปิดน้ำทิ้งไว้ 2. ไม่ห่มข้าว 3. ไม่ซ่อนของ	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้คลายความกังวลและลดความเครียด 2. ทำความเข้าใจ หาเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทำพฤติกรรมซ้ำๆ นั้น 3. อุดหนุน ไม่บ่น ไม่ด่า ไม่ได้เถียง ไม่ตำหนิผู้ป่วย หากพฤติกรรมนั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหา 4. เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ชวนพูดคุยถึงเรื่องราวและความภาคภูมิใจในอดีต พาออกกำลังกาย หรือพาทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและมีความสุขเช่น ฟังเพลง ฯลฯ 5. ใช้สิ่งของที่ใช้เตือนความจำ เช่น การเขียนโน้ต นาฬิกา ปฏิทินช่วยเตือนความจำ ภาพเก่าๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย 6. เปลี่ยนพฤติกรรมซ้ำๆ โดยจัดหากิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์ เช่น กระตุ้นให้ฟังธรรมะ ฟังเพลง การทำกิจกรรมทางกายตามโปรแกรม RDAD 13 ครั้ง ใน 12 สัปดาห์ การประเมินผลการพยาบาล 1. ประเมินผลตามโปรแกรม RDAD วันที่ 11 ตุลาคม 2564 ผู้ป่วยไม่เปิดน้ำทิ้งไว้ ยังซ่อนของ หวงของ ถ้ามีใครให้เงินก็จะยิ้มแย้ม ยังขอเงินอยู่ 2. แนะนำญาติให้พาทำกิจกรรมทางกายต่อเนื่อง เพื่อคลายความเครียดและเบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ Care giver เข้าไปร่วมทำกิจกรรม ตาม Care plan ในโครงการ Long term care
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ขาดแรงจูงใจ (Apathy) ในการทำกิจกรรม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉยเมย ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบอยู่คนเดียว นั่งแหว่งเท้า เฉยเมย ไม่สนใจร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัว O : สีหน้าเรียบเฉย ชอบนั่งอยู่คนเดียว วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น เกณฑ์การประเมินผล 1. ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ	1. ให้ความรู้ญาติถึงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม RDAD กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การมีกิจกรรมทางกาย การพาทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบและมีความสุข เช่น ผู้ป่วยชอบเต้นเพลงคองก้า เปิดเพลงให้ฟัง ทำงานฝีมือที่เคยทำ เช่น การทอผ้า ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านหรือการทำครัว เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่เหงา 2. พาทำกิจกรรมบำบัด Reminiscence therapy การระลึกความหลัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้สูงอายุมีกำลังใจหรือมุมมองต่อตนเองที่ดีขึ้น โดยเลือกให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องด้วยภาพถ่ายเหตุการณ์ในอดีตของผู้ป่วย ให้บอกความหมายของเหตุการณ์ ใครทำอะไร ที่ไหน เกิดอะไรในภาพ ความรู้สึก ความภาคภูมิใจเกี่ยวกับภาพนั้น และการบอกเล่าประสบการณ์โดยตั้งหัวข้อให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง ขณะระลึกความหลัง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดีคอย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. พูดคุยหยอกล้อกับลูกหลาน 3. ทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกับลูกหลาน 4. มีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส	สังเกต มีความอดทน สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้สูงอายุ และช่วยผู้สูงอายุปรับมุมมองใหม่ เพื่อส่งเสริมให้การระลึกความหลังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง 3. กระตุ้นการรับรู้ (Sensory stimulation) โดยให้อ่านหนังสือพิมพ์ และให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับเนื้อหาในหนังสือพิมพ์ หรือกระตุ้นการรับรู้ด้วยเครื่องปรุงในครัว เช่น ผักชีฝรั่งที่ใช้ทำอาหาร, ใบมะกรูด, ขมิ้น ฯลฯ ให้ผู้ป่วยบอกชื่อ กลิ่น ลักษณะการใช้ปรุงอาหาร รสชาติ เพื่อเป็นการกระตุ้นการรับรู้ 4. แนะนำให้ลูกหลานหมั่นพูดคุย หยอกล้อ พาทำกิจกรรมร่วมกัน สัมผัสโอบกอด พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเหงา การประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยชอบเพลงคองก้า จะโยกตัวตามเพลงอย่างมีความสุข 2. ส่วนใหญ่ลูกหลานก็จะต่างคนต่างอยู่ไม่ค่อยสนใจผู้ป่วย ไม่ค่อยคุยกับลูกสาว ต้องให้คำแนะนำกับลูกสาวให้พูดคุยหยอกล้อกับผู้ป่วยสัมผัสโอบกอดผู้ป่วยบ่อยๆ 3. ผู้ป่วยชอบช่วยลูกทำครัวปรุงอาหาร โดยลูกต้องคอยกระตุ้นให้ทำ 4. ขณะร่วมทำกิจกรรมสีหน้าผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลสนับสนุน S : ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืม พูดซ้ำ ถ้ามซ้ำ ลืม สิ่งของบ่อยๆ เป็น S : ชอบนั่งแกล้งทำคนเดียว ไม่พูดคุยกับใคร O : มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของ และชื่อ คนที่คุ้นเคยไม่ถูกต้อง วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากครอบครัวได้ถูกต้อง เหมาะสมตามความต้องการได้ 2. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชีวิตประจำวันได้ เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับ ผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจตรงกัน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล 2. ประเมินปัญหาการสื่อสารที่พบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อที่จะจัดระดับปัญหาและหาแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความเหมาะสม 3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน ควรให้ผู้ป่วยใส่แว่นตาและเครื่องช่วยฟังให้เรียบร้อยก่อนเริ่มการสนทนา 4. เทคนิคการสื่อสารที่ดี ได้แก่ - พูดกับผู้ป่วยหันหน้าตรง สบตาขณะสื่อสารกับผู้ป่วย - โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย พูดซ้ำๆ สั้นๆ อย่าพูดหลายชั้นตอนพร้อมๆ กัน - มีการใช้น้ำเสียงอ่อนโยน แสดงถึงความเคารพ แสดงออกทางสีหน้าอย่างเหมาะสม - ให้ความสนใจในการสนทนา ไม่เร่งรีบ ไม่เร่งรัดกับผู้ป่วย - ปล่อยให้ผู้ป่วยนึกคิด หรือตอบสนอง อาจต้องพูดซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ - หากต้องการให้ผู้ผู้ป่วยทำสิ่งใด พยายามไม่ใช่ประโยคคำสั่ง ใช้ประโยคเชิญชวนแทน การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับลูกหลานได้บางเรื่องบางคำ บางครั้งก็พูดคนละเรื่อง หลงลืม จำคำพูด จำเรื่องที่พูดไม่ได้ แต่ผู้ป่วยชอบให้มีคนมาพูดคุยด้วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน S : มีกระบวนการคิด/สติปัญญาผิดปกติไป : เคยหกล้มเมื่อ 4 เดือนที่แล้ว	กิจกรรมการพยาบาล 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับการซักประวัติข้อมูลจากผู้ดูแล ผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ Comprehensive Geriatric Assessment: CGA ได้แก่ 1.1 การประเมินทางกาย (physical assessment) ได้แก่ การซักประวัติ ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว อาการประวัติปัจจุบัน โรคประจำตัว การรักษาที่กำลัง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
: มีอาการเวียนศีรษะบางครั้งขณะลุกเดิน ○ : กล้ามเนื้อแขนขาทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อน้อย : การทรงตัวผิดปกติ เดินหลังค่อมเล็กน้อย : Muscle strengre grade 4 เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน 6 เดือน	ได้รับอยู่ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิมที่เจ็บป่วยอยู่ ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการที่พบ บ่อในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) 1.2 การประเมินทางสมองและจิตใจ (psychological and mental assessment) ได้แก่ การประเมินด้านอารมณ์ จิตประสาท กระบวนการคิด การรู้คิด สถิติปัญญา ภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า การประเมินทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environment assesment) ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย ความเสี่ยง การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ ครอบครัวผู้ดูแล สัมพันธภาพ ฐานะการเงิน สิทธิการรักษา 1.3 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (functional assessment) ได้แก่ การประเมินความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวันในระดับพื้นฐาน (basic activity of daily living) ขั้นสูง (instrumental activity of daily living) เพื่อสรุปปัญหาและวางแผนการพยาบาล 2. ให้ความรู้ผู้ป่วยสมองเสื่อมกรณีประเมินจากข้อ 1 และพบว่าผู้ป่วยยังสามารถคิดตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองได้ในบางจุด รวมถึงให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3. แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อช่วยในการทรงตัว การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของร่างกาย (resistance exercise) เมื่อผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น จะช่วยให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ลดโอกาสบาดเจ็บและอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มต่างๆ ได้ 4. แนะนำให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น ให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีพื้นต่างระดับ มีราวจับที่ในห้องน้ำ เป็นต้น 5. ในกรณีที่ผู้ป่วยออกนอกสถานที่ ให้ประเมินความสามารถ ในการเดินของผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walking aids, gait aids) หรือไม่ เช่น ไม้เท้า 1 ขา (standard cane) ไม้เท้า 3 ขา (tripod cane) ไม้เท้า 4 ขา (quard cane) หรือเครื่องช่วยเดิน 4 ขา (walker) ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลควรศึกษาข้อมูลวิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินดังกล่าว ก่อนนำมาใช้จริงกับผู้ป่วยทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถจำขั้นตอนในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินดังกล่าวได้ ให้ผู้ดูแลเ้าเตือนวิธีการใช้ที่ถูกต้องบ่อยๆ ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างระมัดระวัง ติดตามประคองเป็นระยะ เมื่อต้องเคลื่อนที่ระยะไกล กรณีที่ใช้รถเข็น (wheel chair)ต้องระมัดระวังการเลื่อนตัว ไถลตัวตกรถเข็น ควรมีผ้าหรือเข็มขัดช่วยรัดประคองด้วย 6. หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุนในการทำกิจวัตรประจำวัน บางส่วน สามารถให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนได้ แต่ไม่ควรทำทั้งหมด ต้องให้เวลาให้กับผู้ป่วย และเน้นย้ำให้พยายามช่วยเหลือตนเอง ออกกำลังกายด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พยายามให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจทางบวก ส่งเสริมการออกกำลังกายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครชุมชน เป็นต้น ในการช่วยเหลือติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลการพยาบาล ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ 13 ครั้งที่ดูแล ผู้ป่วยยังไม่ทกลับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการสูญหายเพราะผู้ป่วยชอบออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยชอบออกไปซื้อของแล้วกลับบ้านไม่ถูกความถี่ 2 ครั้ง/เดือน เพื่อนบ้านต้องนำส่งบ้าน O : ขณะพูดคุยผู้ป่วยบอกจะออกไปร้านค้าเพื่อซื้อของวัตถุดิบปรุงรส เพื่อลดจำนวนครั้งของการออกจากบ้านไปคนเดียว เกณฑ์การประเมินผล 1. ลดจำนวนครั้งในการออกจากบ้านคนเดียวเหลือเดือนละ 1 ครั้ง หรือไม่ออกจากบ้านคนเดียวเลย 2. ออกนอกบ้านโดยมีลูกหลานพาไป 3. มีเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ดูแลติดต่อตัวผู้ป่วย	1. หาสาเหตุที่ผู้ป่วยสับสนว่าเป็นการเดินออกไปอย่างไรจุดหมาย หรืออยากหนีจากที่อยู่ หรืออยากออกไปทำกิจกรรมอื่น หรืออาจเป็นผลของการกระสับกระส่าย นั่งไม่ติด ซึมเศร้า ผลที่ตามมาคือหลงทาง กลับบ้านไม่ถูก และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ ถ้าผู้ป่วยยังเข้าใจ อธิบายให้เกิดความมั่นใจเพื่อลดความกลัว 2. ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จัดสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีต เช่น จัดสวน ปลูกผักสวนครัว ทำรั้วรอบขอบชิด อาจติดกล้องวงจรปิด จัดญาติให้สลับอยู่ดูแลหากผู้ดูแลหลักไม่อยู่ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยไม่เป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วย 3. หากกิจกรรมที่ชอบหรือพึงพอใจให้ทำ เช่น การฟังธรรมะ การทำงานฝีมือ การปลูกผัก ปลูกต้นไม้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน 4. พาผู้ป่วยออกนอกบ้านไปทำกิจกรรม เช่น ไปตลาด ไปเล่นกับเพื่อนบ้าน ไปวัด ทำบุญ ไปเที่ยว เป็นต้น 5. แจ้งให้เพื่อนบ้านในละแวกเดียวกันให้ทราบว่าผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม เพื่อจะได้คอยสอดส่องดูแล หรือนำส่งบ้านหากผู้ป่วยหนีออกจากบ้านคนเดียว ป้องกันการหายโดยติดชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลไว้ในเสื้อ โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบ หากสูญหายจะได้้นำส่งกลับบ้านได้ถูกต้อง 6. ผู้ดูแลจดบันทึกจำนวนครั้งของการหนีออกจากบ้าน วัน เวลา ที่หายออกไป เพื่อเป็นข้อมูลวางแผนการแก้ไขปัญหานี้ การประเมินผลการพยาบาล 1. ในช่วงเวลาที่ดูแลด้วยโปรแกรม RDAD ผู้ป่วยยังไม่หนีออกจากบ้าน 2. ลูกสาวพาไปทำบุญประจำปีที่วัด 1 ครั้ง 3. ลูกสาวปักเบอร์โทรติดต่อไว้ที่เสื้อผู้ป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน S : ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกาย ได้แก่ ได้รับอาหารน้อยกว่าความต้องการ S : มีอาการหลงลืม มีพฤติกรรมทำอะไรซ้ำ เช่น กินซ้ำ ความอยากอาหารลดลง จำไม่ได้ว่าตนเองรับประทานอาหารไปแล้ว O : มีความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลให้ ความอยากอาหารลดลง ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร O : ความสามารถในการเคี้ยวกลืนและการย่อยอาหารลดลง สูญเสียการรับรส น้ำลายในปากน้อย O : ครอบครัวยุคใหม่ ขาดความรู้ในการจัดการอาหาร	1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ CGA จากการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลและนำมาวางแผนการพยาบาล 2. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย จากค่าBMI 3. แนะนำอาหารที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยมีปัญหาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจาก ความอยากอาหารลดลง ขาดแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร อันเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน โดยเน้นอาหารที่ให้พลังงานสูง และสารอาหารครบถ้วน มีโปรตีน แร่ธาตุ และวิตามิน เพียงพอในแต่ละวัน เน้นผักผลไม้ และควรเพิ่มอาหารว่างระหว่างมื้อ หรือ ให้ทุกครั้ง เมื่อสังเกตพบว่าผู้ป่วยสนใจอยากรับประทาน หรือ มีความกระตือรือร้นในการรับประทานอาหารมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา และหลีกเลี่ยงการบังคับ บังคับให้รับประทาน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หรือ อาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อื่นๆ ตามมาได้ ให้ใช้เทคนิคการดึงความสนใจในเมนูอาหาร การทำอาหารเพิ่มสีสันอาหารสดใสน่ารับประทาน จัดให้รับประทานร่วมกับครอบครัว บุคคลที่คุ้นเคย เพื่อส่งเสริมให้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ขาดเทคนิคในการแก้ไขปัญหา วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหาร ที่เหมาะสมกับ ความต้องการของร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล 1. BMI อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม (18.5 – 22.9) 2. สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นได้ตามปกติ 3. ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจในหลักการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 4. เมื่อต้องการความช่วยเหลือมีแหล่งสนับสนุนในการร่วมดูแล	เกิดการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองให้มากที่สุด และหากผู้ป่วยยังสามารถประกอบอาหารเองได้บางส่วนแนะนำให้ผู้ป่วยทำเองในส่วนที่ทำได้ เพื่อคงความสามารถเดิมของผู้ป่วย แต่หากพบว่ามีความบกพร่องในบางส่วน ให้ผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือในส่วนที่บกพร่อง ส่วนที่ยังสามารถปฏิบัติได้ ยังคงให้ปฏิบัติเองให้นานที่สุด 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกเมนูอาหารที่ชอบ และถ้าเป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการทำอาหาร เช่น ไปเลือกซื้ออาหาร ปรุงอาหาร จัดเตรียมโต๊ะอาหารด้วยกัน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการมีกิจวัตรประจำวันและยังเป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองด้วย 6. ติดตาม BMI เป็นระยะๆ และส่งปรึกษานักโภชนาบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยละเอียด การประเมินผล 1. BMI อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม 18.32 2. รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ค่อยมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร กินแล้วบอกลำบาก 3. ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ค่อยมีเวลาร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเหงา 4. เมื่อต้องการความช่วยเหลือมีแหล่งสนับสนุนในการร่วมดูแล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ข้อมูลสนับสนุน S: ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่เข้าใจความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา S : ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย O : ผู้ดูแลมักจะทะเลาะขัดแย้งกับผู้ป่วย วัตถุประสงค์ 1. ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 2. ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์	1. ประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล จากการสอบถาม พูดคุย ในด้านต่างๆ ได้แก่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่มีในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายได้ 1.2 ข้อมูลทางด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เป็นต้น 1.3 ข้อมูลทางด้านจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึกกดดัน เป็นภาวะ เป็นต้น 1.4 ข้อมูลทางด้านสังคม เช่น ภาระ ความรับผิดชอบที่ต้องดูแลทุกด้าน ความรู้ทักษะในการดูแล สถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นต้น 2. การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนการฝึกผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดด้านต่างๆ การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น 3. แนะนำแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง 4. ติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแล และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ประเมินความรู้ย้อนกลับ หลังได้รับการอบรม เพื่อเพิ่มรายละเอียดการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลยังบกพร่อง การประเมินผลการพยาบาล ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์

สรุปกรณีศึกษา

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลตามทฤษฎีร่วมกับการประยุกต์ใช้ โปรแกรมการทากิจกรรมทางกาย (Thai-RDAD protocol) ภายใต้โครงการวิจัย การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health : PRISM) โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยรายนี้ มี 13 ครั้ง ทำภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ดังนี้ เริ่มตั้งแต่ 2 สิงหาคม – 11 ตุลาคม 2564 โดยผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมร่วมกัน ประกอบด้วยผู้จัดการดูแล = Care manager : CM ,ผู้ให้การดูแล = Care giver : CG, ผู้ดูแลที่บ้าน = Family caregiver : FCG สัปดาห์ที่ 1-4 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5-12 ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม เป็นการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี คงสภาพความเสื่อมของสมองไว้ให้นานที่สุด ชะลอความเสื่อมของสมอง และเพื่อช่วยคลายความเครียดของผู้ดูแล ในช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีความจำที่ดี รอคอยนัดหมาย ให้ความร่วมมือทำกิจกรรมทางกาย มีความสุขที่ได้พบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสุขกับกิจกรรมร้องรำทำเพลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสุขและผ่อนคลายความเครียดได้ดี

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) จะมีอาการแสดงที่

แตกต่างกันตามพื้นฐานลักษณะเดิมของผู้ป่วย การที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย การยอมรับแบบแผนการการดำเนินไปของโรคอาการที่อาจจะเกิดขึ้น จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถจัดการการดูแล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เทคนิควิธีการต่างๆ ในการจัดการอาการที่เหมาะสม และถึงแม้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ อาจไม่สามารถหายไปได้ เนื่องจากจากตัวโรคของคนผู้สูงอายุ แต่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดปัญหาที่อาจเกิดตามมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวได้ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริม กระตุ้นความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวัน ช่วยชะลอการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลไม่เกิดความตึงเครียด ลดความรู้สึกเป็นภาระ และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลได้^{10,11,12}

อภิปรายผล

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) จะมีอาการแสดงที่แตกต่างตามพื้นฐานลักษณะเดิมของผู้ป่วย การที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย การยอมรับแบบแผนการการดำเนินไปของโรค อาการที่อาจจะเกิดขึ้น จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถจัดการการดูแล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถใช้

เทคนิควิธีการต่างๆ ในการจัดการอาการที่เหมาะสม และถึงแม้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ อาจไม่สามารถหายไปได้ เนื่องจากตัวโรคของคนไข้ แต่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดปัญหาที่อาจเกิดตามมาจากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ดังกล่าวได้ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริม กระตุ้นความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวัน ช่วยชะลอการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลไม่เกิดความตึงเครียด ลดความรู้สึกเป็นภาระ และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแลได้^{13,14,15,16}

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย (Thai-RDAD protocol) สำหรับผู้สูงอายุที่

เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกับผู้สูงอายุอื่นหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นที่บริบทใกล้เคียงกัน เช่น บุคคลที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ กลุ่มโรคเรื้อรัง ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2. โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย (Thai-RDAD protocol) สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน/ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

3. ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย(Thai-RDAD protocol) ให้ภาคีเครือข่าย /ประชาชนทั่วไปมีความรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผล เพื่อนำไปใช้ให้เกิดความต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น.(2563).ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตัง จำกัด.
2. ศิราณี ศรีหาภาค และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ.(2565.สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตัง จำกัด.
3. ภรวิทย์ อนันต์ติลลภทธี.(2564).ภาวะสมองเสื่อม.นครราชสีมา:ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2562).แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ.นนทบุรี:อิส ออกัส จำกัด.
5. สุทธิศา ปิตินาถ.(2562).คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์.โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
<https://hdmall.co.th/pharmacies-chat/drug-simvastatin>
6. มุลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น.(2563).คู่มือโปรแกรมThai-RDAD protocol.ขอนแก่น:เพ็ญพรินตัง จำกัด.
7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2564).แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:ธนาเพลส.
8. ญาณิศา ดวงเดือน.(2562).พยาบาลกับการส่งเสริมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุNurses and Promotion to Reminiscence in Older Adults.กรุงเทพฯ:สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย.
9. อาทิตยา สุวรรณ.(2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมRole of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.

10. นิพพาภัทร์ สีนทรัพย์, จิณวัตร จันครา และ บุปผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
11. นภาพร เพ็งสอน.(2561).คู่มือการพยาบาลการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช.กรุงเทพฯ:โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. นิพพาภัทร์ สีนทรัพย์, จิณวัตร จันครา และ บุปผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
13. ปิติพร สิริทิพากร.(2564).กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: แผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมA Case Study: Holistic nursing care plans for dementia.กรุงเทพฯ: โครงการตำราคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล .
14. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ.(2561).แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม.กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
15. พิศมัย วรรณขาม ,สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา .(2562) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
16. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ , แสงเดือน กิ่งข่อยกลาง และ นฤบดีนทร์ รอดปั้น.(2565).การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์จำกัด.

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพร

Factors affecting quality of life of public health personnel in during pandemic of
coronavirus disease 2019 in Chumphon province.

(Received: December 30,2022 ; Revised: December 31,2022 ; Accepted: December 31,2022)

ฤทธิ เพ็ชรนิล¹
Rittee Pechnil¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร การศึกษาในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 186 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) อธิบายสถิติเชิงพรรณนาด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและอธิบายสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบค่าที (T-Test : Independent) และวิเคราะห์ความแปรปรวน (One-Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51ปีขึ้นไป มีตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 34.9 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 32.3 มีอายุงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 69.4 กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ปัจจัยด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.46) ($\bar{X}$ =2.81) และ ($\bar{X}$ =2.53) ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ มีระดับไม่ดี ($\bar{X}$ =2.20)และ ($\bar{X}$ =2.31) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) พบว่าด้านจิตใจ (β =0.482, t =2.680, p -value=.008) มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ด้านสิ่งแวดล้อม (β =0.295, t =2.433, p -value=.016) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (β =0.268, t =2.341, p -value =0.020) มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การทดสอบสมมติฐาน ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตต่างกัน ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อายุงาน และขนาดของ รพ.สต. ที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมติฐาน แต่ในด้านสถานะภาพสมรสและตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value=0.014, p -value=0.030) และจำนวนเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value=0.005)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรคโควิด-19

Abstract

The Cross-Sectional Research studied aimed to study personal characteristics factors, factors of quality of life and guidelines for improving the quality of life for personnel. A sample of 186 personnel working in Tambon Health Promoting Hospitals. Data were collected using a questionnaire developed from the abbreviated Thai version of the World Health Organization Quality of Life Assessment Questionnaire. (WHOQOL-BREF-THAI) explained descriptive statistics with frequency, percentage, mean, standard deviation and explained inferential statistics by T-Test: Independent) and analysis of variance (One-Way ANOVA) Statistical significance level 0.05

Results: Most of the respondents were female, aged 51 years and over, 34.9% of them were professional nurses, 32.3% of Public Health Technical Officer, and 69.4% of them had more than 10 years of work. The quality of life for social relationship factors and environmental was at a moderate level ($\bar{X}$ =2.46), ($\bar{X}$ =2.81) and ($\bar{X}$ =2.53), respectively. And the quality of life for physical and mental health was at

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม จังหวัดชุมพร

a bad level ($\bar{x}$ =2.20) and ($\bar{x}$ =2.31). Multiple regression analysis found that psychological (β =0.482, t =2.680, p -value=.008) had a statistically significant effect on quality of life at 0.01 in terms of environment (β =0.295, t =2.433, p -value=.016) and social relations (β =0.268, t =2.341, p -value =0.020) affecting the quality of life is not statistically significant at 0.05. Hypothesis testing was found that different personal factors affected the quality of life differently. The factors of gender, age, income, education level, working age and size of different Tambon Health Promoting Hospitals had no difference in quality of life, therefore rejecting the hypothesis, but in terms of marital status and job titles are different. There was a statistical significance difference in quality of life at the 0.05 level (p -value=0.014, p -value=0.030), and the number of staff in different Tambon Health Promoting Hospitals. had a significant difference in quality of life at the 0.01 level (p -value = 0.005).

Keyword: Quality of life, Tambon Health Promoting Hospital, Coronavirus disease 2019

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019, COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อที่มีระบาดอยู่ทั่วโลก (pandemic) ระยะเวลาเกือบ 3 ปี (2562-2565) จากบทบาทของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ติดเชื้อในชุมชน การดำเนินการสอบสวนโรค การติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัสในชุมชน การให้บริการรักษา ส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 และอาจส่งผลกระทบต่อ การให้บริการตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ข้อมูลของ COVID-19 ในบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทยยังมีจำกัด บุคลากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการสัมผัส COVID-19 สูงและจำเป็นต้องสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานขึ้น การขาดแคลน บุคลากรก่อให้เกิดภาวะความบีบคั้น เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตลอดระยะเวลาเกือบ 3 ปี แม้ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ้นจากกลุ่มโรคติดต่ออันตราย¹ กลายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง² ก็ตาม แต่การที่บุคลากรทำงานภายใต้ภาระงานและต่อเนื่องยาวนานจนเกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลต่อจิตใจที่เริ่มอ่อนล้าจนกลายเป็นความเครียด อาจ

ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพรมีสถานบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) 96 แห่ง มีบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน 343 คน จากประเด็นสะท้อนปัญหาส่วนหนึ่งจากผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ พบว่าส่วนหนึ่งมีปัญหา ความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน รวมถึงการใช้ชีวิตที่แตกต่างจากวิถีชีวิตที่ปกติ ขาดโอกาสการพักผ่อน เกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน ขาดความสุขในการใช้ชีวิต ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพร เพื่อนำผล การศึกษามาหามาตรการหรือความรู้ใหม่ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้บุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ สถานีอนามัย ให้สามารถปรับตัวอยู่กับสถานการณ์ โรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์

ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive) โดยใช้แบบสอบถามที่เป็นเครื่องชี้วัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRES-THAI) ของ สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ³ เพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชุมพร ตามเกณฑ์ จำนวน 343 คน

คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁴ จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชุมพรช่วงระบาดของโรคโควิด-19 (ธันวาคม 2562 – 30 กันยายน 2565) ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามที่เป็นเครื่องชี้วัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRES-THAI) ของ สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ³ ที่ได้พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL) ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบ ปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาทดสอบซ้ำ 3 รอบ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับ

แบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด จำนวน 38 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ขนาดของรพ.สต. จำนวนเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตจำนวน 26 ข้อ มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และมีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ มาก	ให้ 2 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ มาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและรายด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (อ้างใน งามอาจ นัยวัฒน์⁴) โดยการใช้สูตรคำนวณ ทำการแบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ แปลผลตามหลักเกณฑ์จึงเป็นดังนี้

คะแนน 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับผลกระทบ

การวัดผล / การวิเคราะห์ผลการวิจัย

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ การทดสอบค่าที (t-test : Independent) ปัจจัยด้าน เพศ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (One – Way ANOVA) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนคำถามปลายเปิด ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ถอนตัวจากการวิจัย ทุกคนยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมจนเสร็จกระบวนการ

ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพรครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชุมพร จำนวน 186 คน

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และจำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

ด้านเพศ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 71.50 และเพศชาย ร้อยละ 28.50 ด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ มีอายุ 51 ปีขึ้นไป รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.9 และ 28.5 ตามลำดับ ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 34.4 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 31.2 และรายได้ต่อเดือนระหว่าง 15,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.8 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานะสมรส รองลงมา มีสถานะโสด และน้อยที่สุดมีสถานะ หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 64.0, 28.5 และ 7.5 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมา คือระดับต่ำกว่าปริญญาตรีและระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 83.9, 8.6 และ 7.0 ตามลำดับ ด้านตำแหน่งงาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมา เป็นนักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 34.9, 32.3 และ 21.5 ตามลำดับสำหรับด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี รองลงมา เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี และน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.4, 13.4 และ 10.8 ตามลำดับ และด้านจำนวนเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ที่บุคลากรปฏิบัติงานส่วนใหญ่มียาจำนวนเจ้าหน้าที่ 4-6 คน รองลงมา เป็น รพ.สต. ที่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 1-3 คน และมากกว่า 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2, 29.6 และ 10.2 ตามลำดับ

2. คุณภาพชีวิตของบุคลากร

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=186)

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย (x)	คุณภาพ ชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	2.20	ไม่ดี
ด้านจิตใจ	2.31	ไม่ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.81	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.53	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ย สูงสุด 2.81 รองลงมาด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 2.53 มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ส่วนด้านจิตใจ มี

ค่าเฉลี่ย 2.31 และด้านสุขภาพกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2.20 มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคลากร
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(n=186)

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	คุณภาพ ชีวิต
1. ทานพอใจกับสุขภาพของ ท่านในตอนนี้เพียงใด	2.12	ไม่ดี
2. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพ ชีวิตอยู่ในระดับใด	2.22	ไม่ดี
เฉลี่ยคุณภาพชีวิตและ สุขภาพโดยรวม	2.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความพอใจกับสุขภาพตนเองเฉลี่ย 2.12 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี และมีความคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 2.22 ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ปัจจัยองค์ประกอบกับคุณภาพชีวิต
ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=186)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	β	SE	beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	-0.840	0.232	-	-3.617	0.000
ด้านสุขภาพกาย	0.198	0.174	0.105	1.142	0.255
ด้านจิตใจ	0.482	0.180	0.281	2.680	0.008*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.268	0.115	0.206	2.341	0.020*
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.295	0.121	0.202	2.433	0.016*
R square = 0.51 F = 47.51 Sig = 0.000					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านจิตใจ ($\beta=0.482$, $t=2.680$, $p\text{-value}=0.008$) มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($\beta=0.295$, $t=2.433$, $p\text{-value}=0.016$) และ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\beta=0.268$, $t=2.341$, $p\text{-value}=0.020$) มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์

การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพกายไม่ผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การทดสอบสมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่ต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างกัน

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1

ลักษณะส่วนบุคคล	สถิติที่ใช้	F	p-value	ผลการทดสอบ
เพศ	t-test	0.96	0.329	ปฏิเสธ
อายุ (ปี)	F-test	0.70	0.552	ปฏิเสธ
รายได้ (บาท/เดือน)	F-test	0.67	0.573	ปฏิเสธ
สถานะภาพสมรส	F-test	4.35	0.014*	ยอมรับ
ระดับการศึกษา	F-test	1.48	0.221	ปฏิเสธ
ตำแหน่งงาน	F-test	2.55	0.030*	ยอมรับ
อายุงาน	F-test	1.27	0.285	ปฏิเสธ
จำนวนเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.	F-test	5.4	0.005**	ยอมรับ

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อายุงาน ที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ในส่วนของสถานะภาพสมรสและตำแหน่งงานต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.014$, $p\text{-value}=0.03$) และ จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01($p\text{-value}=0.005$)

4. ความคิดเห็นเพิ่มเติม จากการตอบข้อคำถามปลายเปิดในแบบสอบถามของ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาสรุปเรียบเรียงดังนี้

4.1 ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะด้านปัจจัยเพิ่มเติม ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

- ด้านองค์ความรู้ เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ องค์ความรู้ด้านโรคดังกล่าว ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการถ่ายทอดน้อย ข้อมูลปฏิบัติการของโรคขาดความชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ต้องมีความชัดเจนสามารถถ่ายทอดต่อผู้ป่วยและผู้สัมผัส ซึ่งจะทำให้บุคลากร ลดความเครียด ความวิตกกังวล ตลอดจน

ความกลัวที่จะเป็นพาหะนำโรคไปติดต่อกับคนใกล้ชิด คนในครอบครัว

- ด้านนโยบาย เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่รับคำสั่งข้อสั่งการเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ตลอดจนสอบสวนโรคในพื้นที่เสี่ยงภัยข้อกำหนด นโยบายจากผู้บริหารแต่ละลำดับ ต้องมีความชัดเจน และรวดเร็ว เพราะหากการดำเนินการล่าช้า การระบาดของโรคมีการระบาดกระจายอย่างรวดเร็วและเป็นกลุ่มก้อนที่มีขนาดใหญ่

- ด้านการคลัง ด้านวัสดุอุปกรณ์ ป้องกันควบคุมโรค ต้องมีสนับสนุนให้เพียงพอ จะสามารถสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีข้อจำกัดในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ป้องกันควบคุมโรค ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์ ป้องกันควบคุมโรค เพื่อสร้างขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

- ด้านระบบสารสนเทศ ควรมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ด้านสารสนเทศรวมถึงค่าใช้จ่าย เช่น ค่าโทรศัพท์ เนื่องจากในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การติดต่อสื่อสารมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะต้องติดต่อประสานทั้งแนวราบแนวดิ่ง รวมถึงการติดต่อประสานกับต่างหน่วยงาน รวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ใช้วัสดุอุปกรณ์
สารสนเทศและค่าใช้จ่ายจากส่วนตัว

- ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เนื่องจาก
บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลมีจำนวนจำกัด และเมื่อมีการระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำเป็นต้องใช้
กำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อลดความล่าช้าจากการ
ปฏิบัติงาน โดยไม่มีกำลังเสริมหรือเปลี่ยนให้หยุด
พัก จึงนับว่าเป็นปัญหาที่หนักมากเพราะขาด
บุคลากร

4.2 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค สำคัญต่อการ
บริหารจัดการคุณภาพชีวิต ของบุคลากรใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสถานการณ์
การระบาดของโควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่เป็น
ประเด็นที่ส่งผลมาจากการปฏิบัติงาน เช่น การขาด
แคลนบุคลากร ทดแทน ขาดช่วงเวลาพักผ่อน ผ่อน
คลาย ภาระงานที่เพิ่มขึ้นโดยที่ไม่ทราบว่าจะหมด
ลงเมื่อไร ภาระที่ต้องดูแลคนในครอบครัว เช่น ต้อง
ดูแลบุตรเนื่องจากการเรียน On line นอกจากนี้
ยังมีประเด็นการประสานงานกับหน่วยงานในระดับ
ท้องถิ่น เนื่องจากระเบียบ ข้อบังคับ ข้อสั่งการ ที่
แตกต่างกัน เป้าหมายการทำงานแตกต่างกัน การ
จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ที่ค่อนข้างล่าช้า ติดขัดด้าน
ระเบียบข้อบังคับ ก็จะเป็นท่อนกำลังใจในการ
ปฏิบัติงาน

**4.3 ความต้องการเปลี่ยนแปลง หรือการ
สนับสนุน** เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน
สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบว่า ส่วน
ใหญ่ ต้องการให้ สนับสนุนด้านบุคลากร ต้องมี
แนวทางที่ชัดเจน บุคลากรที่ทดแทน ต้องมี
ความรู้ความสามารถ มีต้องการ ให้สนับสนุนการ
อบรมหลักสูตรเฉพาะ การเตรียมความพร้อมใน
การรับมือกับโรคอุบัติใหม่ การจัดการความเครียด
และต้องการให้มีการสนับสนุน ค่าตอบแทน ค่า
เสี่ยงภัย เบิกจ่ายให้รวดเร็วมากขึ้น ต้องการให้
จัดการเรื่องภาระหนี้สิน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยองค์ประกอบ
คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยด้านสุขภาพกาย ด้าน
จิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม
ผู้ตอบแบบสอบถามมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สุพัตรา ถิ่นไผ่บุรณ์⁵ ที่
ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระดับ
คุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่
ในระดับมาก ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างอาจเป็น
เพราะการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน
ระหว่าง สถานการณ์ปกติกับสถานการณ์ที่เกิดการ
ระบาดของโรค แต่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพ
ชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยของ
วิไล ชินเวชกิจวานิชย์⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี
คุณภาพชีวิตระดับปานกลางในทุกองค์ประกอบ
และการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาค
ตะวันออกของ มโนวรรณ มาภามา⁷ ที่พบว่า
คุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน
ระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัย
ทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาลใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการ
สุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข ของ สรารัตน์
เรืองฤทธิ์⁸ พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ต่อการมี
คุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง และ
เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ ตัม บัญ
รอด และคณะ⁹ ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน 3 จังหวัดชายแดน
ภาคใต้ ที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางมั่นคงอยู่ใน
สถานการณ์ที่ไม่ปกติคล้ายกันจะเห็นว่า แม่นคงอยู่
ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ก็ตาม
บุคลากรบางส่วนก็ยังคงสามารถจัดการกับการ
คุณภาพชีวิตได้ดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า
ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคุณภาพชีวิตระดับ
ปานกลาง รองลงมาด้านสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิต
ระดับปานกลาง ส่วนด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิต

ไม่ดี และด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี การที่ด้านจิตใจ และด้านสุขภาพกาย มีระดับคุณภาพชีวิตไม่สอดคล้องกับภาพรวมอาจเกิดจากในขณะนั้นผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในสถานการณ์ การระบาดของโรค เกิดความเหนื่อยล้า ภาระงานที่ค่อนข้างมาก ขาดบุคลากรทดแทน การระบาดของโรคที่ไม่มีกำหนดว่าจะยุติเมื่อไหร่ ไม่ได้พักผ่อน เกิดความวิตกกังวล มีภาวะเครียด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงทางสุขภาพกาย และจิตใจของผู้ตอบแบบสอบถาม จึงอาจทำให้ระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 2 ด้าน จึงไม่สอดคล้องกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งข้อคำถามส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ บ้านเรือน การเงิน การพักผ่อน ความมั่นคง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและเพื่อนร่วมงาน อาจเป็นได้ว่า ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติขณะนั้น ทำให้ต้องปฏิบัติงานอยู่ในที่ทำงานเสียเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีความจำเป็นในการใช้จ่าย ถึงแม้ไม่สามารถเดินทาง ท่องเที่ยว พักผ่อนนอกสถานที่ก็ตาม แต่พบว่าส่วนหนึ่งอาศัยช่องทางสื่อสังคมหรือโซเชียลมีเดีย (social media) ในการผ่อนคลายความเครียด และอีกส่วนหนึ่งอาจจะมาจากความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เนื่องจากมีอาชีพการงานที่มั่นคง มีรายได้เงินเดือนอย่างแน่นอน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นที่ไม่มั่นคง จากข่าวการปิดกิจการบ้าง ถูกออกจากการจ้างบ้างจึงอาจเป็นสิ่งที่ผู้ตอบแบบสอบถามยังรู้สึกถึงความมั่นใจ ที่ทำให้รู้สึกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

และจากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าปัจจัย สถานะภาพสมรสตำแหน่งงานและจำนวนบุคลากรใน รพ.สต. มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาจเป็นเพราะการมีสถานะสมรส มีผู้ที่คอยให้กำลังใจ มีผู้ที่รับฟังการระบายความเครียด ปัญหาต่างๆ ตลอดจนสามารถช่วยแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และพร้อมที่จะรับสิ่งต่างๆที่ผ่านเข้ามา สำหรับประเด็นตำแหน่งงาน มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาจมีสาเหตุจาก แม้ว่าจะ

รูปแบบการทำงานการรับสภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคนี้ ไม่แตกต่างก็ตาม แต่ ตำแหน่งงาน ก็จะบ่งบอกถึงภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เฉพาะ เช่น การเป็นพยาบาลวิชาชีพ ต้องมีการตรวจคัดกรอง ก็มีโอกาสเสี่ยงสูงในการที่จะติดเชื้อ หรือการออกสอบสวนโรคในพื้นที่ระบาด มีผู้ป่วยมากมาย ในโรงงาน ก็มีโอกาสสูงในการติดเชื้อ ดังนั้นแล้วจึงเป็นไปได้ว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งงานที่ต่างกันคุณภาพชีวิตก็จะต่างกันไปด้วย ส่วนจำนวนบุคลากรใน รพ.สต. ก็มีผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งพบว่า ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค โควิด-19 เป็นช่วงที่ขาดแคลนกำลังคนในการทำงานอย่างมาก ทั้งโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยตรง เพราะการขาดแคลนคน ไม่มีคนทดแทน ทำให้ บุคลากรเหล่านี้ต้องทำงานหนัก ภาระงานเพิ่ม ขาดการพักผ่อน ร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนล้า ส่งผลต่อจิตใจ ก็เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลทุกๆ เรื่อง การใช้ชีวิตก็ไม่ปกติ ไม่มีความสุข ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี

ส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อายุงาน ต่างก็มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า

เพศ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอาจจะเนื่องจากในปัจจุบันสถานะด้านเพศมีความเท่าเทียมกัน เพศชายอาจจะมีความเข้มแข็ง แข็งแรงกว่าเพศหญิงก็ตามแต่ในสถานการณ์การระบาดของโรคทุกคนต้องร่วมมือกันช่วยเหลือกัน จึงทำให้คุณภาพชีวิตทั้งเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกันซึ่งต่างจากการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ³ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ พบว่าเพศมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิต

อายุ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากส่วนใหญ่อายุใกล้เคียงกัน เหนื่อยล้าจากภาระงานเหมือนกัน ซึ่งต่างกับการศึกษาของ วงเดือน เลหาวัฒนภิญโญ และคณะ¹⁰ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิต

การทำงานที่ดีกว่าพยาบาลอายุน้อย เนื่องจากที่บุคคลที่มีอายุมากขึ้นตำแหน่งหน้าที่การงานมักจะสูงขึ้นตามไปด้วยและ

รายได้ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาจเป็นเพราะ บุคลากรส่วนใหญ่รับราชการ มีอาชีพหลักและมีรายได้ที่แน่นอน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ วรวิทย์ชัยพรเจริญศรี¹¹ ที่พบว่า รายได้ มีผลต่อค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี

ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ มุมมองและการใช้ชีวิตในด้านต่างๆจึงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ¹² ที่พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

อายุงานไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอาจมีสาเหตุจากการที่ ทุกคนต้องทำงานและใช้ชีวิตในช่วงที่เกิดโรคอุบัติใหม่ ซึ่งทุกคนมีความรู้เรื่องโรคดังกล่าวเท่าๆกัน ทุกคนมีความเครียด ความกลัวที่ต้องเผชิญไม่แตกต่างกัน ประสบการณ์ทำงาน หรืออายุงานจึงไม่ได้มีผลอะไรมากนักกับคุณภาพชีวิต

ลักษณะส่วนบุคคลทั้ง 6 ด้าน พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช¹³ พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อายุการทำงานและ

ความสุขในชีวิตการทำงานไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคตะวันออก ของมโนวรรณ มากมา⁷ ที่พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย 1) ควรมีแผนการพัฒนามาตรการอย่างชัดเจนและสามารถนำมาปฏิบัติใช้ได้จริง 2) ควรมีการทบทวนระเบียบข้อบังคับต่างๆ เช่น การเบิกจ่ายวัสดุ 3) ควรมีการทบทวนแนวทางการสนับสนุน หรือการสำรองวัสดุอุปกรณ์ 4) ควรมีการอบรมพัฒนาองค์ความรู้โรคอุบัติใหม่ ความรู้เฉพาะทาง เฉพาะด้าน 5) ควรกำหนดให้มีการสร้างขวัญและกำลังใจ แบบเป็นรูปธรรม

2. ข้อเสนอแนะห้วงข้อการศึกษาเพิ่ม 1) ควรมีการทำวิจัยตามตำแหน่งงานเพื่อจะได้ข้อมูลเชิงลึกสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรค หรือ การ ทำ วิ จ ย เ รื่ อ ง ข อ ง ส ม ร ร ณะ (Competency) ที่จะสามารถช่วยทดแทนกันได้ 2) ควรมีการทำวิจัย การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำงานของบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากโควิด -19

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อ อันตรราย. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 223 ง (ลงวันที่ 19 กันยายน 2565).
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ ต้องเฝ้าระวัง. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 139, ตอนพิเศษ 223 ง (ลงวันที่ 19 กันยายน 2565).
3. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวราณีพร มานะรังกุล.(2545). เรื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรมสุขภาพจิต. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

4. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์.(2562). การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน และเครจซี-มอร์แกน [อินเทอร์เน็ต]. ว. สหวิทยาการวิจัยฉบับบัณฑิตศึกษา. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/243621/164915>
5. สุพัตรา ถิ่นไผ่บุรณ์, ศรีบุษย์ ศรีไชยเจริญพงศ์ และชนะพล ศรีฤาชา.(2564). บรรยากาของค์การและการสนับสนุนจาก องค์การที่มีผล ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 14(1), 431-440.
6. วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, นุชนาฏ หวนนากลาง, อรุมา ชองรัมย์.(2551). โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากร จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551 [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์ศึกษาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสาธารณสุข.[เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.surveillance.cphs.chula.ac.th/attachments/article/121/%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%93%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%952551.pdf>
7. มโนวรรณ มากมา.(2562) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาค ตะวันออก. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
8. สรารัตน์ เรืองฤทธิ์, ศรีณญา เบญจกุล และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข. มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และ ศิลปะ, 9(3), 1604-1617.
9. ต้ม บุญรอด, วิชาดา สิมลา, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล, พลภัทร ทรงศิริ.(2554). คุณภาพชีวิตการทำงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต กำแพงแสน, 1463-8.
10. วงเดือน เลหาวัฒนภิญโญ.(2552). พัทธมน สุริโย, เกล็ดดาว ลิ้มปิศิลป์และพัชรา แยมศรวล. คุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี, เพชรบุรี.
11. วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี.(2542). คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระบุรี. [วิทยานิพนธ์]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. ชุมพร ฉ่ำแสง และคณะ.(2555). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก [วิทยานิพนธ์]. นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
13. สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, เรืองฤทธิ์ สุวรรณรัตน์, และดวงพร ถวัลย์ชัยวัฒน์.(2558). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อ คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 24(2), 262-272.