



วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2565

VOL7 NO.3 July - September 2022

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู สุภาภรณ์ สมศรี	1
การบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ อำพล อรดี	14
ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย เกษศิริ เจือจันทิก	23
ผลของการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมชุม อำเภอชนธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ ไตรรงค์ ทองนาค	35
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ถิรนนท์ สาสุณีย์	45
ประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ อรุณศรี เทียนกิ่งแก้ว	57
การพัฒนาแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เกษมสุข กันชัยภูมิ	66
ผลของการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.. ชาญณรงค์ ปุรินทรภิบาล	76
การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชน และผู้ประกอบการร้านค้าของชำใน การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด อินทนนท์ อินทนนท์	85
การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง สุพัฒน์ ลือขุนทด	96
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) พ.ศ.2565 :กรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบกัน กนกอร ตางจางราช	102
การพยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับจิตเภทที่บ้าน วารุณี มากำเนิด	116
ระบบบริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ประภัสสร อินทรักษ์	125
ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวิถีใหม่ จิรศักดิ์ คามะจังหาร	133

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 27 (ปีที่ 7 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา กรกฎาคม – กันยายน 2565 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด การส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การจัดการขยะของประชาชน ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) การป้องกันการแพร่ระบาดโรค Covid 19 การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง มะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับจิตแพทย์ที่บ้าน สุขภาพจิตมารดาหลังคลอด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวิถีใหม่ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัด หนองบัวลำภู

Effectiveness of the pregnancy prevention program among the lower high-school students under the Office of Secondary Education Service Area 19, Nong Bua Lamphu Province.

(Received: August 15,2022; Accepted: September 12,2022)

สุภาภรณ์ สมศรี¹

Suphaphon Somsri¹

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เลย - หนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับนักเรียน โดยโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับนักเรียน พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (2) เนื้อหาครอบคลุมหลักสูตรการสอนเพศศึกษา (family life education) ได้แก่ พัฒนาการวัยรุ่น การดูแลสุขอนามัยทางเพศ ทักษะเกี่ยวกับเรื่องเพศ ทักษะเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ผลกระทบการมีเพศสัมพันธ์และเอดส์ การคุมกำเนิด ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา โดยจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลอง 5 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 120 นาที ต่อสัปดาห์ผ่านการบรรยาย แสดงความคิดเห็นบทบาทสมมติ และทดลองฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการศึกษา รวม 5 สัปดาห์ ในระหว่าง เดือน สิงหาคม ถึง เดือน กันยายน 2563 รวม 2 เดือน

ผลการวิจัย พบว่า (1) ก่อน-หลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยภายหลังใช้โปรแกรม มีการป้องกันการตั้งครรภ์ มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.0 (2) ก่อน-หลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.05$) โดยภายหลังใช้โปรแกรม มีการป้องกันการตั้งครรภ์ มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 และ (3) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยภายหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.40

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, ประสิทธิภาพ

ABSTRACT

The purpose of this study was to find the effectiveness of the pregnancy prevention program among the lower high-school students under the Office of Secondary Education Service Area 19, Nong

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสุวรรณคูหา อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู



Bua Lamphu Province. This study was a quasi-experimental research with 2 groups measured before and after the experiment. The population used in this study were Matthayomsuksa 1 students of schools under the Office of Secondary Education Service Area 19, Nong Bua Lamphu Province. The samples were 2 groups of experimental and control groups of 30 students each. The research instrument was the pregnancy prevention program for students developed from the related literature reviews which are family life education curriculum consisting of the adolescent development, sexual health, sexual attitude, pregnancy preventing skill, sex effects and AIDS, contraception, and the family talks about the sex. The research organized the activities for the experimental group 5 times, 120 minutes each time per week through lectures, role-play comments, and practices. The duration of the study was a total of 5 weeks in 2 months from August to September 2020.

The results of the study showed that (1) before and after the use of the pregnancy prevention program for the experimental group, there was a statistically significant difference ($p\text{-value}=0.001$) After using the program, there was the mean of the contraception more than before the using at 26.0 (2) before and after the using of the pregnancy prevention program for the control group, there was no statistically significant difference ($p\text{-value}=0.05$) After the using the program, there was the mean of the contraception more than before the using at 6.50 (3) The comparison of the difference in the mean of pregnancy protection. between the experimental group and the control group after using the program was a statistically significant difference ($p\text{-value}=0.001$) the mean score of the contraception of the experimental group was more than the control group at 17.40

KEYWORD: Pregnancy Prevention Program, Lower High-School Student, Effectiveness

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2553-2555 ประเทศไทยมีการคลอดจากเด็กหญิงที่อายุต่ำกว่า 15 ปี มากถึง 3,725 รายของการคลอดทั้งหมด¹ เช่นเดียวกันระหว่างปี พ.ศ. 2550-2556 ตัวเลขจากผลการสำรวจ อัตราการตั้งครรภ์ ของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15- 19 ปี 1,000 คน ของสำนักเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 49.7 เป็น 51.1 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน²

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ โดยเฉพาะตัวแม่วัยรุ่นเองที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง เจ็บครรภ์คลอดนานหรือคลอดติดขัด คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด³ และผลต่อทารก เช่น อาจคลอดก่อนกำหนด คลอด

น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และเสียชีวิตหลังคลอดได้⁴ นอกจากนี้ เนื่องจากแม่อายุน้อย ยังขาดประสบการณ์หรือขาดทักษะชีวิต ทักษะการเลี้ยงดูบุตร ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดภาวะเครียด ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสภาพปัญหาด้านจิตใจและที่สำคัญ เนื่องจากการตั้งครรภ์ส่งใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและไม่พึงประสงค์⁵ ทำให้แนวโน้มปัญหาการทำแท้ง รวมถึงปัญหาเด็กที่จะถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น รวมถึงปัญหาหย่าร้าง อันเนื่องมาจากวุฒิภาวะทางอารมณ์และสติปัญญา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมต่อไป

จังหวัดหนองบัวลำภู การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพและสังคมที่หลายภาคส่วนให้ความสนใจโดยสถานการณ์ของปัญหาดังกล่าว มีแนวโน้มที่สูงอย่างน่าวิตกโดยพบว่า อัตราการตั้งครรภ์ในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี ต่อ 1000 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ นักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงาน
เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เลข - หนองบัวลำภู



ใช้ขนาดของโรงเรียนเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกโดยกำหนดโรงเรียนที่มีขนาดเท่ากัน มีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์และสังคมใกล้เคียงกันและสมัครใจ เข้าร่วมงานวิจัย มีห้องเรียนจากโรงเรียนชั้น ม. 1 ห้องเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 1 ห้องๆ ละ 44 คน การคำนวณขนาด ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาด ตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าของประชากร 2 กลุ่มที่ เป็นอิสระต่อกัน (Dawson-saundersB, TrappRG, 1993) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากโรงเรียน ใกล้เคียงกันโดยเลือกมา 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อาศัยอยู่กับบิดามารดา/ผู้ปกครอง และ 2) นักเรียนและบิดามารดา/ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) มีปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ถึงร้อยละ 80 และ 3) นักเรียนหรือผู้ปกครองขอถอนตัวขณะเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนั้น ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันโดยใช้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และต้องเป็นโรงเรียนที่อยู่ห่างกัน เพื่อลดโอกาสที่ทั้งสองกลุ่มแลกเปลี่ยนกัน และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสำหรับนักเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ ผลการเรียน สถานที่พักอาศัย เงินที่ใช้จ่ายในโรงเรียน ที่มาของการได้รับข่าวสารเรื่องเพศ ผู้ให้คำปรึกษาเวลามีปัญหาโดยเฉพาะเรื่องเพศ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อประเมินสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เนื้อหา

ครอบคลุมประสบการณ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องเพศศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, 2558) จำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่างคำถาม “ข้อใดคือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่แสดงว่าเด็กหญิงสามารถมีลูกได้” ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศศึกษาระดับดี

ส่วนที่ 3 ทักษะการตัดสินใจพฤติกรรมทางเพศ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างคำถาม “นักเรียนเห็นด้วยหรือไม่กับการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงออกถึงรักแท้ของชายหญิง” ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) มีช่วงคะแนน 10-40 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศเหมาะสม

ส่วนที่ 4 การพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, 2558) จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างคำถาม “นักเรียนพูดคุยกับบิดามารดา/ผู้ปกครองเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศบ่อยแค่ไหน” ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ประจำ (4 คะแนน) ถึงไม่เคย (1 คะแนน) มีช่วงคะแนน 10-40 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีการพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครองระดับมาก

ส่วนที่ 5 ทักษะป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยทักษะการปฏิเสธ การตัดสินใจและการจัดการกับอารมณ์ทางเพศ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, 2558) แบบสอบถามเป็นสถานการณ์จำลองสั้นๆ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียงข้อ

เดียวโดยเลือกคำตอบที่เป็นการกระทำที่เหมาะสมที่สุดให้ 1 คะแนน หากเลือกคำตอบที่เป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือเกิดผลเสียต่อตนเองให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีทักษะป้องกันการตั้งครรภ์มาก

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม “นักเรียนเคยอยู่กับแฟน/เพื่อนชายสองต่อสองในที่ลับตาคน บ่อยแค่ไหน” ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ประจำ (1 คะแนน) ถึง ไม่เคย (4 คะแนน) มีช่วงคะแนน 10-40 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมทางเพศเหมาะสม

6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

หาค่าเชื่อมั่นโดยใช้ค่า KR-20 กับแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศศึกษา และทักษะป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้การทดสอบจำแนกความยาก-ง่าย ค่าของคูเดอร์ ริชาร์สัน - 20 (KR-20) ซึ่งค่าเท่ากับ 0.75 (ค่ามาตรฐานอยู่ในช่วง 0.20 - 0.80)

การใช้ Cronbach's Alpha coefficient หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ การพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ได้ เท่ากับ 0.85 (ค่ามาตรฐานมากกว่า 0.75)

6.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับนักเรียน

โดยโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับนักเรียน พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาครอบคลุมหลักสูตรการสอนเพศศึกษา (family life education) ได้แก่ พัฒนาการวัยรุ่น การดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ ทักษะเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ผลกระทบการมีเพศสัมพันธ์และเอดส์ การคุมกำเนิด ทักษะการ

สื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา โดยจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลอง 5 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 120 นาที ต่อสัปดาห์ ผ่านการบรรยาย แสดงความคิดเห็นบทบาทสมมติ และทดลองฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการศึกษา เดือน สิงหาคม ถึง เดือน กันยายน 2563 รวม 3 เดือน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างขออนุญาตดำเนินการวิจัย และประสานกับอาจารย์ประจำชั้นในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำหนังสือขออนุญาตผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม ระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของวัยรุ่น เนื้อหาประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน โดยใช้วิธีการบรรยาย เกมรูปภาพ ใบงาน การนำเสนอ และสรุปประเด็น พร้อมกับเข้าสู่เนื้อหา การปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือค่านิยมทางเพศที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การคุมกำเนิดในวัยรุ่นและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ บทบาททางเพศ โดยการบรรยาย บทบาทสมมติ ร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สาธิตการใช้ยางอนามัย และสรุปประเด็น

สัปดาห์ 2 เสริมทักษะป้องกันการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ทักษะปฏิเสธ ตัดสินใจ และจัดการอารมณ์ทางเพศ เนื้อหาประกอบด้วย กลไกการเกิดการอารมณ์ทางเพศ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเกิด



อารมณ์ทางเพศ และการจัดการอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม รวมถึงการตัดสินใจและการปฏิเสธโดยการบรรยาย เกมบัตรคำ สถานการณ์จำลอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสรุปประเด็น

สัปดาห์ที่ 3 การสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของการพูดคุยเรื่องเพศ การสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวก โดยเน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง โดยการบรรยาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ และสรุปประเด็นสำหรับกลุ่มบิดามารดา/ผู้ปกครอง จะได้รับการอบรมเรื่องการพูดคุยเรื่องเพศเชิงบวกกับบุตร 1 ครั้ง และได้รับเอกสารเกี่ยวกับการพูดคุยเรื่องเพศกับบุตร

สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนความรู้ ทัศนคติและทักษะ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนความรู้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - 4 ประเมินผลโปรแกรมครั้งที่ 2 หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูล (post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนได้รับโปรแกรม

กลุ่มควบคุม

ได้รับกิจกรรมการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติของโรงเรียนและได้รับเอกสารเกี่ยวกับพัฒนาการของวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ การคุมกำเนิด เก็บข้อมูล โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกันก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดระยะติดตามนักเรียน จะได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องพัฒนาการของวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ การคุมกำเนิด และทักษะป้องกันการตั้งครรภ์ โดยเก็บข้อมูล (post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนได้รับโปรแกรม ในช่วงเวลาสัปดาห์ที่ 5 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลข

คณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียน โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียน โดยใช้สถิติ Independent t-test ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุ 13 ปี ร้อยละ 63.3 ผลการเรียนรู้ระหว่าง 3.01-3.50 ร้อยละ 60.0 พักอาศัยพ่อหรือแม่และญาติ ร้อยละ 46.7 การได้รับข่าวสารเรื่องเพศจากอินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์ ร้อยละ 33.3 ไม่รู้จะปรึกษาเรื่องเพศศึกษาจากใคร ร้อยละ 30.0 อายุที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ ช่วงอายุ 26-30 ปี ร้อยละ 70.0 ไม่ทราบวิธีคุมกำเนิดที่รู้จัก ร้อยละ 46.7 อายุที่เหมาะสมถ้าต้องการบุตร ช่วงอายุ 0-20 ปี ร้อยละ 73.3 รู้จักว่าโรคเอดส์ที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 66.7

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุ 13 ปี ร้อยละ 73.3 ผลการเรียนรู้ระหว่าง 3.01-3.50 ร้อยละ 56.6 พักอาศัยพ่อหรือแม่และญาติ ร้อย

ละ 43.3 การได้รับข่าวสารเรื่องเพศจากอินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์ ร้อยละ 26.6 ไม่รู้จะปรึกษาเรื่องเพศศึกษาจากใคร ร้อยละ 33.3 อายุที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ ช่วงอายุ 21-25 ปี ร้อยละ 66.7 ไม่ทราบวิธีคุมกำเนิดที่รู้จัก ร้อยละ 46.7 อายุที่เหมาะสมถ้าต้องการบุตร ช่วงอายุ 0-20 ปี ร้อยละ 70.0 รู้จักว่าโรคเอดส์ที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 76.7

ระดับความรู้เรื่องเพศศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองพบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับความรู้เรื่องเพศศึกษา ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เรื่องเพศศึกษา อยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.04 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เรื่องเพศศึกษา อยู่ระหว่าง 5-9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.25

ระดับความรู้เรื่องเพศศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมพบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับความรู้เรื่องเพศศึกษา ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของพบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้เรื่องเพศศึกษา อยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.07 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้เรื่องเพศศึกษา อยู่ระหว่าง 2-9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.80

ระดับทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองพบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ อยู่ระหว่าง 3-19 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.04 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มี

คะแนนทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ อยู่ระหว่าง 7-30 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.07

ระดับทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมพบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของพบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ อยู่ระหว่าง 2-26 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.22 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ อยู่ระหว่าง 5-27 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.82

ด้านทัศนคติพฤติกรรมทางเพศ หลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง พบว่า ข้อคำถามด้านทัศนคติพฤติกรรมทางเพศที่ตอบได้น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (ข้อ 4) ไม่เห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน ร้อยละ 0.0 ข้อ 7) ไม่เห็นด้วยกับการดูสื่อลามกลามกอนาจารหรือหนังโป๊ ร้อยละ 0.0 และ (ข้อ 8) ไม่เห็นด้วยกับการมีแฟนขณะเรียนหนังสือ ร้อยละ 0.0 ตามลำดับ

ระดับการพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกัน การตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง พบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับการพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนการพูดคุยเรื่องเพศ อยู่ระหว่าง 3-22 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.70 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนการพูดคุยเรื่องเพศ อยู่ระหว่าง 4-30 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.20

ระดับการพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับ



การพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนการพูดคุยเรื่องเพศ อยู่ระหว่าง 2-28 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.60 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนการพูดคุยเรื่องเพศ อยู่ระหว่าง 2-30 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.95

ระดับทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของ กลุ่มทดลองพบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 3-9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.54

ระดับทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของ กลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.29 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 1-9 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.89

ระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง พบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการ

ตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 3-10 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.41 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 1-8 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28

ระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อพิจารณาถึงระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 22-30 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.67 หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ระหว่าง 24-30 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.55

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างก่อน-หลัง ใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ 54.9 หลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ 80.9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการได้รับความเสี่ยงต่อสุขภาพ ก่อน-หลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยภายหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ ของกลุ่มทดลอง มีการป้องกันการตั้งครรภ์ มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ 26.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างก่อน-หลัง ใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ ของกลุ่มทดลอง (n=30)

การป้องกันการตั้งครรภ์ ของนักเรียนวัยรุ่น	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	t	df	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	30	54.9	8.88	26.0	0.18-0.85	1.821	29	0.001
หลังใช้โปรแกรม	30	80.9	12.90					

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างก่อน-หลัง ใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ ของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ 57.0 หลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ เท่ากับ 63.5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการได้รับความเสี่ยงต่อสุขภาพ ก่อน-หลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.05) โดยภายหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม มีการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม เท่ากับ 6.50 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างก่อน-หลัง ใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ ของกลุ่มควบคุม (n=30)

การป้องกันการตั้งครรภ์ ของนักเรียนวัยรุ่น	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	t	df	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	30	57.0	11.43	6.50	0.07-0.40	1.409	29	0.061
หลังใช้โปรแกรม	30	63.5	12.29					

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ 80.9 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ 63.5 ผล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง มีการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 17.40 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์

การป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่น	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	30	80.9	1.41	17.40	0.10-0.51	5.757	29	0.001
กลุ่มควบคุม	30	63.5	1.28					

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ได้สรุปการอภิปรายผล ตามข้อค้นพบการวิจัยการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ดังนี้

ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อน-หลัง ใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ในการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยภายหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง มีการป้องกันการตั้งครรภ์ มากกว่าใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2557)¹² ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น และการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ 0.001 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการวิจัยของภาสิต ศิริเทศ และคณะ (2562)¹³ ที่ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะการคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมเสี่ยง ทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารและทักษะการจัดการกับอารมณ์และความต้องการของตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เช่นเดียวกับงานวิจัยของพัชนียา เชียงตา และคณะ (2561)¹⁴ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองสระบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับดีมากคะแนนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการติดตามในระยะ 1 เดือน และ 2 เดือน พบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อน-หลัง ใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ในการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2557)¹² ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ 0.001 ตามลำดับ)

ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยการป้องกัน

การตั้งครุฑมากกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2557)¹² ที่พบว่า การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่น ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล($p<.001$) และในระยะติดตามผลพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของชลดา ไชยกุล วัฒนา และคณะ (2558)¹⁵ ที่พบว่า หลังการทดลอง และติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องเพศศึกษาและทัศนคติพฤติกรรมทางเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม กลุ่มทดลองเมื่อหลังจบโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะป้องกันการตั้งครุฑสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยของภาสิต ศิริเทศ และคณะ (2560)¹⁶ ที่ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่น ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครุฑ ทักษะการคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมเสี่ยงๆ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารและทักษะการจัดการกับอารมณ์และความต้องการของตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนโยบาย

1.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการตั้งครุฑ และประเมินผลอย่างอยู่เสมอเพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ และตอบสนองความต้องการกลุ่มเป้าหมายนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และส่งผลให้เกิดความยั่งยืนใน

การป้องกันการตั้งครุฑของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรนำโปรแกรมการวิจัยนี้ปรับใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มดังกล่าวและกลุ่มวัยรุ่นอื่นๆ เพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อส่งเสริมแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครุฑ และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครุฑของวัยรุ่น

1.3 จากผลการศึกษา พบว่า ก่อน-หลัง ใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครุฑในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมป้องกันการตั้งครุฑ มีค่าเฉลี่ยการป้องกันการตั้งครุฑมากกว่ากลุ่มทดลอง และพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรให้ความสำคัญกับการจัดเตรียมและพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และการพัฒนาทีมเครือข่ายทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีองค์ความรู้ เพื่อให้การดำเนินการมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. ด้านพัฒนา

2.1 ควรให้ความรู้การป้องกันการตั้งครุฑของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ทุกช่องทางและเหมาะสมกับบริบท ซึ่งผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้จะปรึกษาเรื่องเพศศึกษาจากใครเลย เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครุฑของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้มากที่สุด

2.2 ควรพัฒนาศักยภาพของครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลและการป้องกันการตั้งครุฑของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การติดตามป้องกันการตั้งครุฑของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งจะยืนยันคุณภาพของการดูแลในเชิงสถิติได้มากยิ่งขึ้น

3.2 ควรศึกษาการดูแลสุขภาพและป้องกันการตั้งครุฑของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในมุมมองของครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้



ส่วนใหญ่พักอาศัยพ่อแม่หรือแม่และญาติ นับเป็น
แนวทางในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมให้
ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย
ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากหลายภาค

ส่วน ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณคูหา
ผู้บังคับบัญชาที่ให้ความสนใจและสนับสนุนทรัพยากรทุก
อย่างด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณอาจารย์นิรามัย
พลสนอง ผู้อำนวยการโรงเรียนสุพรรณคูหาพิทยา
สรรค์ รวมทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ได้
เอื้อเพื่อให้ข้อมูล และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็น
อย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Evaluation of the first national policy and strategy on reproductive health development, (2011-2014). Bangkok:War Veterans Organization of Thailand Printing Office, Co. Ltd., 2015.
2. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Statistics on adolescent birth, Thailand 2015. Nonthaburi: Printing Agriculture Cooperatives of Thailand; 2017. (in Thai)
3. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of public Health Teacher's manual: Prevention of adolescent pregnancy, 1st ed. Nonthaburi: Thailand Agricultural Cooperations Printing Com., 2011.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for teaching life skill in junior high schools. Bangkok:Uranus Image Group Co. Ltd., 2011.
5. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. The national strategy for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem 2017-2026 according to the act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, 2016 2nd ed. Bangkok:Thepphenvanish; 2560 (in Thai)
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. (2563). สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดหนองบัวลำภู. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู (เอกสารอัดสำเนา)
7. Bureau of Anti-trafficking in Women and CHILDREN, department of Social Development and Welfare. Promotion of participation learning process of preventing and solving unintentional teenage pregnancy. Research reports 2011-2013, 1st ed Bangkok: Nuthakorn Co. Ltd., 2014.
8. Erwitayasuop K, Polmuentipya O. Knowledge and attitudes toward sexually risk behaviors of adolescents, Muang District, Nakhonrachasima Province. J of Boromrachonnee Nakhonracharima Nursing College 2011;17(2): 15-28
9. Aegwamankul S. Adolescents' sexually risk behaviors. J Guegaroon 2013; 20(20):16-26.
10. Chaisri L, Suparp J, Sathitwipawee P. Factors affecting sexually risk behaviors of senior high school students, Prajuaabkeereekhan province. Journal of Public Health 2010; 40 (2): 161-174.
11. Bualoy W, Therawiwat M, Vathanasomborn P, Imanee N. Effectiveness of a sex education program to prevent sexual risk behavior on grade 8 student, Sampran district, Nakhon Pathon Province. Rama Nurs J. 2014; 20 (1): 127-142 (in Thai)

12. ชลดา กิ่งมาลาและคณะ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. กันยายน - ธันวาคม 2558: 31(5): 25-33.
13. ภาสิต ศิริเทศและคณะ. ผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นเพื่อตอบสนองพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. วารสารกฎหมายสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. กรกฎาคม-ธันวาคม 2562: 5(2): 165-177.
14. พชนียา เชียงตาและคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะทางเพศเพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองสระบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. พฤษภาคม-สิงหาคม 2561: 34(2): 101-111.
15. ชลดดา ไชยกุลวัฒนาและคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพฯ. กันยายน - ธันวาคม 2560: 25(3): 340-352.
16. ภาสิต ศิริเทศและคณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กันยายน-ธันวาคม 2560: 47(3): 241-254.



การบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Pharmaceutical care to comprehensive of practice and drug use of asthma patients at
Kamalasai Hospital Kalasin Province.

(Received: July 20,2022; Accepted: August 16,2022)

อำพล อรดี¹

Amphol Oradee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจและผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน มกราคม 2565 – เดือน มิถุนายน 2565 รวม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และDependent t – test ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีการปฏิบัติตัวและการใช้ยาดีกว่าก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม
คำสำคัญ : การบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคหอบหืด

ABSTRACT

This research was action research aimed to study comprehensive and result of about practice and drug use of asthma patients at Kamalasai Hospital Kalasin Province. Duration of study between January 2022 – June 2022, total 6 months. Sample size were 150 Asthma patients receiving services at Kamalasai Hospital Kalasin Province. collected data from questionnaires. Data were analyzed by Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Dependent t – test.

The results showed that comprehensive of behavior and medication of asthma patients at Kamalasai Hospital Kalasin Province Before and after pharmaceutical care, it was found that there was a statistically significant difference at the .05 level. Post-operational practice and drug use were better than before.

Keyword : Pharmaceutical care , Asthma patients

บทนำ

โรคหอบหืดโรคหืดเป็นโรคที่มีความหลากหลายของอาการ มีลักษณะการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ผู้ป่วยมีประวัติอาการทางเดินหายใจ

ได้แก่ หายใจเสียงหวีด หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก และอาการไอ โดยอาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้หลายรูปแบบ ในด้านเวลาการดำเนินโรคและระดับความรุนแรง ร่วมกับการตรวจพบการ

¹ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

แปรปรวนของการอุดกั้นหลอดลมในช่วงขาออก (variable expiratory airflow limitation) และอาการอาจกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำได้^{1,2} จากข้อมูลของ Global Initiative for Asthma หรือ GINA พบว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย พบโรคหืดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนไทยปัจจุบันพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคหืดมากถึง 3 ล้านคน โดยพบในเด็กประมาณร้อยละ 10 - 12 และผู้ใหญ่ร้อยละ 6.9³

โรคหอบหืดมีปัจจัยหลัก 2 ประการ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหอบหืด คือ กรรมพันธุ์หรือปัจจัยจากผู้ป่วยเอง มีการถ่ายทอดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้น่ามาจากบิดา หรือมารดาหรือจากทั้งสองท่าน และปัจจัยจากสภาพแวดล้อม สำหรับสิ่งกระตุ้นโรคหอบหืด ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ สารก่อความระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ อาหารสำหรับผู้ป่วยบางรายอาจทำให้เกิดอาการหอบ อารมณ์ซึ่งรุนแรงทั้งดีใจมากหรือเสียใจมาก เชื้อหวัด การติดเชื้อในทางเดินหายใจ การออกกำลังกายหักโหมในสถานะที่ไม่เหมาะสม อย่างบางประเภท โรคกรดในกระเพาะอาหารเอ่อขึ้นมาในหลอดอาหาร อากาศเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน เป็นต้น

แนวทางการรักษาหอบหืด คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องให้ความสนใจกับโรคของตนเอง พยายามศึกษาหาความรู้ให้มาก อ่านหนังสือพิมพ์ ชักถามแพทย์หรือผู้รู้ “ตัวเราย่อมรู้จักตัวเราเองอย่างดีที่สุด” หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด ดูแลทำความสะอาดบ้านเพื่อลดปริมาณสารก่อภูมิแพ้ อย่างที่กล่าวเอาไว้ในหัวข้อก่อนหน้านี้ และการใช้ยา รักษา แบ่งออกได้เป็นอีก 2 ประเภท คือ ยารักษาโรคหอบหืด และป้องกันอาการโดยตรง เช่น ยาพ่นประเภทสเตียรอยด์ ซึ่งต้องใช้ทุกวัน แม้ไม่มีอาการ และยารักษาอาการหอบ คือยาขยายหลอดลม เช่น แวนโทลิน, บรีคานีล, ใช้เมื่อมีอาการ บางกรณีอาจต้องใช้ติดต่อกันทุกวันไประยะหนึ่ง

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาความเข้าใจและผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน มกราคม 2565 – เดือน มิถุนายน 2565 รวม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยด้วยการบรรยาย สาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁴

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .880

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยด้วยการบรรยาย สาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา

3. ดำเนินการตามขั้นตอนในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยด้วยการบรรยาย สาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา

4. ศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน

5. สรุปผลดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในการเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วย โรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัด กาฬสินธุ์ ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม

ตารางที่ 1 การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม (n = 150)

เกณฑ์การประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
สาเหตุของโรคหอบหืด	2.95	0.37	ปานกลาง
1. โรคหอบหืดสามารถถ่ายทอดผ่านพันธุกรรม	3.14	0.73	ปานกลาง
2. โรคหอบหืดเป็นเพราะการใช้ชีวิตยุคใหม่ เช่นลักษณะที่อยู่อาศัย อาหารและสภาพแวดล้อม	2.75	1.00	ปานกลาง
3. มารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์	2.81	0.65	ปานกลาง
4. อาการหอบหืดในภายหลังอาจเกิดขึ้นได้	3.01	0.93	ปานกลาง
5. สิ่งรบกวนต่างๆในห้องทำงานอาจนำไปสู่อาการของโรคหอบหืดได้	3.06	1.06	ปานกลาง
สิ่งกระตุ้นของโรคหอบหืด	3.02	0.30	ปานกลาง
1. การติดเชื้อ เช่น ไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่	2.80	0.63	ปานกลาง
2. สิ่งกระตุ้นการระคายเคืองอย่างเช่น ฝุ่นละออง คิวน์ บุหรี่ หรือโอโซน	3.19	1.02	ปานกลาง
3. สารเคมีในสถานที่ทำงาน	2.96	0.99	ปานกลาง
4. การแพ้เกสรดอกไม้ ยาชนิดต่างๆ สัตว์ ฝุ่นบ้าน หรืออาหารบางชนิด	2.72	0.67	ปานกลาง
5. การออกกำลังกายบางประเภท เช่นในสถานที่ที่มีอากาศหนาวและแห้ง	3.25	0.66	ปานกลาง
6. อารมณ์เช่นการหัวเราะหรือร้องไห้	3.22	1.07	ปานกลาง
การป้องกันอาการกำเริบ	2.98	0.45	ปานกลาง
1. รับประทานอาหารเสริม	2.82	0.75	ปานกลาง
2. เทคนิคช่วยในการหายใจและผ่อนคลาย	2.96	0.87	ปานกลาง
3. การฝึกหรือรักษาปัญหาเรื่องการนอนหลับ	3.38	1.00	ปานกลาง
4. การฝังเข็มบำบัด	2.79	0.94	ปานกลาง
5. การหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด	3.33	0.97	ปานกลาง
6. ยาที่ทำจากสมุนไพร	2.61	0.83	ปานกลาง
การใช้ยาพ่น	3.03	0.36	ปานกลาง
1. ใช้ยาพ่นเป็นครั้งแรกควรกดยาพ่นทิ้งก่อน 1 ครั้ง	2.74	0.72	ปานกลาง
2. ควรฝึกหายใจทางปาก โดยให้สุดหายใจเข้าๆและลึกๆ	2.99	0.79	ปานกลาง
3. การพ่นยาถ้ามีละอองยาออกรอบๆ ปากแสดงว่าพ่นไม่ถูกต้อง	2.72	0.91	ปานกลาง
4. กรณีที่ลืมพ่นยาให้พ่นยาทันทีที่นึกได้และพ่นครั้งต่อไปตามปกติ	3.07	0.77	ปานกลาง
5. กรณีที่ระยะเวลาที่ลืมพ่นใกล้กับการพ่นครั้งต่อไปให้พ่นครั้งต่อไปได้เลย	2.96	1.05	ปานกลาง
6. ควรใช้ยาตามคำแนะนำแพทย์เท่านั้น	3.11	0.95	ปานกลาง
7. ก่อนพ่นยาให้ขจัดเสมหะในลำคอให้หมดก่อน	3.12	0.85	ปานกลาง
8. ยาป้องกันอาการหอบเช่นยาสเตียรอยด์ควรใช้อย่างต่อเนื่องและหลังจากการพ่นยาให้กลั้วปากด้วยน้ำสะอาดอย่างต่อเนื่อง	3.55	0.95	ปานกลาง

ตารางที่ 1 การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (n = 150)

เกณฑ์การประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
9. กรณีที่มีการจับหืดเฉียบพลันและใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ได้ผล ควรรีบปรึกษาแพทย์	2.97	0.97	ปานกลาง
รวม	3.00	0.17	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

2. การกำหนดขั้นตอนในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

การดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยด้วยการบรรยาย สาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา ประกอบด้วยเนื้อหา ดังต่อไปนี้

2.1 สาเหตุของโรคหอบหืด ได้แก่ การถ่ายทอดผ่านพันธุกรรม การใช้ชีวิตยุคใหม่ เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย อาหารและสภาพแวดล้อม การสูบบุหรี่ของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ และสิ่งรบกวนต่างๆในห้องทำงานอาจนำไปสู่อาการของโรคหอบหืดได้

2.2 สิ่งกระตุ้นของโรคหอบหืด ได้แก่ การติดเชื้อ เช่น ไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่ มีสิ่งกระตุ้นการระคายเคืองอย่างเช่น ฝุ่นละออง ควั่น บุหรี่ หรือโอโซนเสีย สารเคมีในสถานที่ทำงาน การแพ้

เกสรดอกไม้ ยาชนิดต่างๆ สัตว์ ฝุ่นบ้าน หรืออาหารบางชนิด การออกกำลังกายบางประเภท เช่นในสถานที่ที่มีอากาศหนาวและแห้ง และอารมณ์เช่นการหัวเราะหรือร้องไห้

2.3 การป้องกันอาการกำเริบ ได้แก่ รับประทานอาหารเสริม เทคนิคช่วยในการหายใจ และผ่อนคลาย การฝึกหรือรักษาปัญหาเรื่องการนอนหลับ การฝังเข็มบำบัด การหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด และการใช้ยาที่ทำจากสมุนไพร

2.4 การใช้ยาพ่น ประกอบด้วย 1) ใช้ยาพ่นเป็นครั้งแรกควรกดยาพ่นทิ้งก่อน 1 ครั้ง 2) ควรฝึกหายใจทางปาก โดยให้สูดหายใจเข้าๆและลึกๆ 3) การพ่นยาถ้ามีละอองยาออกรอบๆ ปาก แสดงว่าพ่นไม่ถูกต้อง 4) กรณีที่ลืมพ่นยาให้พ่นยาทันทีที่นึกได้และพ่นครั้งต่อไปตามปกติ 5) กรณีที่ระยะเวลาที่ลืมพ่นใกล้กับการพ่นครั้งต่อไปให้พ่นครั้งต่อไปได้เลย 6) ควรใช้ยาตามคำแนะนำแพทย์เท่านั้น 7) ก่อนพ่นยาให้ขจัดเสมหะในลำคอให้หมดก่อน 8) ยาป้องกันอาการหอบเช่นยาสเตียรอยด์ควรใช้อย่างต่อเนื่องและหลังจากการพ่นยาให้กลั้วปากด้วยน้ำสะอาดอย่างต่อเนื่อง 9) กรณีที่มีการจับหืดเฉียบพลันและใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ได้ผล ควรรีบปรึกษาแพทย์

3. การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการบริหารทางเภสัชกรรม

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
หลังการบริหารทางเภสัชกรรม (n = 150)

เกณฑ์การประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
สาเหตุของโรคหอบหืด	4.78	0.07	มากที่สุด
1. โรคหอบหืดสามารถถ่ายทอดผ่านพันธุกรรม	4.65	0.48	มากที่สุด

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม (n = 150)

เกณฑ์การประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
2. โรคหอบหืดเป็นเพราะการใช้ชีวิตยุคใหม่ เช่นลักษณะที่อยู่อาศัย อาหารและสภาพแวดล้อม	4.82	0.39	มากที่สุด
3. มารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์	4.87	0.34	มากที่สุด
4. อาการหอบหืดในภายหลังอาจเกิดขึ้นได้	4.79	0.41	มากที่สุด
5. สิ่งรบกวนต่างๆในห้องทำงานอาจนำไปสู่อาการของโรคหอบหืดได้	4.75	0.43	มากที่สุด
สิ่งกระตุ้นของโรคหอบหืด	4.79	0.12	มากที่สุด
1. การติดเชื้อ เช่น ไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่	4.88	0.33	มากที่สุด
2. สิ่งกระตุ้นการระคายเคืองอย่างเช่น ฝุ่นละออง ควัน บุหรี่ หรือโอโซน	4.73	0.45	มากที่สุด
3. สารเคมีในสถานที่ทำงาน	4.87	0.33	มากที่สุด
4. การแพ้เกสรดอกไม้ ยาชนิดต่างๆ สัตว์ ฝุ่นบ้าน หรืออาหารบางชนิด	4.88	0.33	มากที่สุด
5. การออกกำลังกายบางประเภท เช่นในสถานที่ที่มีอากาศหนาวและแห้ง	4.63	0.49	มากที่สุด
6. อารมณ์เช่นการหัวเราะหรือร้องไห้	4.78	0.42	มากที่สุด
การป้องกันอาการกำเริบ	4.81	0.09	มากที่สุด
1. รับประทานอาหารเสริม	4.83	0.37	มากที่สุด
2. เทคนิคช่วยในการหายใจและผ่อนคลาย	4.87	0.34	มากที่สุด
3. การฝึกหรือรักษาปัญหาเรื่องการนอนหลับ	4.64	0.48	มากที่สุด
4. การฝังเข็มบำบัด	4.87	0.34	มากที่สุด
5. การหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด	4.71	0.45	มากที่สุด
6. ยาที่ทำจากสมุนไพร	4.92	0.27	มากที่สุด
การใช้ยาพ่น	4.79	0.08	มากที่สุด
1. ใช้ยาพ่นเป็นครั้งแรกควรกดยาพ่นทิ้งก่อน 1 ครั้ง	4.84	0.37	มากที่สุด
2. ควรฝึกหายใจทางปาก โดยให้สูดหายใจช้าๆและลึกๆ	4.73	0.44	มากที่สุด
3. การพ่นยาถ้ามีละอองยาอกรอบๆ ปากแสดงว่าพ่นไม่ถูกต้อง	4.81	0.39	มากที่สุด
4. กรณีที่ลืมพ่นยาให้พ่นยาทันทีที่นึกได้และพ่นครั้งต่อไปตามปกติ	4.77	0.42	มากที่สุด
5. กรณีที่ระยะเวลาที่ลืมพ่นใกล้กับการพ่นครั้งต่อไปให้พ่นครั้งต่อไปได้เลย	4.81	0.40	มากที่สุด
6. ควรใช้ยาตามคำแนะนำแพทย์เท่านั้น	4.79	0.41	มากที่สุด
7. ก่อนพ่นยาให้ขจัดเสมหะในลำคอให้หมดก่อน	4.71	0.45	มากที่สุด
8. ยาป้องกันอาการหอบเช่นยาสเตียรอยด์ควรใช้อย่างต่อเนื่องและหลังจากการพ่นยาให้กลั้วปากด้วยน้ำสะอาดอย่างต่อเนื่อง	4.70	0.46	มากที่สุด
9. กรณีที่มีการจับหืดเฉียบพลันและใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ได้ผล ควรรีบปรึกษาแพทย์	4.91	0.29	มากที่สุด
รวม	4.79	0.05	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4. การเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
สาเหตุ	4.78	0.07	4.78	0.07	149	-53.636	.000	-1.8884	-1.7542
สิ่งกระตุ้น	4.79	0.12	4.79	0.12	149	-61.831	.000	-1.8265	-1.7134
ป้องกัน	2.98	0.45	4.81	0.09	149	-44.434	.000	-1.9079	-1.7454
ยาพ่น	3.03	0.36	4.79	0.08	149	-50.405	.000	-1.8274	-1.6895
รวม	3.00	0.17	4.79	0.05	149	-106.62	.000	-1.8273	-1.7608

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีการปฏิบัติตัวและการใช้ยาดีกว่าก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (t มีค่าเป็นลบ)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรรณ เลิศภานิช (2557)⁵ และณัฐกร พิชัยเชิด เพชรไสว ลิมตระกูล.(2564)⁶ ซึ่งพบว่า ปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่เกิดจากตัวผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ ดังนั้น จึงได้มีการกำหนดขั้นตอนในการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยเนื้อหา คือ สาเหตุของโรคหอบหืด สิ่งกระตุ้นของโรคหอบหืด การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยาพ่นให้กับผู้ป่วย เป็นไปตามแนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรม^{7,8} ส่งผลให้การปฏิบัติตัวและการใช้ยา

ของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และการปฏิบัติตัวและการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีการปฏิบัติตัวและการใช้ยาดีกว่าก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม สอดคล้องกันกับการศึกษาของณัฐวรรณ เลิศภานิช และณัฐกร พิชัยเชิด เพชรไสว⁹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดที่มีปัญหาการใช้ยาร่วมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เภสัชกรสามารถติดตามแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงช่วยลดการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบกำเริบ การศึกษาของณัฐวรรณ เลิศภานิช¹⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดพบว่า การค้นหาปัญหาและการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาโดยการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกร จะสามารถลดและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น ช่วยลดอาการหอบรุนแรงลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาของกฤติมา โกชนสมบูรณ์¹¹ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืด และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้น

เรื่องร้องตามรูปแบบที่กำหนด สามารถค้นหา แก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย มีการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม การศึกษาของผ่อง ศรี พัววรานุเคราะห์¹² ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรค หอบหืด พบว่า 1) กลุ่มศึกษามีจำนวนครั้งการเข้า รับการรักษาในห้วงฉุกเฉินลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 2) กลุ่มศึกษา มีสมรรถภาพปอด (PEFR) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) กลุ่มศึกษามี คะแนนเฉลี่ยทักษะการใช้ยาสูดชนิด Accuhaler เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.01$) 4) กลุ่มศึกษามีผลต่างคะแนน ความรู้โดยรวม (ด้านโรค ด้านยา และด้านปัจจัย กระตุ้นให้หอบ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 5) กลุ่มศึกษามีผล การควบคุมโรคหืดระดับ Control ในสัดส่วนที่สูง กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$

0.05) และ 6) กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการให้ ความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ การศึกษาของปริญญา พลเสน.¹³ ที่ศึกษาในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ที่พบว่าพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ เข้ารับการรักษาในคลินิกครบ 1 ปี มีผลลัพธ์ใน การรักษาที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรม ต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยา ของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยด้วยการบรรยาย สาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหา ประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การป้องกัน อาการกำเริบ และการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet 1998;351:1225-32.
2. INA. Global strategy for asthma management and prevention (2014) [online]. Available at: <http://www.ginasthma.org/guidelines-gina-report-global-strategy-for-asthma.html>. Accessed June 2014.
3. สิริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนารี เจียรวิทยาภิจ. (2558). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบ Common Sense กับการดูแลและการให้ค าแนะน าผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(3), 137-152.
4. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
5. ญัฐวรรณ เลิศภานิช.(2557) ผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลดอกคำใต้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(1) 37-44
6. ญัฐกร พิชัยเชิด เพชรไสว ลัมตระกูล.(2564). ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564 39(1) 118-27
7. American College of Clinical Pharmacy. (2008). The Definition of Clinical Pharmacy.Pharmacotherapy, 28(6), 816–817.
8. ปรีชา มณฑาทิกุล. (2547). การให้การบริหารทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบ. กรุงเทพฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์.



9. อนุญา สองเมือง ธัญญา สองเมือง. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดที่มีปัญหาการใช้ยา
รวมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการบันทึกและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย. **วารสารวิชาการ
สาธารณสุข** 2563; 29(5) 876-83
10. ณัฐวรรณ เลิศภานิธิศ. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลดอกคำใต้.
วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(1) 37-44
11. กฤติมา โกชนสมบูรณ์. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. **วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์
เขตเมือง** 2564; 65(1) 73-82
12. ผ่องศรี พัววรานุเคราะห์. การบริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาล
ราชพิพัฒน์ **วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์** 2554; 7(1) 33-41
13. ปริญญา พลเสน. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่.
วารสารสาธารณสุขล้านนา 2556; 9(3) 151-65

ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย

Effects of participation behavior in self-health promotion to prevent diabetes and hypertension

Nong Khai Province

(Received: September 11,2022 ; Accepted: September 24,2022)

เกษศิริ เจือจันทิก¹

Kedsiri Juejunthuk¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาชีวิตคู่ประสงค์เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ศึกษากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 35 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จำนวน 368 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม บุคลากรและแบบสอบถามประชาชนกลุ่มเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired T-Test และ Wilcoxon matched paired test

ผลการศึกษา พบว่าสถานการณ์และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ ใน Google web จำนวน 78 เรื่อง วิจัยไทย จำนวน 39 เรื่อง วิจัยต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่อง กับข้อมูลสถานการณ์โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย กระบวนการพัฒนาโดยจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง 5 มาตรการ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การจัดการคลินิก กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ฝึกอบรมกลุ่มเสี่ยงยี่ดหลัก 3 อ 2 ส หลังพัฒนาจัดกิจกรรมครอบคลุม 4 มาตรการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ร้อยละ 100 ได้แก่ แนวทางการส่งต่อแพทย์ การอบรมกลุ่มเสี่ยง บริการเชิงรุกในชุมชน และการบูรณาการ คณะกรรมการสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ BMI รอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และคะแนนรวมความเสี่ยง (Mean= 24.72, SD=20.33, $p<0.001$) หลังพัฒนาการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงดีขึ้น การมีส่วนร่วมจัดการตนเองดีขึ้นและคุณภาพชีวิตทางกายที่ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง 5 มาตรการนี้ ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงและควบคุมโรคให้อยู่ในระดับปกติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการมีส่วนร่วม, การจัดการตนเอง, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was aimed to study effects of participation behavior in self-health promotion to prevent diabetes and hypertension, Nong Khai Province. This research and development. The study sample consisted of 35 service personnel and 368 people in risk groups who received health promotion, between July - September 2022. Tools used were personnel questionnaire and risk group

¹ พย.บ. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

questionnaire. Analyze the data using statistics: percentages, means, standard deviation, paired T-Test and Wilcoxon matched paired test.

These results after practice shown that the results of the study of situations and behavioral problems at risk of diabetes and high blood pressure by searching systematic reviews on the Google web of 78 subjects were Thai research, 39 subjects, 10 foreign researches with situational information Bellyless Clinic Service System Development Project Nong Khai Province. Development process “It’s your life” health promotion program has been organized in 5 measures including Clinic Management Self-health promotion activities Training for high-risk groups to adhere to the principles of 3E2S After the development, there were activities covering 4 measures, an increase of 100% statistically significant were as guidelines for referrals to doctors, risk group training proactive service in community and integration. The statistically significant improvement in health risk scores at the 0.05 level were BMI, waist circumference, body fat percentage and total risk score. (Mean= 24.72, SD=20.33, $p<0.001$). After development, risk behaviors were better controlled, improved self-management participation and improved physical quality of life than before was a statistically significant at the 0.05 level.

Conclusion: Self-development of health promotion programs with these 5 measures led to a reduction in risk behaviors for people at risk of diabetes and high blood pressure and to control the disease to a normal level.

Key words: Participatory Behavior, Self-management, Diabetes-Hypertension

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น มีความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง¹ พบว่าความชุกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ในปี พ.ศ.2559 จำนวน 117,377 คน (ร้อยละ 6.35) เพิ่มขึ้น จำนวน 176,750 คน (ร้อยละ 8.90) ในปี พ.ศ. 2561² ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 44.6 การดื่มในระดับเสี่ยงต่อสุขภาพระดับรุนแรง ร้อยละ 0.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุด ร้อยละ 26.5 กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 61.4 ประเมินว่าการ

ไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานร้อยละ 15 พฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าอาหารเข้าเป็นมื้อที่มีการดมมากที่สุด ร้อยละ 47.4 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ค่าเฉลี่ย BMI ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 24.2 และ 25.2 kg/m² ตามลำดับ ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง³

จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2564 พบสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก อันดับที่ 1 คือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ นำ จำนวน 173,322 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 335.35 ต่อแสนประชากร และพบอัตราเสียชีวิต เท่ากับ 372.65 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ เบาหวาน 148,081 อัตราป่วย 286.51 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 1,286.08 ต่อแสนประชากร ซึ่งสอดคล้องกับอัตราป่วยของผู้ป่วยใน มี 3.57 ต่อพันประชากร⁴ ประกอบกับสถานะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดหนองคายพบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L มาก

ที่สุดในด้านความเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว ร้อยละ 65.77 รองลงมา คือความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 48.31⁵ ซึ่งจังหวัดหนองคาย มีโครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกไร้พุง ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จากแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข⁶ การประเมินผลของพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคายครั้งนี้ เป็นผลการพัฒนาประชาชนให้ส่งเสริมสุขภาพตนเองต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของบุคลากร
2. เพื่อศึกษาการพัฒนากิจการกิจกรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของบุคลากร เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของประชาชน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา
4. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา

วิธีการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) สถานที่ศึกษา ประชากรในจังหวัดหนองคาย ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากร จำนวน 35 คน ศึกษาผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย มีจำนวน 9 แห่งๆ ละ 2-5 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรังไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. กลุ่มประชาชน จำนวน 368 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบ t-test⁷ คือ อาสาสมัครทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 25-60 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะสุขภาพตามรายงานในเอกสารรับการตรวจราชการและนิเทศงาน จังหวัดหนองคาย ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 , ค่าน้ำตาลในเลือด ช่วง 100-125 mg% และมีระดับความดันโลหิต (blood pressure) $\geq 140/90$ mmHg. ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากร ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรังไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่อยู่ปฏิบัติงานในช่วงที่ศึกษา

2. กลุ่มประชาชน คือ อาสาสมัครทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 25-60 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะสุขภาพ ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 , ค่าน้ำตาลในเลือด ช่วง 100-125 mg% และมีระดับความดันโลหิต (blood pressure) $\geq 140/90$ mmHg. ที่มีอาการรุนแรง หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบระยะการศึกษา

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มบุคลากร ทำการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับคลินิกโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยทำ

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย มีจำนวน 9 แห่งๆ ละ 2-5 คน รวม 35 คน

2. กลุ่มประชาชน ทำการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้าเกณฑ์การคัดประชากรเข้าศึกษา ทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเลือกลำดับที่เลขทะเบียนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเลขคู่ ให้ได้ตามสัดส่วนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยง การดำเนินการภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ของจังหวัดหนองคาย ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ประยุกต์เพิ่มเติมจากแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมการอบรมประชากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 368 คน จำนวน 2 วัน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการอบรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพตนเอง (Selfcare) โดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงไม่เป็กลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่และในกลุ่มกลุ่มเสี่ยงเอง สามารถควบคุมระดับสภาวะสุขภาพให้อยู่ในระดับปกติตลอดจนกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถนำความรู้ประสบการณ์ไปขยายผลต่อกับบุคคลใกล้ชิด ชุมชน หมู่บ้าน ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม โปรแกรมควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล จำนวน 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากร จำนวน 19 ข้อ เกี่ยวกับกระบวนการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ของจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย กระบวนการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4 ประเด็น ดังนี้

1. การจัดการคลินิกบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. กระบวนการกิจกรรมการอบรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ตรวจร่างกาย ชักประวัติ ประเมินสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค การรับประทานอาหารและนัดติดตาม 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ตรวจร่างกาย ประเมินผลติดตามความก้าวหน้า ให้คำปรึกษาส่วนตัว และนัดติดตามผล 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 ตรวจร่างกาย ประเมินผลติดตามความก้าวหน้า แนะนำการออกกำลังกาย และนัดติดตามผล 1 เดือน ครั้งที่ 4 ตรวจร่างกาย ประเมินผลติดตามความก้าวหน้า ประเมินผลทุก 1 เดือน และรายที่มีการเปลี่ยนแปลงส่งพบแพทย์

3. มาตรการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน (โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)

4. การบูรณาการเข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น

ชุดที่ 2 แบบสอบถามประชาชน แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 66 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการผ่าตัด โรคทางพันธุกรรม สภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) รอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในร่างกาย และไขมันเกาะในช่องท้อง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรค

ความดันโลหิตสูง โดยใช้สมุดคู่มือบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง 302ส ระดับการมีส่วนร่วม คือ 0=ไม่เคย ถึง 5=ทุกวัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 25 ข้อ ปรับปรุงจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามมิติ 5Q5D5L (European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels) ค่าเชื่อมั่น = 0.89⁸ เกี่ยวกับการสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลร่างกายตนเอง กิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมกับครอบครัว และความไม่สบาย แผลแผลคะแนน 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.6-1.0

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ในอำเภอเมืองหนองคาย จำนวน 30 คน นำมาหา Reliability ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient)

3. ผลการทดสอบเครื่องมือเป็นดังนี้ ภาวะสุขภาพ ค่า CVI = 0.92, พฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง alpha = 0.90, พฤติกรรมมีส่วนร่วม alpha = 0.87 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต alpha = 0.89

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสิ่งนำเข้าสถานการณ์และสภาพปัญหา (Input) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของบุคลากร โดยวิธีการเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase)

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (Process improvement) การพัฒนาการจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของบุคลากร ใน 5

มาตรการ ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากรทีมพี่เลี้ยง จัดอบรมพัฒนาบุคลากร จำนวน 35 คน 2) การจัดการคลินิกบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 368 คน จำนวน 4 ครั้ง 4) การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน 5) การบูรณาการเข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ (results) ทำการทดสอบก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา ดังนี้ ผลผลิต (output) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของประชาชน และผลลัพธ์ (outcome) คือ คุณภาพชีวิตทางกาย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Test และ paired T-test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 57/2565 เริ่มเดือนกรกฎาคม 2565

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหา จากการเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ประกอบด้วย ด้านสถานการณ์สภาพปัญหาและนโยบายด้านการให้บริการ การทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้เข้าถึงใน Google web ทั้งหมดจำนวน 78 เรื่อง เป็นงานวิจัยไทย จำนวน 39 เรื่อง งานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่อง และตำรา-เอกสารอ้างอิง จำนวน 29 เรื่อง นำไปจัดทำกรอบแนวคิดของการ



วิจัย และข้อมูลสถานการณ์ของจังหวัดหนองคาย จากโครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกไร้พุง ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ของจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560

2. ผลของการพัฒนา 5 มาตรการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคลากรหลังพัฒนามีการจัดกิจกรรมได้

ครอบคลุมทั้ง 4 มาตรการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบคลุมร้อยละ 100 ได้แก่ ด้านจัดทำแนวทางการส่งต่อพบแพทย์ การอบรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง การจัดบริการเชิงรุก และบูรณาการกับงานสาธารณสุขอื่น ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=35)

กิจกรรมหรือมาตรการดำเนินงานที่สำคัญ	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
การจัดการคลินิกบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	Z= 0.34	P<0.001*
1.จัดทีมให้คำปรึกษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง		
ไม่ใช่	24(68.6)	9(25.7)
ใช่	11(31.4)	26(74.3)
2.มีการจัดกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงในรพ.		
ไม่ใช่	25(71.4)	2(5.7)
ใช่	10(28.6)	33(94.3)
3.มีการจัดกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงในชุมชน		
ไม่ใช่	34(97.1)	5(14.3)
ใช่	1(2.9)	30(85.7)
4.จัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG)		
ไม่ใช่	35(100.0)	11(31.4)
ใช่	0(0.0)	24(68.6)
5.จัดทำแนวทางการส่งต่อหรือนัดพบแพทย์		
ไม่ใช่	29(82.9)	0(0.0)
ใช่	6(17.1)	35(100.0)
การกิจกรรมการอบรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง	Z= -7.25	P<0.001*
ครั้งที่ 1 ตรวจร่างกาย ชักประวัติ ประเมินสุขภาพ		
ไม่ใช่	29(82.9)	0(0.0)
ใช่	6(17.1)	35(100.0)
ครั้งที่ 2 ตรวจร่างกาย ประเมินผลติดตามความก้าวหน้า		
ไม่ใช่	24(68.6)	0(0.0)
ใช่	11(1.4)	35(100.0)
ครั้งที่ 3 ตรวจร่างกาย ประเมินผลติดตามความก้าวหน้า แนะนำการออกกำลังกาย และ นัดติดตามผล 1 เดือน		
ไม่ใช่	32(91.4)	0(0.0)
ใช่	3(8.6)	35(100.0)
ครั้งที่ 4 ตรวจร่างกาย ประเมินผลติดตามความก้าวหน้า ประเมินผลทุก 1 เดือน รายที่มีการเปลี่ยนแปลง ส่งพบแพทย์		
ไม่ใช่	27(77.1)	0(0.0)

ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา
(n=35)

กิจกรรมหรือมาตรการดำเนินงานที่สำคัญ	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
ใช่	8(22.9)	35(100.0)
การบริหารจัดการเชิงรุกในชุมชน (โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)	Z= -21.14	P<0.001*
1.ค้นหากลุ่มเสี่ยงรายใหม่ในชุมชน		
ไม่ใช่	34(97.1)	8(22.9)
ใช่	1(2.9)	27(77.1)
2.การเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยงสูงอายุ		
ไม่ใช่	32(91.4)	0(0.0)
ใช่	3(8.6)	35(100.0)
3.การเยี่ยมบ้านดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน		
ไม่ใช่	7(20.0)	0(0.0)
ใช่	28(80.0)	35(100.0)
4.การเยี่ยมบ้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงในชุมชน		
ไม่ใช่	27(77.1)	0(0.0)
ใช่	8(22.9)	35(100.0)
5.การให้ความรู้ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง		
ไม่ใช่	0(0.0)	0(0.0)
ใช่	35(100.0)	35(100.0)
การบูรณาการเข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น	Z= -21.10	P<0.001*
1.การบูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน		
ไม่ใช่	7(20.0)	0(0.0)
ใช่	28(80.0)	35(100.0)
2.การบูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน		
ไม่ใช่	7(20.0)	0(0.0)
ใช่	28(80.0)	35(100.0)
3.การบูรณาการกับงานดูแลผู้พิการและด้อยโอกาส		
ไม่ใช่	22(62.9)	3(8.6)
ใช่	13(37.1)	32(91.4)
4.การบูรณาการกับงานดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ อื่นๆ		
ไม่ใช่	0(0.0)	0(0.0)
ใช่	35(100.0)	35(100.0)
5.การบูรณาการกับงานดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน		
ไม่ใช่	7(20.0)	0(0.0)
ใช่	28(80.0)	35(100.0)

*.มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, Wilcoxon matched paired test

3. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชาชนพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.1 อายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 75.5 (mean=39.47,SD=11.34,min=

25,max= 60) เกษตรกร/รับจ้าง ร้อยละ 89.4 ในอดีตเคยป่วยโควิด-19 มากที่สุด ร้อยละ 4.0 มีโรคประจำตัวเป็นหอบหืด ร้อยละ 4.0 เคยประสบ



อุบัติเหตุนั้น ร้อยละ 6.3 เคยผ่าตัดคลอด ร้อยละ 26.4 มีโรคทางพันธุกรรมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.3

4. ความเสี่ยงภาวะสุขภาพ 6 ด้าน พบว่าหลังพัฒนาคะแนนความเสี่ยงภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ดีขึ้น

มากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ BMI ($p<0.001$) รอบเอว ($p<0.001$) เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (body fat percentage) ($p<0.001$) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความเสี่ยงภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ($n=368$)

ความเสี่ยงภาวะสุขภาพ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Z	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
BMI			-4.42	<0.001*
ปกติ	212(57.6)	258(70.1)		
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	156(42.4)	110(29.9)		
รอบเอว			-3.29	<0.001*
ปกติ	246(66.8)	257(69.8)		
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	122(33.2)	111(30.2)		
ความดันโลหิต Systolic			-2.23	0.076
ปกติ	238(64.7)	232(63.0)		
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	130(35.3)	136(37.0)		
ความดันโลหิต Diastolic			-4.04	0.083
ปกติ	243(66.0)	245(66.6)		
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	125(34.0)	123(33.4)		
ระดับน้ำตาลในเลือด			-0.49	0.098
ปกติ	257(69.8)	259(70.4)		
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	111(30.2)	109(29.6)		
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย			-1.96	<0.001*
ปกติ ($\leq 12\%$)	243(66.0)	287(78.0)		
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	125(34.0)	81(22.0)		
เปอร์เซ็นต์ไขมันเกาะในช่องท้อง			0.03	0.056
ปกติ ($\leq 0.95\%$)	259(70.4)	246(66.8)		
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	109(29.6)	122(33.2)		
คะแนนรวม 6 ด้าน (30 คำแนบ)	Mean= 17.65, SD=10.61	Mean= 24.72, SD=20.33	13.02	<0.001*

*มีระดับนัยสำคัญที่ 0.05, Wilcoxon Matched Pairs Test

5. พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังพัฒนาดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความถี่ของการบริโภคอาหาร (Mean Dif.= 14.59, $p<0.001$)

ด้านอารมณ์ (Mean Dif.= 1.76, $p<0.001$) และความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean Dif.= 2.04, $p=0.018$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=368)

พฤติกรรมเสี่ยง	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Dif.	t	P-value
	Mean(SD)	Mean(SD)			
ความถี่ของการออกกำลังกาย	8.29(4.03)	9.02(2.96)	0.28	9.76	0.079
ความถี่ของการบริโภคอาหาร	16.60(3.00)	11.79(2.01)	14.59	-31.77	<0.001*
พฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์	11.77(2.12)	13.65(1.61)	1.76	27.25	<0.001*
ความถี่การสูบบุหรี่	0.93(2.33)	0.57(1.48)	.92	7.86	0.077
ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.45(2.91)	1.94(2.07)	2.04	9.21	0.018*

*.มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, paired T-test

6. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง หลังพัฒนามีส่วนร่วมในกิจกรรม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อน พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่

การรับประทานอาหาร (Mean Dif.= 3.91, p=0.005), การออกกำลังกาย (Mean Dif.= 6.57, p<0.001) และ การส่งเสริมอารมณ์ (Mean Dif.= 8.40, p<0.001) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=368)

พฤติกรรมมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Dif.	t	P-value
	Mean(SD)	Mean(SD)			
การรับประทานอาหาร	3.92(3.99)	8.58(2.95)	3.91	53.54	0.005*
การออกกำลังกาย	6.99(4.18)	9.38(2.45)	6.57	19.96	<0.001*
การส่งเสริมอารมณ์	8.41(3.29)	15.27(1.68)	8.40	28.57	<0.001*
ความถี่ของการเลิกสูบบุหรี่	0.20(0.71)	0.08(0.31)	0.20	5.24	0.180
ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0.79(1.11)	0.78(1.10)	0.78	1.34	0.084

*. มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, paired T-test

7. คุณภาพชีวิตทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามมิติ EQ5D5L ที่ดีขึ้นมากกว่าก่อน พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่

การดูแลร่างกายตนเอง (Mean Dif.= 7.00, p<0.001) และความเจ็บปวดไม่สบาย (Mean Dif.= 8.11, p<0.001) ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามมิติ EQ5D5L ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=368)

กิจวัตรประจำวัน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Dif.	t	P-value
	Mean(SD)	Mean(SD)			
1. ความสามารถในการเคลื่อนไหว	7.23(3.05)	15.61(2.26)	7.23	45.49	0.072
2. การดูแลร่างกายตนเอง	7.01(3.73)	14.01(2.99)	7.00	54.50	<0.001*
3. การทำกิจวัตรประจำวัน	7.04(3.51)	14.94(3.16)	7.04	55.97	0.099
4. ความเจ็บปวดไม่สบาย	8.11(4.18)	15.10(3.21)	8.11	77.87	<0.001*
5. ความวิตกกังวล/เหงา/ซึมเศร้า	8.98(4.10)	13.77(3.80)	13.77	51.94	0.087

*. มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, paired T-test

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ด้าน พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ของบุคลากร โดยวิธีการเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ประกอบด้วย ด้านสถานการณ์สภาพปัญหาการให้บริการ การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการเข้าถึงใน Google web ทั้งหมด 78 เรื่อง นำไปจัดทำกรอบแนวคิดของการวิจัย ประกอบกับข้อมูลสถานการณ์ของจังหวัดหนองคาย ที่ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกไร้พุง ในโรงพยาบาลทุก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 กระบวนการพัฒนาโดยการนำข้อมูลสถานการณ์ของจังหวัดหนองคาย ปี พ.ศ. 2563-2564 ปรับปรุงเพิ่มเติมในการจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง (It's your life) เป็น 5 มาตรการ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรทีมพี่เลี้ยง การจัดการคลินิกบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยบุคลากรทีมพี่เลี้ยง จัดกิจกรรมฝึกอบรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง 4 ครั้ง โดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาครั้งนี้จะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงได้ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และสามารถนำความรู้ประสบการณ์ ไปขยายผลต่อกับบุคคลใกล้ชิด ชุมชน หมู่บ้าน ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง และ พัทรินทร์ มณีพงศ์⁹ ประเมินผลถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าหลังพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยชุมชนสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2 ส. ได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า มีงานวิจัย จำนวน 12 ชิ้น พบความแตกต่างระหว่างการศึกษารูปแบบของโปรแกรมปรับพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวาน ปริมาณไขมันและดัชนีมวลกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

2. หลังพัฒนามีการจัดกิจกรรมครอบคลุม 4 มาตรการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 100 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดทำแนวทางการส่งต่อหรือนัดพบแพทย์ การอบรมกลุ่มเสี่ยง การจัดบริการเชิงรุก และการบูรณาการเข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น จึงส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรฐณัฐ ปัญญาใส และคณะ¹¹ ประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองมีภาวะสุขภาพดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต รอบเอว และดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง

3. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมจัดการตนเอง หลังพัฒนามีส่วนร่วมจัดการตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรผู้ให้บริการนำโปรแกรมไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากน้ำตาลในเลือดสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์¹² ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน พบว่ามีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. คุณภาพชีวิตทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามมิติ EQ5D5L ที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการส่งเสริมอารมณ์ คุณภาพชีวิตทางกายที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี พิทักษ์ศิลป์ และคณะ¹³ ประเมินผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกายระยะ 12 สัปดาห์ ต่อสมรรถภาพทางกายพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตทางกาย EQ-5D-5L score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อรรถพร กีก้างพลู (2564) ศึกษาคุณภาพชีวิตคนใน

กลุ่มการท่องเที่ยวโดยชุมชน พบว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และทางด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับเห็นด้วย ภาครัฐควรให้ความสำคัญการพัฒนาทางด้านร่างกาย และจิตใจผ่านกิจกรรมทางด้านสุขภาพ และจิตใจ เพื่อให้คนในชุมชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรดำเนินการเชิงรุกและดำเนินการอย่างใกล้ชิดในการให้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยความร่วมมือของครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนมีส่วนร่วมในกิจกรรมจัดการตนเองโดยเคร่งครัด ที่จะสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมจัดการตนเองและการติดตามกลุ่มเสี่ยงระยะเริ่มต้น จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่แรกทำให้การรักษาง่าย
3. การให้ความร่วมมือของกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ประโยชน์ของ

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยติดตามและคอยเตือนกลุ่มเสี่ยงให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4. การให้ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขทีมพัฒนา ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การส่งเสริมอารมณ์ และการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น จะสามารถลดอัตราการป่วยโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ทำการศึกษาแบบที่มีการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective study) และทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มเสี่ยงทุกรายเพื่อให้ผลการศึกษามีคุณภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ให้โอกาสทำการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษามนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาวิธีการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: รมเย็นมีเดีย; 2560.
2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. ข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (fact sheet). กระทรวงสาธารณสุข. Diabetes fact sheet 3: [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.idf.org>.
3. วิชัย เอกพลการ, หทัยชนก พรหมเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. มหาวิทยาลัยมหิดล. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงาน HDC จังหวัดหนองคาย. กลุ่มรายงานมาตรฐาน สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2564.
5. C-MOPH report. คะแนนคุณภาพชีวิต จากการประเมินแบบ EQ-5D-5L. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ccd.moph.go.th/report/web>
6. กระทรวงสาธารณสุข. ปฏิบัติการฝ่าวิกฤตพิษโควิดพิจิตพุง. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทมีเดียมาเก็ตติ้ง; 2560.
7. อรุณ จิรวัดนกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกร้อยอย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557.
8. วิรัช เกษมทรัพย์, พรณทิพา ศักดิ์ทอง และ กนกพร ปูผ้า. การประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้า



- พีนางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555:41-2.
9. เพ็ชรน้อย ศรีผดุง และ พชรินทร์ มณีพงศ์. การวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคเมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยชุมชนสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี 2562;3(2):11-24.
 10. Mikhael EM, Hassali MA, Hussain SA. Effectiveness of Diabetes Self-Management Educational Programs for Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Middle East Countries: A Systematic Review. DOVEPRESS J. 2020;13:117–138.
 11. กรฐธัช ปัญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญ, ณิกมล เปียอยู่. การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560;28(1):51-62.
 12. ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านหนองนาสร้าง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34(3):243-248.
 13. มยุรี พัทธศิลป์, อรรวิทย์ อังคะเดชะ, ระพีพัฒน์เดือนเพ็ญศรี, เกษมสันต์ พานิชเจริญ, พวงทอง อินใจ, ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์. รายงานวิจัยการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษาด้วยโปรแกรมกิจกรรมทางกาย. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2563.
 14. อรรถพร กีก้างพลู. คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการจัดการ การท่องเที่ยวโดยชุมชน ประเทศไทย. วารสารชตภาคย์ กลุ่มที่ 1 มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2564;15(43):226-244.

ผลของการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมขึ้น อำเภอชุม จังหวัดศรีสะเกษ

Effecting of empowerment and social support in waste management in Muangkukhan municipality, Khukhan district, Sisaket Province

(Received: September 25,2022 ; Accepted: September 29,2022)

ไตรรงค์ ทองนาค¹

Trirong Tongnak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมขึ้น อำเภอชุม จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 25 คน รวม 50 คน กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมขึ้น อำเภอชุม จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมการจัดการขยะของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถใช้ในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมขึ้น อำเภอชุม จังหวัดศรีสะเกษได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การเสริมพลัง แรงสนับสนุนทางสังคม การจัดการขยะ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate effecting of empowerment and social support in waste management in Muangkukhan municipality, Khukhan district, Sisaket Province. There were totally 50 samples which were divided into 2 groups, experimental group consisted of 25 people and control group consisted of 25 people: the experimental group were people in Mueang Khukhan Subdistrict Municipality, Khukhan District, Sisaket Province and the control group were People in Kantharalak Municipality, Kantharalak District, Sisaket 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 May 1, 2022 and July 1, 2022, 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

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โทร 08-1390-4961 E-mail: Trirongkana@gmail.com

relied on the paired t-test. Comparing differences in averages scores of variables between groups was based on the independent 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, social support in waste management, waste management intentions 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 municipality of Mueang Khukhan Sub-district, Khan District, Sisaket Province, with the results according to the set objectives.

Keywords: Empowerment, Social Support, waste management

บทนำ

ขยะที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่วนใหญ่เกิดจากครัวเรือนจำนวนมาก การเก็บขยะและแยกขยะเป็นงานที่หนักอาจได้รับอันตรายอุบัติเหตุจากการทำงานเนื่องจากกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการขนย้ายสิ่งของบนยานพาหนะ⁽¹⁾ จากพระราชบัญญัติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้กำหนดให้เทศบาลแต่ละแห่งมีหน้าที่กำจัดสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ⁽²⁾ หลักในการจัดการขยะมูลฝอย คือต้องดำเนินการเกี่ยวข้องกับการขยะตั้งแต่การเก็บรวบรวม การขนส่ง และการกำจัดบุคลากรในการเก็บขนและกำจัดขยะประกอบไปด้วยพนักงานขับรถ พนักงานประจำ รถ พนักงานกวาดถนน และพนักงานประจำสถานที่กำจัดขยะซึ่งบุคคลเหล่านี้ล้วนเสี่ยงต่อการสัมผัสปัจจัยอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพนักงานประจำรถเก็บขยะ เนื่องจากต้องสัมผัสอันตรายด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ ซึ่งทำให้เกิดโรคจากการทำงานได้⁽³⁾ ประเทศไทยมีปริมาณขยะสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี จากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี 2559⁽⁴⁾ พบว่ามีปริมาณการเกิดขยะรวมกันทั้งประเทศ 27.06 ล้านตันต่อปี เทียบเท่าตึกไอบหยก 2 จำนวน 140 ตึก คิดเป็นประมาณ 74,130 ตันต่อวันเฉลี่ยเป็นปริมาณขยะ 1.14 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ยังไม่รวมขยะตกค้างสะสมที่เพิ่มขึ้นทุกปีไม่ต่ำกว่าปีละ 10 ล้านตัน โดยแบ่งขยะมูลฝอยตามประเภทได้ทั้งหมด 4 ประเภท โดยแบ่งเป็นขยะอินทรีย์ หรือขยะ

ที่ย่อยสลายได้ คิดเป็นร้อยละ 64 จากขยะทั้งหมด ส่วนใหญ่มาจากอาหารเหลือทิ้งขยะรีไซเคิล เป็นที่ขยะสามารถนำมาหลอมใช้ใหม่ได้หากมีการแยกขยะอย่างถูกต้องและทำความสะอาดก่อนทิ้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 30 ของขยะทั้งหมด ขยะทั่วไป เป็นย่อยสลายตามธรรมชาติได้ยาก หรือนำไปรีไซเคิลแล้วไม่คุ้มทุน ต้องนำไปกำจัด ได้แก่ของขนม กล่องโฟม ถุงพลาสติก ร้อยละ 3 ของขยะทั้งหมด ขยะอันตราย เป็น ขยะที่ต้องนำไปกำจัดหรือบำบัดด้วยวิธีเฉพาะ เช่น หลอดไฟ ขวดยา ถ่านไฟฉาย ยาฆ่าแมลง กระป๋องสี ขยะจากภาคการเกษตรและอุตสาหกรรม คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3 จากสถานการณ์ขยะที่เพิ่มมากขึ้นจึงส่งผลให้พนักงานเก็บขยะต้องทำงานมากขึ้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงานเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ปัจจุบันพบว่าพนักงานที่ทำงานเก็บขยะนั้นหายากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากเป็นงานที่สกปรก เสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ และบางคนคิดว่าเป็นงานที่ไม่มีศักดิ์ศรี พนักงานที่ทำงานอยู่บางคนจึงไม่ค่อยสนใจทำงาน หรือมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมอันอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น ดื่มสุรา ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายขณะทำงานขาดความระมัดระวัง ประกอบกับวิธีปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ต้องมีการสัมผัสกับสิ่งสกปรก และของแหลมคมต่าง ๆ จึงอาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงานได้⁽⁵⁾

แนวทางการจัดการขยะในชุมชนที่เกิดประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการต้องสร้าง

จิตสำนึก การมีส่วนร่วม และแรงกดดันจากคนในสังคมเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาขยะที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบต่อปัญหาที่คนในชุมชนสร้างขึ้นโดยเฉพาะปัญหาขยะที่ทุกหลังคาเรือนสร้างขึ้นทุกวัน การทำให้ทุกคนได้รับรู้ปัญหาทั้งเชิงปริมาณและปัญหาการจัดการขยะที่ยากขึ้นทุกวัน โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสถานที่ที่จะใช้ในการพักและกำจัดขยะ รวมถึงปัญหาการรับผิดชอบต่อจัดการขยะที่ตนเองสร้างขึ้น เช่น การลดการสร้างขยะ การแยกขยะ และปัญหามลพิษที่เกิดจากขยะด้วย ซึ่งแนวทางการจัดการขยะที่ได้ผลจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในชุมชน รวมถึงจะต้องมีกฎเกณฑ์ของชุมชนในการเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันเพื่อการจัดการขยะในชุมชนอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของประวิทย์ แสงรักษ์⁽⁶⁾ ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและด้านการมีจิตสำนึกสาธารณะ ความรู้ ความเข้าใจในการจัดการ ขยะมูลฝอย งบประมาณ และการบริการ การมีส่วนร่วมการมีจิตสำนึกสาธารณะ ชยพล คำภีระ⁽⁷⁾ ที่พบว่าประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนต้องสร้างความร่วมมือของประชาชน อุปกรณ์บุคลากรและการจัดองค์กรที่มีประสิทธิภาพ ธงชัย ทองทวี⁽⁸⁾ พบว่าแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขามในการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยนั้นต้องมีส่วนร่วมกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชนปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่เทศบาลเมืองเมืองสุรินทร์มีจำนวน 6.4 ตัน/วัน กำจัดได้จำนวน 4.5 ตัน/วัน คงเหลือขยะตกค้างจำนวน 1.9 ตัน/วัน ซึ่งจังหวัดได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษตกค้างตามแนวคิดการจัดการขยะเหลือศูนย์และลดขยะที่ต้นทาง ครอบคลุมพื้นที่ 22 ตำบล มีสถานที่กำจัดขยะถูกหลักวิชาการในพื้นที่จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ บ่อขยะเทศบาลตำบลเมืองสุรินทร์ มีประชากร จำนวน 149,625 คน โดยประชากร 1 คน ผลิตขยะ 1.42 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน⁽⁹⁾ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ผลของการเสริม

พลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุรินทร์ อำเภอชนธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดและจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุรินทร์ อำเภอชนธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุรินทร์ อำเภอชนธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุรินทร์ อำเภอชนธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ดังนั้น กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุรินทร์ อำเภอชนธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ รูปแบบที่ใช้ในการกระตุ้นประชาชนมีการจัดการขยะในครัวเรือน เพื่อให้มีการเก็บ คัดแยก และกำจัดขยะอย่างถูกต้องเหมาะสมของประชาชนในเขตเทศบาล

ตำบลเมืองชุมชุม อำเภอชุมชุม จังหวัดศรีสะเกษ ด้านความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมการจัดการขยะ ประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มสำนึกเรื่อง การจัดการขยะ การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการขยะ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ เช่น การรณรงค์ กิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะ และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นและได้มีการปรับเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ 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 พฤติกรรมการจัดการขยะ

การทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เท่ากับ 0.84 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ 0.76 การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ 0.78 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ 0.80 และความตั้งใจในการจัดการขยะ เท่ากับ 0.74 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.0 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 52.48 ปี (S.D.= 14.95 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 84.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 52.0 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 5,000 บาท (รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท : รายได้มากที่สุด 6,000 บาท) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.00 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 47.08 ปี (S.D.=16.15 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 52.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.0 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 6,000 บาท (รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท : รายได้สูงสุด 11,000 บาท) ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.40 คะแนน (95% CI = 0.91-1.88) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	7.76	1.01	0.08	-0.48-0.64	0.2828	0.778
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	7.68	0.98				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	9.32	0.94	1.40	0.91-1.88	5.7735	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	7.92	0.75				

**p-value<0.01

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.36 คะแนน (95% CI = 2.43-4.28) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	17.72	1.76	0.12	-0.69-0.93	0.2954	0.769
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	17.60	1.00				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	21.68	2.07	3.36	2.43-4.28	7.3067	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	18.32	0.98				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนน

เฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.006) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.00 คะแนน (95% CI = 0.57-3.42) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	17.24	2.35	-0.80	-2.30-0.70	-1.0666	0.291
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	18.04	2.92				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	20.88	2.31	2.00	0.57-3.42	2.8318	0.006
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	18.88	2.66				

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.02) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.16 คะแนน (95% CI = 0.17-2.14) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	15.16	1.72	-0.48	-1.41-0.45	-1.0347	0.306
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	15.64	1.55				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	17.48	1.58	1.16	0.17-2.14	2.3705	0.02
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	16.32	1.86				

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.007) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.76 คะแนน (95% CI = 0.48-3.03) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความตั้งใจในการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	18.80	2.10	0.24	-0.96-1.44	0.3999	0.691
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	18.56	2.14				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	20.96	2.24	1.76	0.48-3.03	2.7773	0.007
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	19.20	2.23				

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการขยะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.72 คะแนน (95% CI = 1.72-3.71) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการขยะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมในการจัดการขยะ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	40	16.68	1.88	0.16	-0.99-1.31	0.2774	0.782
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	16.52	2.18				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	40	19.76	2.05	2.72	1.72-3.71	5.5231	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	17.04	1.92				

** $p\text{-value} < 0.01$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมชุม อำเภอชุมชุม จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการจัดการขยะ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการขยะ การมีส่วนร่วมในการจัดการ

ขยะ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะ ความตั้งใจในการจัดการขยะ และพฤติกรรมในการจัดการขยะสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาโปรแกรมที่มีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ในการจัดการขยะที่ผ่านกิจกรรมเพิ่มสำราญรู้เรื่องการจัดการขยะทั้งที่เป็นการ

ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การพูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแยกทิ้ง และการจัดการขยะ เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามความสามารถของตนเองที่มีให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะ จากนั้นจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการคัดแยกขยะ การทิ้งขยะลงถังที่คัดแยก การกำจัด และการจัดการขยะ เช่น การรณรงค์การคัดแยกขยะ การลดการใช้วัสดุที่ย่อยสลายยาก การคัดแยกขยะในครัวเรือน การกำจัดขยะที่ถูกต้อง การเสนอข้อคิดเห็น การออกแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม การวางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ให้แนวทางซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของนรังสรรค์ บุญสุวรรณ์⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่องการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเมืองอุทัยธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคต่างๆ หลายด้านซึ่งยังไม่สามารถแก้ไขได้ โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลนบุคลากร การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์มีสภาพไม่ดี การบังคับใช้กฎหมายไม่ได้เป็นไปตามที่กำหนด ขาดความร่วมมือจากประชาชนในการรักษาความสะอาด การเพิ่มของจำนวนประชากรมีมากทำให้ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นแต่การจัดเก็บขยะสามารถปฏิบัติได้ไม่เพิ่มขึ้น สถานที่สำหรับการปฏิบัติงานไม่แน่นอนปัญหา นโยบายและโครงการที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานรักษาความสะอาดเกี่ยวกับขยะมูลฝอย ในขณะที่จำนวนขยะเพิ่มมากขึ้นทุกวันในชุมชน โดยขยะที่ระบุว่าพบมากในชุมชน เกิดจากบ้านเรือนเป็นส่วนใหญ่ และขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ อาทิ พลาสติกรูปแบบต่างๆ ขวดแก้ว และกระดาษ ทั้งนี้อาจเกิดจากสภาพวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จึงก่อให้เกิดขยะจากการผลิตเหล่านี้มากมาย วิธีการแก้ไขที่เหมาะสมมากที่สุดคือการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยใน

ชุมชน หทัยพรรณ สังข์ชู⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ระดับประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้านแผนงานและนโยบายในการจัดการขยะมูลฝอย ด้านบุคลากรและการจัดองค์การ ด้านวัสดุ เครื่องมือ เครื่องใช้และสถานที่ทิ้งขยะมูลฝอย ด้านงบประมาณ ด้านความร่วมมือของประชาชน และด้านเทคนิควิธีการ อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และพบว่าประชาชนที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประเภทที่อยู่อาศัยต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต่างกัน ประชาชนมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุย ควรมีแผนงานนโยบายที่ครบวงจรตั้งแต่ภาคครัวเรือน และสถานประกอบการ พัฒนาศูนย์กลางให้เอาใจใส่รับผิดชอบต่อหน้าที่ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชน ทั้งนี้เทศบาลควรจัดหาอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมและขนส่งขยะมูลฝอยให้เพียงพอและสอดคล้องกับปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชนควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการทิ้งขยะมูลฝอยในสถานที่และภาชนะรองรับที่จัดเตรียมไว้ รณรงค์ลดต้นทุนการจัดการขยะมูลฝอยด้วยการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยจากต้นทาง ลลิตา ปาลี⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า 1) เทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพด้านการกำจัดขยะสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านการขนลำเลียง ด้านการเก็บรวบรวม และ

ด้านการแปรสภาพ ตามลำดับ 2) ปัจจัยด้านการจัดการมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการขยะในเขตเทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปัจจัยด้านสถานที่ที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ 3) ปัจจัยด้านการจัดการมีความสัมพันธ์ไปทิศทางเดียวกันในระดับมากกับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย โดยปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ มีความสัมพันธ์สูงสุด รองลงมาได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านสถานที่ ประวิทย์ แสงรักษ์⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด ตามความเห็นของประชาชน คือ ด้านการบริหารจัดการประสิทธิภาพ วัสดุอุปกรณ์ ความรู้ความเข้าใจในการจัดเก็บ ขน ขยะมูลฝอย งบประมาณ และการบริหารและการติดตาม ประเมินผลอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นในระยะทางและระยะเวลา ด้านการมีส่วนร่วมและด้านการมีจิตสำนึกสาธารณะประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเห็นของพนักงานเทศบาลประสิทธิภาพ วัสดุอุปกรณ์ความรู้ ความเข้าใจในการจัดเก็บ ขน ขยะมูลฝอย งบประมาณ และการบริการ การมีส่วนร่วมการมีจิตสำนึกสาธารณะมีประสิทธิภาพในระดับต่ำ การติดตามประเมินผลอยู่ในระดับต่ำ และขยพล คำภิละ⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมคะแนนมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลเห็นว่า มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านความร่วมมือของประชาชน รองลงมาได้แก่ ด้านบุคลากรและการจัดองค์กร ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านวัสดุเครื่องมือ เครื่องใช้และสถานที่ทิ้งขยะมูลฝอยส่วน ประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การ

บริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวม ประชาชนในพื้นที่เห็นว่า มีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความคิดเห็นของประชาชน ผู้บริหารและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ต่อประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอย พบว่าประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ถือได้ว่าไม่แตกต่างกันตามพื้นที่ในการจัดเก็บขยะมูลฝอย ได้แก่ พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฟ้าหลวงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการจัดการขยะของประชาชน ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุพรรณ อำเภอชนัญ จังหวัดศรีสะเกษ ในพื้นที่อื่นให้เกิดความครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอสุพรรณ หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดในชุมชน
2. ในการวิเคราะห์รายข้อด้านการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุพรรณ อำเภอชนัญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการแยกขยะและการกำจัดขยะที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การไม่แยกขยะตั้งแต่ต้น การทิ้งถุงพลาสติกลงในพื้น การทิ้งเศษอาหารลงบนพื้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรสร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการขยะการแยกขยะ และกำจัดขยะให้กับประชาชนในพื้นที่
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุพรรณ อำเภอชนัญ จังหวัดศรีสะเกษกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรม
4. ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองสุพรรณ อำเภอชนัญ จังหวัดศรีสะเกษ แบบ



ผสมผสาน มีส่วนร่วม และ แลกเปลี่ยนพื้นที่ในการศึกษา

5. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาว่าที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง มี

แนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุมชันธ์ อำเภอุมพอง จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สุพรรณ สิริศักดิ์. (2556). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในพนักงานเก็บขยะเทศบาลนครพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์การศึกษาด้านสุขภาพศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 2.พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. (2535). ราชกิจจานุเบกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 3.พิรพงษ์ จันทราเทพ และ สุนิสา ขายเกลี้ยง. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาลในเขตอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารเพื่อคุณภาพที่ดีของชีวิต, 2553.
- 4.มูลนิธิสืบนาคะเสถียร. สถานการณ์ปัญหาขยะในประเทศไทย: วันที่ 6 กรกฎาคม 2561. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2564, แหล่งสืบค้น <https://www.schoolofchangemakers.com/knowledge/16656/>.
- 5.วิรัตน์ เชิดชัยภูมิ. ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครองท้องถิ่น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
- 6.ประวิทย์ แสงรักษ์. (2553). ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 7.ชยพล คำภะ. (2554). ประสิทธิภาพของการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- 8.ธงชัย ทองทวี. (2553). สภาพปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขามอำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิศวกรรมโยธา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- 9.สำนักงานเทศบาลเมืองเมืองชุมชันธ์. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2563.
- 10.นรังสรรค์ บุญสรรค์. (2552). การพัฒนาประสิทธิภาพด้านการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเมือง อุทัยธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 11.หทัยพรรณ สังข์ชู . (2557). ประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลนครเกาะสมุย อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- 12.ลลิตา ปาลี. (2558). ประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Photharam Hospital, Ratchaburi Province

(Received: August 9,2022 ; Accepted: September 24,2022)

ธิรนันท์ สาสุณี¹

Thiranun Sasune¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective analytic study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 เป็นระยะเวลา 3 ปี จำนวน 3,134 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกการเก็บข้อมูล โดยสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านมารดา ขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านการคลอด และการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติอ้างอิง ได้แก่ Chi-square test

ผลการศึกษา: พบว่า การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ภาวะซีด ประวัติตกเลือดหลังคลอด การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานานเกิน 8 ชั่วโมง การคลอดล่าช้า ทั้งระยะที่1 และ ระยะที่2 การเร่งคลอด การตัดฝีเย็บ ปากมดลูกฉีกขาด การคลอดเฉียบพลัน ภาวะรกค้าง และประสบการณ์ผู้ทำคลอด มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value}<0.05$) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุมารดา ทารกตัวโต ทารกที่มีส่วนน้ำหนักไม่ใช้ศีรษะ การตั้งครรภ์แฝด การตั้งครรภ์แฝดน้ำ ทารกตายในครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะน้ำคร่ำติดเชื้อ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด และการคลอดติดไหล่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ : ตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This research was retrospective analytic study aimed to study risk factors related to postpartum hemorrhage within 24 hours of pregnant women who delivered in Photharam Hospital, Ratchaburi province. Sample size were 3,134 pregnant women with gestational age ≥ 28 weeks who delivered by normal delivery and cesarean section at Photharam Hospital, Ratchaburi Province, Thailand during 1st January 2019- 31th December 2021. Data were collected from pregnant women including neonatal, pregnancy and delivery factors related to postpartum hemorrhage within 24 hours. The data were presented in frequency, percentage and factors that related to postpartum hemorrhage using were analyzed by chi square test.

¹ พ.บ. กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Results: Risk factors related to postpartum hemorrhage within 24 hours of pregnant women who delivered in Photharam Hospital were found that multiparty, anemia, previous PPH, prolonged oxytocin use, prolonged of labor, induction, episiotomy, tear cervix, rapid or precipitate of labor, retained placenta and experiences to assist in childbirth were significant risk factors (p -Value<0.05). The other factors, i.e., maternal age, fetal macrosomia, fetal malpresentation, twins/multiple pregnancy, polyhydramnios, intrauterine fetal demise, preeclampsia, chorioamnionitis, placenta previa, abruptio placenta, forceps or vacuum delivery and shoulder dystocia were not related to postpartum hemorrhage.

Key word: postpartum hemorrhage, pregnancy, risk factor

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) หมายถึงภาวะที่มีเลือดออกทันที ปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดทางช่องคลอด หรือ 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งภาวะ ตกเลือดหลังคลอดมีโอกาสเกิดได้สูงถึงร้อยละ 18 ของการคลอดในประเทศกลุ่มที่พัฒนาแล้ว^{1,2} เลือดที่ออกมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร มีผลทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ถึงแม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดที่รุนแรงได้ถึงร้อยละ 3³ ภาวะนี้จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก และพบว่ามากกว่าครึ่งของมารดาที่เกิดภาวะนี้เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินการว่าจะมีมารดา 140,000 รายที่เสียชีวิตทั่วโลกเนื่องจากภาวะตกเลือดในแต่ละปี และอาจพบ 1 คนใน ทุก 4 นาที ในทวีปเอเชีย พบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

โดยส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอดมักจะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะ ตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดตัวและคลายตัวเป็นระยะสลับกันเพื่อปิดหลอดเลือดเป็นการป้องกันการไหลของเลือดออกจากโพรงมดลูก^{4,5} ดังนั้นการหดตัวไม่ดีของมดลูกจึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90

ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันคือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labor (AMTSL) โดยให้ Oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขณะคลอดไหลหน้าทารกหรือฉีดเพิ่มในสาร 2 น้ำทางหลอดเลือดดำภายหลังทารกคลอดทันที เพื่อให้มดลูกหดตัวดี ทำคลอดรกได้โดยเร็ว และป้องกันการตกเลือดในระยะแรก⁶

สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ พ.ศ. 2558 – 2562 เท่ากับ 24.6, 26.6, 21.8, 19.9 และ 19.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ตามลำดับ 3 โดยสาเหตุการตายของมารดา ปีงบประมาณ 2562 พบว่ามารดา เสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 58 สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 34 และไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ร้อยละ 9 ซึ่งสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ที่พบมากที่สุด คือ การตกเลือดหลังคลอด รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง การฆ่าตัวตาย และภาวะน้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด⁷

สถานการณ์มารดาเสียชีวิตเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2564 มีทั้งหมด 80 ราย⁸ สาเหตุได้แก่ ภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 9 ราย ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก 8 ราย ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด 8 ราย ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์ 8 ราย ภาวะครรภ์เป็นพิษ 5 ราย ภาวะติดเชื้อ(ใช้เลือดออก, เอ็ดส) 3 ราย ภาวะมดลูกแตก 1 ราย ภาวะท้องนอกมดลูก 1

ราย ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก 1 ราย ภาวะตับแข็ง 1 ราย⁸ สำหรับสถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ในจังหวัด ราชบุรี พ.ศ.2559-2565 มีเป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 5 ซึ่งยังมีบางโรงพยาบาลที่สถานการณ์ดังกล่าวยังไม่ได้ ตามเกณฑ์ และยังมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด หลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก สาเหตุหลัก ได้แก่ มดลูกไม่หดตัว รกค้าง ภาวะรกติดตึง ภาวะฉีก ขาดของช่องคลอด ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด⁷ และ ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2564 ยังมีมารดาเสียชีวิตจาก ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ที่ โรงพยาบาลบ้านคา จังหวัดราชบุรี 1 ราย⁹

สถานการณ์ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลโพธาราม ถือเป็นตัวชี้วัด 1 ใน 5 ของ โรงพยาบาล ข้อมูลในปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวน หญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 3,134 ราย และมีภาวะตก เลือดหลังคลอดทั้งหมด 92 ราย¹⁰ ซึ่งยังเป็นปัญหา สำคัญของแผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลโพธาราม ถึงแม้ไม่พบมารดาเสียชีวิต แต่มีผลทำให้ระยะเวลา การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น คลังเลือดถูกใช้มาก หญิงตั้งครรภ์มีภาวะวิตกกังวลต่อภาวะที่เกิดขึ้น และ เสี่ยงต่อการผ่าตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิต นอกจากนี้ยัง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นส่งผลจนกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ ในส่วนของโรงพยาบาลและสูติรีแพทย์ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิง ตั้งครรภ์ภายใน 24 ชั่วโมงแรกนี้จะเป็นประโยชน์ต่อ การเฝ้าระวัง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะตก เลือดหลังคลอด การเตรียมทีมดูแล การเตรียมเลือด การเตรียมอุปกรณ์ช่วยหยุดเลือด และการ เตรียมพร้อมการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเก็บข้อมูล ย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิง ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ขึ้นไป ทั้งที่คลอดทาง

ช่องคลอด และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพ ธาราม จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) ทารกที่มีส่วนน้ำหนักไม่ใช้ศีรษะ (Fetal malpresentation) และคลอดทางช่องคลอด การตั้งครรภ์แฝด(Twins/Multiple pregnancy) การ ตั้งครรภ์แฝดน้ำ(Polyhydramnios) ทารกตายใน ครรภ์ (Intrauterine Fetal Demise)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ(Maternal Age) การตั้งครรภ์และการ คลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป(Multiparity) ภาวะครรภ์เป็น พิ ษ (Preeclampsia) ภาวะน้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) ภาวะรกเกาะต่ำ(Placenta previa) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด(Abruption placenta) ภาวะซีด (Anemia) ประวัติตกเลือดหลัง คลอด (Previous PPH)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการคลอดของมารดา การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็น เวลานาน(Prolonged oxytocin use) เกิน 8 ชั่วโมง การคลอดล่าช้า(Prolonged of labor) ทั้งระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Forceps or Vacuum) การเร่งคลอด (Induction) ก า ร ตั ด ฝี เ ย้ บ (Episiotomy, especially mediolateral) ทั้ง 2nd degree tear, 3rd degree tear และ 4th degree tear ปากมดลูกฉีกขาด (Tear Cervix) การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or Precipitate Labor) การคลอดติดไหล่ (Shoulder Dystocia) ภาวะ รกค้าง (Retained Placenta) ประสบการณ์ผู้ทำ คลอด (นักศึกษาพยาบาล,นักศึกษาแพทย์,พยาบาล, สูติแพทย์)

ส่วนที่ 4 บันทึกการตกเลือดหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูล ทั่วไปของมารดาและทารก โดยใช้ ค่าสถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ได้แก่

ค่าความถี่ ร้อยละ และทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics) Chi square test ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2565 เลขที่ 12/2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของมารดาส่วนใหญ่มารดาอายุ <35 ปี ร้อยละ 98.4 มารดาตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 23 มารดาตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ร้อยละ 0.2 มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 1.4 มารดามีภาวะน้ำคร่ำติดเชื้อ ร้อยละ 0.1 มารดาภาวะรกเกาะต่ำ ร้อยละ 0.4 มารดามีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดร้อยละ 0.2 มารดามีภาวะซีดร้อยละ 0.9 มารดามีประวัติตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.3 มารดาได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานานเกิน 8 ชั่วโมง ร้อยละ 1.4 มารดาคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) ทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ร้อยละ 1.4 การคลอดส่วนใหญ่ของมารดาเป็นวิธีคลอดธรรมชาติ (NL) และผ่าตัดคลอด (C/S) ร้อยละ 96.7 มารดาใช้วิธีเร่งคลอด ร้อยละ 8.2 มารดาส่วนใหญ่ถูกตัดฝีเย็บแบบ 2nd degree tear ร้อยละ 70.3 มารดามีภาวะคลอดเฉียบพลัน ร้อยละ 0.7 มารดามีภาวะคลอดติดไหล่ ร้อยละ 0.1 ประสพการณ์ผู้ทำคลอดส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 70.5 สำหรับข้อมูลทั่วไปด้านทารก พบว่าส่วนใหญ่ทารกน้ำหนักแรกเกิด < 4,000 กรัม ร้อยละ 98.4 ทารกส่วนใหญ่มีส่วนน้ำหนักเป็นท่าศีรษะ ร้อยละ 99.2 ทารกคลอดจากครรภ์เดียว ร้อยละ 99.2 ทารกตายในครรภ์ ร้อยละ 0.1

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทารกกับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะตกเลือดหลังคลอดกับปัจจัยด้านทารก พบว่าปัจจัยด้านทารกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) ภาวะซีด (Anemia) และ ประวัติตกเลือดหลังคลอด (Previous PPH) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -Value < 0.05) โดย การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 3.3 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.7 ภาวะซีด (Anemia) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 4.3 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.8 ประวัติตกเลือดหลังคลอด (Previous PPH) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 9.8 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.0 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุมารดา (Maternal Age) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ภาวะน้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta Previa) และ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio Placenta) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการคลอดกับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะตกเลือดหลังคลอด กับปัจจัยด้านการคลอดของมารดา พบว่า การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) ทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การเร่งคลอด (Induction) การตัดฝีเย็บ 3rd degree tear - 4th degree tear ปากมดลูกฉีกขาด (Tear Cervix) การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or

Precipitate of labor) ภาวะรกค้าง (Retained Placenta) และประสบการณ์ผู้ทำคลอด (นักศึกษาพยาบาล, นักศึกษาแพทย์, พยาบาล, สูติแพทย์) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value}<0.05$) โดย การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 48.9 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.0 การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) ทั้งระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 48.9 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.0 การเร่งคลอด (Induction) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 21.7 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 7.8 การตัดฝีเย็บ 3rd degree tear -4th degree tear มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 20.7 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง

ร้อยละ 0.0 ปากมดลูกฉีกขาด (Tear Cervix) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 8.7 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.0 การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or Precipitate of labor) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 16.3 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.2 ภาวะรกค้าง (Retained Placenta) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 18.5 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.0 และประสบการณ์ผู้ทำคลอด (นักศึกษาพยาบาล, นักศึกษาแพทย์, พยาบาล) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 87 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 70 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Forceps or Vacuum) และการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและความสัมพันธ์ของภาวะตกเลือดจากปัจจัยต่างๆ

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยทั้งหมด	ความสัมพันธ์		χ^2	df	p-value
		ตกเลือด	ไม่ตกเลือด			
ปัจจัยด้านทารก	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทารกตัวโต (Fetal macrosomia)						
<4,000 กรัม	3,084(98.4)	92 (100.0)	2,992 (98.4)	0.668	1	0.403
4,000 กรัมขึ้นไป	50(1.6)	0 (0.0)	50 (1.6)			
ทารกที่มีส่วนนำไม่ใช่อวัยวะ (Fetal malpresentation)						
ท่าก้นและท่าอื่นๆ	25(0.8)	1(1.1)	24(0.8)	0.000	1	0.527
ท่าศีรษะ	3,109(99.2)	91(98.9)	3,018(99.2)			
การตั้งครรภ์แฝด (Twins/Multiple pregnancy)						
ครรภ์เดี่ยว	3,108(99.2)	92(100.0)	3,016(99.1)	0.094	1	1.000
ครรภ์แฝด	26(0.8)	0(0.0)	26(0.9)			
การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios)						
ใช่	7(0.2)	0(0.0)	7(0.2)	0.000	1	1.000
ไม่ใช่	3,127(99.8)	92(100.0)	3,035(99.8)			
ทารกตายในครรภ์ (Intrauterine Fetal Demise)						
ใช่	2(0.1)	0(0.0)	2(0.1)	0.000	1	1.000
ไม่ใช่	3,132(99.9)	92(100.0)	3040(99.9)			
ปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์						
อายุมารดา (Maternal Age)						

<35 ปี	2,834(90.4)	79(85.9)	2,755(90.6)	1.765	1	0.184
35 ปีขึ้นไป	300(9.6)	13(14.1)	287(9.4)			
การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่4ครั้งขึ้นไป(Multiparity)						
ใช่	23(0.7)	3 (3.3)	20(0.7)	5.119	1	0.028
ไม่ใช่	3,111(99.3)	89(96.7)	3,022(99.3)			
ภาวะครรภ์เป็นพิษ(Preeclampsia)						
ใช่	45(1.4)	2(2.2)	43(1.4)	0.025	1	0.383
ไม่ใช่	3,089(98.6)	90(97.8)	2,999(98.6)			
ภาวะน้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis)						
ใช่	3(0.1)	0(0.0)	3(0.1)	0.000	1	1.000
ไม่ใช่	3,131(99.9)	92(100.0)	3,039(99.9)			
ภาวะรกเกาะต่ำ(Placenta Previa)						
ใช่	12(0.4)	0(00.0)	12(0.4)	0.000	1	1.000
ไม่ใช่	3,122(99.6)	92(100.0)	3,030(99.6)			
ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio Placenta)						
ใช่	6(0.2)	0(0.0)	6(0.2)	0.000	1	1.000
ไม่ใช่	3,128(99.8)	92(100.0)	3,036(99.8)			
ภาวะซีด(Anemia)						
ใช่	27(0.9)	4(4.3)	23(0.8)	9.611	1	0.007
ไม่ใช่	3,107(99.1)	88(95.7)	3,019(99.2)			
ประวัติตกเลือดหลังคลอด (Previous PPH)						
ใช่	9(0.3)	9(9.8)	0(0.0)	265.258	1	0.000
ไม่ใช่	3,125(99.7)	83(90.2)	3,042(100.0)			
ปัจจัยด้านการคลอดของมารดา						
การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) เกิน 8 ชั่วโมง						
ใช่	45(1.4)	45(48.9)	0(0.0)	1475.247	1	0.000
ไม่ใช่	3,089(98.6)	47(51.1)	3,042(100.0)			
การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) ทั้งระยะที่1 และ ระยะที่2						
คลอดล่าช้า	45(1.4)	45(48.9)	0(0.0)	1475.247	1	0.000
ไม่ใช่	3,089(98.6)	47(51.1)	3,042(100.0)			
การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Forceps or Vacuum)						
คลอดโดยวิธี Forceps or Vacuum	102(3.3)	5(5.4)	97(3.2)	0.806	1	0.224
คลอดโดยวิธี NL or C/S	3,032(96.7)	87(94.6)	2,945(96.8)			
การเร่งคลอด (Induction)						
ใช่	257(8.2)	20(21.7)	237(7.8)	21.079	1	0.000
ไม่ใช่	2,877(91.8)	72(78.3)	2,805(92.2)			

การตัดฝีเย็บ (Episiotomy, especially mediolateral)						
2 nd degree tear	2,203(70.3)	73(79.3)	2,130(70.0)	656.926	2	0.000
3 rd degree tear -4 th degree tear	19(0.6)	19(20.7)	0(0.0)			
ไม่ใช่	912(29.1)	0(0.0)	912(30.0)			
ปากมดลูกฉีกขาด (Tear Cervix)						
ใช่	8(0.3)	8(8.7)	0(0.0)	232.146	1	0.000
ไม่ใช่	3,126(99.7)	84(91.3)	3,042(100.0)			
การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or Precipitate of labor)						
ใช่	22(0.7)	15(16.3)	7(0.2)	308.354	1	0.000
ไม่ใช่	3,112(99.3)	77(83.7)	3,035(100.0)			
การคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia)						
ใช่	3(0.1)	1(1.1)	2(0.1)	1.987	1	.086
ไม่ใช่	3,131(99.9)	91(98.9)	3,040(99.9)			
ภาวะรกค้าง (Retained Placenta)						
ใช่	17(0.5)	17(18.5)	0(0.0)	531.442	1	0.000
ไม่ใช่	3,117(99.5)	75(81.5)	3,042(100.0)			
ประสบการณ์ผู้ทำคลอด						
พยาบาล-นักศึกษาพยาบาล-นักศึกษาแพทย์	2,210(70.5)	80(87.0)	2,130(70.0)	11.520	1	0.000
สูติแพทย์	924(29.5)	12(13.0)	912(30.5)			

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า

1.ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกตัวโต(Fetal macrosomia) ทารกที่มีส่วนน้ำหนักไม่ใช่น้ำหนักปกติ(Fetal malpresentation) การตั้งครรภ์แฝด (Twins/Multiple pregnancy) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตายในครรภ์(Intrauterine Fetal Demise) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะตกเลือดหลังคลอดกับปัจจัยด้านทารก พบว่าปัจจัยด้านทารกทั้งหมด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด และผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹ ที่พบว่าปัจจัยด้านทารก เกี่ยวกับน้ำหนักทารกแรกเกิด (Fetal birth weight) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (p -

Value= 0.477) และการตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย^{12,13,14} ที่พบว่าทารกตัวโต (Fetal Macrosomia) น้ำหนักทารก > 4,000 กรัม มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ p -Value <0.001, 95% CI 0.508 (0.488–0.529) และ (aOR 2.14; 95 % CI1.02–4.47) ตามลำดับ สำหรับ Fetal macrosomia พบว่ามีการศึกษา¹⁵ ที่ไม่สอดคล้องกับผลวิจัยนี้ 2.3 (95% CI, 1.9–2.8) และพบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ ที่พบว่าการการตั้งครรภ์แฝด (Twins/Multiple pregnancy) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ(Polyhydramnios) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากกล้ามเนื้อดลูกยืดขยายมากเกินไป ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ คิดเป็นร้อยละ 22.7 สำหรับภาวะ ทารกตายในครรภ์ (Intrauterine Fetal Demise) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁷ ที่พบว่า Intrauterine fetus-death มี



ความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value}<0.001$)

2.ปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) ภาวะซีด (Anemia) และ ประวัติตกเลือดหลังคลอด (Previous PPH) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value}<0.05$) โดย **การคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity)** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 3.3 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹³ ที่พบว่าการตั้งครรภ์และมีบุตรหลายคน (Multiparity) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดในครรภ์เดี่ยวและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-Value}<0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴ พบว่าการตั้งครรภ์หลายครั้ง Multiple pregnancy มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด (aOR 2.26; 95 % CI 0.58–8.79) และสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁷ พบว่าการมีบุตรหลายคน Multiparity มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด ($p\text{-Value}<0.001$) ตามลำดับ โดยการตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) ส่งผลให้เกิดมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) จากกล้ามเนื้อมดลูกที่ยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล่าช้าจากการยืดขยายในระยะการคลอดเป็นเวลานาน ภายหลังการคลอดทารกจึงทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลตรงที่รกเกาะรัดตัวไม่ดี ส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุดเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้¹⁸ **ภาวะซีด (Anemia)** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 4.3 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.8 สอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า ความเข้มข้นเลือดก่อนคลอด (Hemoglobin before delivery (mL)) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด ($p\text{-Value}<0.001$)¹⁹ ความเข้มข้นเลือดเมื่อมานอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่า 11 g/dl (Hemoglobin on admission <11 g/dl) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด ($p\text{Value}<0.001$)¹⁷ และภาวะซีด

รุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการ แก้ไขมี โอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 6.65 เท่า²⁰ ภาวะซีดจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการ ภาวะขาดออกซิเจนในระดับโมเลกุลและระดับส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากขึ้น ภาวะโลหิตจางก่อนคลอดเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) และส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น 6.7 เท่า **ประวัติตกเลือดหลังคลอด (Previous PPH)** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 9.8 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.0 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย^{12,17} ที่พบว่า ประวัติตกเลือดหลังคลอด (previous PPH history) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-Value}<0.001$) และ ($p\text{-Value}<0.01$) ตามลำดับ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติตกเลือดหลังคลอด (PPH) มาก่อนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3 เท่า ในการตั้งครรภ์ครั้งที่สองเมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ไม่ได้รับผลกระทบ)15.0% เทียบกับ 5.0% ตามลำดับ(และประมาณ 6 เท่าหลังจากการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้สองครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติตกเลือดหลังคลอด (PPH) ในการคลอดครั้งที่ 2 และ 3 ตามลำดับ สำหรับกลไกยังไม่มีการศึกษาชัดเจนว่ามาจากสาเหตุใด แต่มักสอดคล้องกับภาวะมดลูกไม่หดตัว (Atony) และภาวะรกค้าง (Retained Placenta) และอาจจะเกี่ยวข้องกับปริมาณการใช้ออกซิโตซินระหว่างคลอด/รอกคลอด เนื่องจาก desensitization ของ oxytocin receptor desensitization และความเหนียวตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (myometrial) ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกไม่ดีจึงทำให้มีภาวะตกเลือดหลังคลอดซ้ำ²¹

3. ปัจจัยด้านการคลอดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) เกิน 8 ชั่วโมง การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) ทั้งระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 การเร่งคลอด (Induction) การตัดฝีเย็บ 3rd degree tear -4th degree ปากมดลูกฉีกขาด (Tear Cervix) การคลอดเฉียบพลัน

(Rapid or Precipitate of labor) ภาวะรกค้าง (Retained Placenta) ประสิทธิภาพผู้ทำคลอด (นักศึกษาพยาบาล, นักศึกษาแพทย์, พยาบาล) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value} < 0.05$) **การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) เกิน 8 ชั่วโมง** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 48.9 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.0 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย²² ที่พบว่าการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นระยะเวลานาน หรือขนาดสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-Value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจาก²² ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin เป็นเปปไทด์ที่ทำงานที่ผ่านตัวรับออกซิโตซิน Oxytocin Receptor (OXTR) อยู่ในตระกูล G protein-coupled receptors (GPCRs) โดยเป็นตัวกระตุ้น agonist แบบถาวร ทำให้มีการตอบสนองต่อการหดตัวของมดลูกต่อเนื่อง ส่งผลให้มดลูกหดตัวได้ไม่ดี มีภาวะ atony เนื่องจากการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin เป็นระยะเวลานาน จะนำไปสู่การไม่ตอบสนอง (desensitization) ของตัวรับออกซิโตซิน Oxytocin Receptor (OXTR) ทำให้บริเวณการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดมดลูกไม่หดตัว (atony) และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ตามมา **การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) ทั้งระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 48.9 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.0 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹ ที่พบว่าการคลอดล่าช้า มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า 95% CI 5.81-67.19 โดยการการคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) ทำส่งผลให้เกิดมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) จากกล้ามเนื้อมดลูกที่ยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้า จากการยืดขยายในระหว่างการคลอดเป็นเวลานาน ภายหลังจากคลอดทารก จึงทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลตรงที่รกเกาะรัด

ตัวไม่ดี ส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุด และเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้¹⁸ **การเร่งคลอด (Induction)** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 21.7 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 7.8 สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁷ ที่พบว่าการเร่งคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ aOR (95% CI) 1.2 (1.1 to 1.4) และสอดคล้องกับงานวิจัย²³ ที่พบว่าการเร่งคลอด (Induction) สัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญเพิ่มขึ้น 4.6 ถึง 6 เท่าต่อการคลอด 100 ราย ซึ่งการเร่งคลอดจะเกี่ยวข้องกับการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin²⁴ เป็นระยะเวลานาน จะนำไปสู่การไม่ตอบสนอง (desensitization) ของตัวรับออกซิโตซิน Oxytocin Receptor (OXTR) ทำให้บริเวณการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดมดลูกไม่หดตัว (atony) และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH)^{22,24} **การฉีกเย็บ 3rd degree tear -4th degree tear** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 20.7 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.0 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹ ที่พบว่า แผลฉีกขาดลึก (Laceration) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญโดยมีค่า 95% CI 7.65-32.88 ซึ่งแผลฉีกขาดที่ลึก ส่งผลต่อบาดเจ็บต่อเส้นเลือดบริเวณแผลฉีกเย็บ และส่งผลให้มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ออกจากแผลได้ **ปากมดลูกฉีกขาด (Tear Cervix)** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 8.7 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.0 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย²⁵ ที่พบว่า cervical trauma at delivery มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ aOR (95% CI) 4.0 (2.3 to 7.0) การฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูก และ ฉีกเย็บ (Trauma) ถือเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือด หลังคลอดพบได้ถึงร้อยละ 20 รองจากสาเหตุ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine Atony)²⁰ และหากการฉีกขาดของปากมดลูกไปถึงด้านใน (Internal os) ก็จะมีโอกาสทำให้เสียเลือดมาก และมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากแผลฉีกขาดได้ จึงควรรีบเย็บซ่อมแซมแผลฉีกขาดเพื่อลดอัตราการเสียเลือด²⁶ **การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or Precipitate**

of labor) มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 16.3 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย²⁷ ที่พบว่า การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or Precipitate of labor) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ (13.1% versus 0.4%, p -Value <0.001) ภาวะคลอดเร็ว คือการคลอดตั้งแต่ระยะเวลารอคอยจนถึงระยะคลอด < 3 ชั่วโมง เมื่อเกิดการคลอดเร็วเฉียบพลัน จะส่งผลทำให้เกิดมดลูกหดตัวได้ไม่ดี มีภาวะ Uterine atony จึงเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะตกเลือดหลังคลอด²⁸ **ภาวะรกค้าง (Retained Placenta)** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 18.5 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 0.0 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹ ที่พบว่า ภาวะรกค้าง(Retained Placenta) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ 95% CI 8.69-30.94 และสอดคล้องกับงานวิจัย^{29,14,17} ที่พบว่า ภาวะรกค้าง มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า p -Value<0.001, ร้อยละ 2.7 และ p -Value<0.001 ตามลำดับ ภาวะรกค้างคือภาวะที่รกไม่คลอดภายใน 30 นาทีหลังทารกคลอด กรณีที่รกคลอดช้าอาจเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น มดลูกไม่หดตัว (Uterine Atony) ปากมดลูกหดเกร็ง (Cervical cramp) หรือมีภาวะรกติดแน่น (Placental adherent) สำหรับมดลูกไม่หดตัว

(Uterine Atony) ปากมดลูกหดเกร็ง (Cervical cramp) รักษาโดยการล้วงรก ส่วนภาวะรกติดแน่น (Placental adherent) รักษาโดยการผ่าตัด เพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยเร็ว³⁰ **ประสบการณ์ผู้ทำคลอด (นักศึกษาพยาบาล, นักศึกษาแพทย์, พยาบาล)** มารดาจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 87 ซึ่งไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียง ร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับการทำคลอดโดยสูติแพทย์ สำหรับสูติแพทย์จะมีทักษะและประสบการณ์ในการทำคลอดหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล/แพทย์ จึงสามารถตัดสินใจในการรักษา การให้สารน้ำ การให้ยา ให้สารประกอบเลือด แก้ไขสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงมีประสบการณ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่า จึงทำให้พบเคสที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ทำคลอดโดยสูติแพทย์น้อยกว่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิชิน โชติปฏิเวชกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม ที่สนับสนุนการท้าววิจัย ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ปรึกษางานวิจัย และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva, World Health Organization. 2009.
2. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2001;4:CD001808.
3. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2005;105:290-3.
4. Perry E, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Winson D. Postpartum complications. In: Maternal child nursing care. 4 th ed. Maryland Heights, Mo.: Mosby Elsevier; 2010. p.576-85.
5. Murray SS, McKinney ES. Pain management during childbirth. In: Foundation of Maternal-newborn and women's health nursing. 6 th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2014. p. 278-82.

6. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Italy: WHO; 2012.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย(2563).วิเคราะห์สถานการณ์แม่ตาย ปีงบประมาณ 2562 (9 ม.ค.2563). Retrieved 1 March 2020 from http://hp.anamai.moph.go.th/eWtadmin/ewt/hp/ewt_dl_link.php?nid=2356
8. กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี.สถานการณ์มารดาเสียชีวิตเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ พ.ศ.2554-2564.
9. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE.
10. ห้องคลอดโรงพยาบาลโพธาราม.แบบรายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด.
11. Wibool R, Siriwan S, Sinart P, Saravut S. Risk Factors for Primary Postpartum Hemorrhage in Bhumibol Adulyadej Hospital. J Med Assoc Thai 2009;1586-90.
12. Waraporn T, Nuchsa E, Krittai T, Phichayut P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in a Thai-Myanmar Border Community Hospital: A Nested Case-Control Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021;18:4633.
13. Sijian L., Jinsong G., Juntao L., Jing H., Xiaoxu C., Jing H., Yabing T., Xinghui L., Yinli C., Xiaowei L., Xietong W. Incidence and Risk Factors of Postpartum Hemorrhage in China: A Multicenter Retrospective Study. Frontiers in Medicine 2021;8.
14. Solwayo N. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource Setting. International Journal of Women's Health 2016;8:647-50.
15. J. Beta et al. Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: cohort study: Ultrasound Obstet Gynecol 2019;54: 319 – 325.
16. นางเบญจมาภรณ์ จานทอง และคณะ. รายงานบททวนวรรณกรรม เรื่องการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก. งานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5.
17. Oliva B. et al. D Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case-control study. Nnabuike Chibuke Ngene, University of the Witwatersrand, SOUTH AFRICA
18. กำไล กาญจนคลอดและคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลโพธาราม. วิจัยรายงานแบบ R2R.
19. Françoise Vendittelli, Chloé Barasinski, Bruno Pereira, Didier Lémery. Incidence of immediate Postpartum hemorrhages in French maternity units: a prospective observational study (HERA study). Vendittelli et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16:242
20. สุภารัตน์ ชูรส, พย.ม. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล: Prevention Of Postpartum Hemorrhage: Nurse's Roles วารสารวิชาการแพทย์เขต 11; ปีที่ 33: ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2562.
21. Anna Sara Oberg MD. Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population based cohort: American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 210; Issue 3, March 2014: Pages 229.e1-229.e8.
22. Chad A G. Oxytocin exposure in women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony: Am J Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2012 Jan 1.

23. J.B.Ford.Increased postpartum hemorrhage rates in Australia: International Journal of Gynecology & Obstetrics Volume 98;Issue 3, September 2007:Pages 237-243.
24. Katherine Schott CNM.Early Postpartum Hemorrhage After Induction of Labor:Journal of Midwifery and Woman's Health. Volume53; Issue5 September-October 2008: Pages 461-466.
25. Michael S.et al.Risk Factors for Postpartum Hemorrhage:Can We Explain the Recent Temporal Increase;;AUGUST JOGC AOÚT 2011.
26. E Chandharan. Surgical aspects of postpartum haemorrhage: Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Volume 22; Issue 6, December 2008: Pages 1089-1102.
27. Eyal.S:Precipitate labor: higher rates of maternal complications:European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Volume 116; Issue 1,10 September 2004: Pages 43-47.
28. อุบล ศรีนากรุง พยม.การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู;Vol.26 No.3 September - December 2018 Udonthani Hospital Medical Journal.
29. Solwayo N.Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resourc. Setting. International Journal of Women's Health 2016;8:647-50.
30. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะรกค้าง (พ.ศ.2553).

ประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่

The Effectiveness of the Health Fund Operations of Sub-District Administrative Organizations in Krabi Province

(Received: September 23,2022 ; Accepted: September 28,2022)

อรุณศรี เทียนกิ่งแก้ว¹

ARUNSRI THIENKINGKEAW¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross- sectional descriptive research) โดยดำเนินการวิจัยระหว่าง กันยายน 2565 - มีนาคม 2566 เพื่อศึกษาการดำเนินงานกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการกองทุนตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) จังหวัดกระบี่ จำนวน 316 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 0.68) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านโครงสร้างคณะกรรมการ ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.83) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ด้านการจัดทำรายงาน ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.76) ด้านการกำกับติดตามประเมินผล ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.74) ด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการ ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.73) ด้านความรู้ความสามารถของคณะกรรมการ ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.72) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.78) อยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ พบว่า การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=0.889$) มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ, กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

Abstracts

This research was cross-sectional descriptive research conducted between September 2022 - March 2023 to study the operation of health funds at the local or local level. and to study the relationship between the management of the health security fund at the local or area level and the performance of

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

the health security fund at the local or area level in Krabi province. The sample group consisted of 316 members of the Sub-district Fund Committee of the Local Administrative Organization for the implementation of the Local or Area Health Security Fund (Sub-District Fund) in Krabi Province. Data were analyzed by descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics include an analysis of the relationship between the management of the health security fund at the local or local level and the performance of the health security fund at the local or local level in Krabi province.

The results of the research The implementation of the Health Security Fund at the local or local level in Krabi province as a whole was found to be at a moderate level ($\bar{X} = 3.65$, SD = 0.68). Board structure ($\bar{X} = 3.96$, SD = 0.83) was in a high level, followed by reporting ($\bar{X} = 3.76$, SD = 0.76) and monitoring and evaluation ($\bar{X} = 3.66$, SD. = 0.74) The Board's performance ($\bar{X} = 3.62$, SD = 0.73) The Board's knowledge and competence ($\bar{X} = 3.48$, SD = 0.72) The aspect with the lowest average was Roles and duties of the Board ($\bar{X} = 3.41$, SD = 0. 78) Moderate The relationship between the management of the health security fund at the local or area level and the performance of the health security fund at the local or area level in Krabi province was found that the management of the health security fund at the local or area level overall found that Positive correlation with health security fund performance at the local or local level in Krabi province ($r=0.889$). The correlation size was high.

Keywords: Effectiveness, local or area health insurance funds

บทนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีภารกิจตามกฎหมายที่จะสนับสนุนให้เกิดหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยให้ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ซึ่งหลากหลาย สปสช. ได้สนับสนุนให้เกิดกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) เพื่อทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวทางเพิ่มพลังให้ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนเป็นรายหัว ให้ประชาชนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พร้อมกับเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมการบริหารจัดการเงินกองทุน ฯ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม ความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ มาตรา 18 (9) และมาตรา 47 ที่กำหนดให้มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับบริการ ในการจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ให้มากขึ้น โดยการ จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพขึ้น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์ โดยดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ทั้งนี้ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นพบว่า บางปัญหาเริ่มคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น แต่บางปัญหาก็คงมีตั้งแต่ช่วงระยะเริ่มแรกมาจนถึงปัจจุบัน อาทิ ด้านศักยภาพของคณะกรรมการกองทุน พบว่า คณะกรรมการกองทุนขาดความพร้อม ไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุน เข้าประชุมไม่ครบตามเกณฑ์

ขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทอำนาจหน้าที่และวัตถุประสงค์ของกองทุนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลตลอดจนระเบียบของกองทุน¹ รวมทั้ง การบริหารจัดการด้านงบประมาณ ขาดความรู้ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพและงานด้านสาธารณสุข ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพได้ ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนหรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานกองทุน คือ ด้านศักยภาพของคณะกรรมการ²

จังหวัดกระบี่ เริ่มดำเนินงานตามนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเริ่มดำเนินการนำร่องในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จากการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนพบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีความตื่นตัวด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสนใจงานด้านสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเพราะเป็นงานที่ส่งเสริม คุณภาพชีวิตของประชาชน มีการทำงานแบบบูรณาการในรูปของเครือข่ายสุขภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสามัคคีและสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างภาครัฐและประชาชน ส่วนปัญหาอุปสรรค พบว่า ขาดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โครงการไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ของการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับอำเภอและจังหวัด³ ซึ่งที่ผ่านมาในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดกระบี่ได้มีกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเกิดขึ้นในหลายกิจกรรม เช่น โครงการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เกิด จากการที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้ประชุมปรึกษาหารือเพื่อ เสนอแนะปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ที่

คณะกรรมการกองทุนเห็นว่าสำคัญ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจึงถือเป็นตัวจักรที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตามแบบการประเมิน กระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการซึ่งกองทุนประเมินตนเองและผู้เกี่ยวข้องประเมินกองทุนเป็นการตรวจสอบการดำเนินงานว่ามีความครบถ้วน ถูกต้องตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ A + , A, B, C นั้นส่วนใหญ่เป็นเพียงการติดตามประเมินว่ามีการทำตามกิจกรรมที่เสนอไว้ตามแผนหรือไม่ รูปแบบการติดตามใช้การประชุมคณะกรรมการเป็นหลัก ส่วนการประเมินการตอบรับของประชาชนดูจากจำนวนคนเข้าร่วมโครงการโดยใช้รูปถ่ายเป็นหลักฐานหรือรายงานจากเอกสารเท่านั้น อย่างไรก็ตาม จังหวัดกระบี่นำแนวคิดการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกิดจากปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและกำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นแนวคิดที่ใช้กลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนและเมืององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ ในปี 2565 จำนวน 61 กองทุน⁴ การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นพื้นที่ (กองทุนตำบล) ที่ผ่านมายังไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ทำให้ทราบว่าการดำเนินงานนั้นมีประสิทธิผลเพียงใด หรือปัญหาอุปสรรคใดบ้าง

ดังนั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจึงเป็นกองทุนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้สมทบงบประมาณเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคและทั่วถึงในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ

และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่เข้ามาบริหารจัดการระบบสุขภาพร่วมกัน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยสามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชนสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเอง โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่⁵

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ เพื่อให้การใช้งบประมาณในด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตรงตามวัตถุประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ในจังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross- sectional descriptive research)

โดยดำเนินการวิจัยระหว่าง กันยายน 2565 - มีนาคม 2566

ประชากรที่ศึกษา จำนวน 316 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) จังหวัดกระบี่ จำนวน 61 แห่ง ประกอบด้วย 1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 61 คน 2. ผอ.รพ.สต. ในเขตที่ตั้งกองทุนฯ จำนวน 72 คน 3. ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 61 คน 4. ผู้แทน อสม. หรือผู้แทนหมู่บ้านแต่ละ 2 คน จำนวน 122 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นบุคคลที่อยู่ในวาระการดำรงตำแหน่งอยู่ในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในช่วงการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2565 – 31 มีนาคม 2566 2) เป็นผู้ที่ไม่มีความบกพร่องในด้านการรับรู้สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก 1. ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล 2. ไม่สมัครใจให้ข้อมูล และเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้างของคณะกรรมการ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ การดำเนินงานของคณะกรรมการ การกำกับ ติดตามประเมินผลและการจัดทำรายงาน ข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) แบ่งคะแนน 3 ระดับ⁶ คือ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และต่ำ (1.00-2.33)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ ประกอบด้วย การจัดการบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนหน่วยงาน สาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและ องค์กร การบริหารจัดการงบประมาณ ตามคู่มือการ ดำเนินงาน กองทุนสุขภาพขององค์การบริหารส่วน ตำบลเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) แบ่งคะแนน 3 ระดับ (Best John W, 1977) คือ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และต่ำ (1.00-2.33)

ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการ ปฏิบัติงาน ด้านการบริหารจัดการ และการบริหาร งบประมาณกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่องค์การบริหาร ส่วนตำบล จังหวัดกระบี่ เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบ อย่างอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สถิติเชิง อนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และผลการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัด กระบี่ เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรจาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) โดยกำหนดค่าความ เชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ได้หมายเลขรับรอง KBO-IRB 2022/05.0607

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.37 เพศชาย ร้อยละ 25.63 อายุเฉลี่ย 47.37 (S.D. = 8.56) ต่ำสุด อายุ 30 ปี สูงสุด อายุ 69 ปี ส่วนใหญ่อายุ ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 37.34 ส่วนใหญ่มีการศึกษา สูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.79 ตำแหน่ง ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 38.39 ประสบการณ์ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 34.18 ส่วนใหญ่ ตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 23.73

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.68) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านโครงสร้างคณะกรรมการ ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.83) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ด้านการจัดทำรายงาน ($\bar{X}$ = 3.76, S.D. = 0.76) ด้าน การกำกับติดตามประเมินผล ($\bar{X}$ = 3.66, S.D. = 0.74) ด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการ ($\bar{X}$ = 3.62, S.D. = 0.73) ด้านความรู้ความสามารถของคณะกรรมการ ($\bar{X}$ = 3.48, S.D. = 0.72) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ($\bar{X}$ = 3.41, S.D. = 0.78) อยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และผล การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ พบว่า การบริหาร จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ ในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผล การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=0.889$) มีขนาด ความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านโครงสร้างคณะกรรมการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=.755$) มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

ด้านความรู้ความสามารถของคณะกรรมการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=.738$) มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=.765$) มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

ด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=.784$) มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

ด้านการกำกับติดตามประเมินผลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=.797$) มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง

ด้านการจัดทำรายงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ($r=.877$) มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ	ขนาดความสัมพันธ์
โครงสร้างคณะกรรมการ	.755**	ระดับสูง
ความรู้ความสามารถของคณะกรรมการ	.738**	ระดับสูง
บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ	.765**	ระดับสูง
การดำเนินงานของคณะกรรมการ	.784**	ระดับสูง
การกำกับติดตามประเมินผล	.797**	ระดับสูง
การจัดทำรายงาน	.877**	ระดับสูง
ภาพรวม	.889**	ระดับสูง

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), P-value <0.05

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ งบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางล่าช้า ร้อยละ 100 จำนวนวงเงินงบประมาณกองทุนสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอในการดำเนินงานทำให้ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่มีจำนวนมาก ร้อยละ 90.42 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนงานโครงการยังมีน้อย ร้อยละ 65.96 ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการใช้งบประมาณและเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนสุขภาพร้อยละ

55.32 บุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงในการปฏิบัติงานกองทุนสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 50.00 เจ้าหน้าที่ไม่มีความชำนาญในการจัดทำกรายงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ 37.23 ความเข้าใจของคณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุน ฯ มีน้อย ร้อยละ 23.40 การประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกองทุนฯ ร้อยละ 19.14

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ ควรสนับสนุนงบประมาณให้ทันเวลา ร้อยละ 100 ควรเพิ่มจำนวนวงเงินรายหัวประชากร ร้อยละ 87.67 สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานร้อยละ 65.96 ควรลดขั้นตอนในการใช้งบประมาณและเบิกจ่าย ร้อยละ 60.27 อบรมเพิ่มทักษะเจ้าหน้าที่ในการจัดทำรายการงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ 47.94 และควรให้ความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 36.98

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.68) เนื่องจากองค์ประกอบด้านความรู้ความสามารถของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพยังขาดความรู้ความเข้าใจการรับรู้บทบาทหน้าที่ การดำเนินงาน และการกำกับติดตามประเมินผลของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับวรรณาทองแก้ว (2554)⁷ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของประชาชนในพื้นที่ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดยะลา ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการศึกษาที่พบว่า ความเข้าใจของคณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุน ฯ มีน้อย ร้อยละ 23.40 ควรอบรมเพิ่มทักษะเจ้าหน้าที่ในการจัดทำรายการงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ 47.94 และควรให้ความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 36.98

ความสัมพันธ์ระหว่างและผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน

สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ (r = 0.889 p -value < 0.01) โดยมีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายได้พบว่า เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านโครงสร้างคณะกรรมการ (r = 0.755) ด้านความรู้ความสามารถของคณะกรรมการ (r = 0.738) ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ (r = 0.765) ด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการ (r = 0.784) ด้านการกำกับติดตามประเมินผล (r = 0.797) ด้านการจัดทำรายงาน (r = 0.877) ทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ และมีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ อยู่ภายใต้หลักการแนวคิดของการบริหารจัดการให้สอดคล้องตามนโยบายการบริหารจัดการของพื้นที่ กล่าวคือ การดำเนินการกองทุน ดำเนินการโดยนายนโยบาย แผนการพัฒนา พันธกิจ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยมองว่าสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญการที่ชุมชนจะเข้มแข็งได้นั้นประชาชนจะต้องมีสุขภาพดีมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตโดยยึดหลักของความพอเพียงดังนั้นการจัดทำแผนสุขภาพของตำบล การออกแบบกิจกรรมด้านสุขภาพจะมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแล อาทิเช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น จึงสอดคล้องกับผลดำเนินการไปในทิศทางเดียวกับการพัฒนาตำบล สอดคล้องกับ นพดล พรหมรักษา (2559)⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่พบว่า ปัจจัยด้านกองทุนที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ งบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางล่าช้า จำนวนวงเงินงบประมาณกองทุนสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอในการดำเนินงานทำให้ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่มีจำนวนมาก การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนงานโครงการยังมีน้อย ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการใช้งบประมาณและเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนสุขภาพบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงในการปฏิบัติงานกองทุนสุขภาพไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ไม่มีความชำนาญในการจัดทำกรรณายางผลการดำเนินงาน ความเข้าใจของคณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุนฯ มีน้อย การประสานงานที่ีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกองทุนฯ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวันชัย สุราเสถียรกุล (2557)⁹ ที่ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า (1) คณะกรรมการบริหารกองทุนขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงาน (2) งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่าช้าไม่ทันในไตรมาสแรกและไม่เพียงพอต่อภาระงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งการจัดทำแผนงาน/โครงการโดยการมีส่วนร่วมจากประชาชนและชุมชนยังน้อย ข้อเสนอแนะ (1) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ขององค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่ควรมีการถอดบทเรียนจากกองทุนอื่นที่มีผลงานดีเด่นหรือที่ประสบความสำเร็จมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานและมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง (2) ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและหาแหล่งทุนในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อสร้างการรับรู้ สร้างแรงจูงใจและสร้างความเข้าใจของประชาชนในพื้นที่ต่อกองทุน เนื่องจาก ในระยะแรกของกองทุนส่วนใหญ่ การดำเนินงานของกองทุนส่วนใหญ่ฝากไว้กับคณะกรรมการ

ซึ่งบางแห่งยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน รวมทั้ง อบต.หรือเทศบาลบางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์การสมทบงบประมาณเข้ากองทุน และขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ²

ข้อเสนอแนะ

1. คณะทำงานพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ควรมีการกำกับติดตามสนับสนุนพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรับผิดชอบอย่างเพียงพอ
2. ควรสนับสนุนการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพขององค์กรชุมชนในพื้นที่ ทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
3. ควรมีผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพ ให้มีหน้าที่การจัดทำรายงานกองทุนสุขภาพอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและเหมาะสมกับความรู้ความสามารถอย่างชัดเจน และมีการพัฒนาศักยภาพในการรายงาน
4. ควรมีการทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนตำบล รวมถึงการมอบหมายงานให้สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล ในทุก ๆ ปี
5. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของในรูปแบบของการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนากการมีส่วนร่วมโดยอาศัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Shared Experience) ในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน แล้วสังเคราะห์เป็นกลวิธีในการดำเนินงานจริงในพื้นที่ และขยายผลหรือนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป
6. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกองทุนสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลตามขนาดของ อบต.

เอกสารอ้างอิง

1. ศรศักดิ์ บุญมั่น. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่นจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
2. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2550). การวิจัยนโยบายสาธารณะกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ ฯ พี เอ ลีฟวิ่ง.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2563). สรุปผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดกระบี่ ปี 2563. กระบี่.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2565). สรุปผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดกระบี่ ปี 2565. กระบี่.
5. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ. (2564). คู่มือระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. [อินเทอร์เน็ต]; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf.
6. Best, J.W. (1977). Research in Education. 3rd Ed., N.J.: Englewood Cliffs Prentice-Hall.
7. วรณา ทองกาแก้ว. (2554). การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของประชาชนในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดยะลา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. นพดล พรหมรักษา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่.
9. วันชัย สุราเสถียรกุล. (2557). ประสิทธิภาพการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วน ตำบลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11(3), 14-17.



การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

Developing a Management Model for The Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) with a Mechanism for Improving Quality of Life at the District Level Khon Sawan District Chaiyaphum Province

(Received: September 23,2022 ; Accepted: September 29,2022)

เกษมสุข กันชัยภูมิ¹
Kasemsuk Kanchaiyaphum¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 80 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูล โดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอ มีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานการควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง โดยดำเนินงานตามกระบวนการวงจร POER ประกอบด้วย การวางแผนดำเนินการจากการประมวลผลข้อมูลและการปรับปรุงวางแผนดำเนินการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) (2) โดยรูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพด้วยการสร้างเสริมความรู้ พัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน 2) การพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมโดยการสร้างข้อตกลงในการวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ การเฝ้าระวัง, การจัดการโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This action research The objective is to develop a management model for the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) by means of improving the quality of life at the district level. Khon Sawan District Chaiyaphum It uses a four-step operational research process, comprising planning, execution, observation and reflection. The sample group consisted of 80 people who are interested in or involved in the prevention of coronavirus disease 2019. The research tools consisted of Document analysis, questionnaires, in-depth interviews and group chat quantitative data analysis with The descriptive statistics were number, percentage, mean and standard deviation. The qualitative data segment analyzes the data. by classifying and grouping the data.

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

The results showed that District-level disease control operations centers have supervised and monitored the prevention and control operations of Corona 2019. People have the correct knowledge and behavior in preventing corona virus 2019 by operating according to the POER cycle process. From the data processing and improvement of the plan to manage the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) (2) by the management model of the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) with the mechanism The development of quality of life at the district level is divided into 2 areas: 1) capacity development through knowledge enhancement; Developing operational skills 2) Developing participant capacity by creating agreements for planning and monitoring surveillance operations. and continuous evaluation

Keywords: Surveillance, Disease Management, CORONAVIRUS DISEASE 2019

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019; COVID-19) อย่างรวดเร็วและกระจายไปหลายประเทศทั่วโลก เป็นเหตุให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ¹ ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสนี้จะมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยแสดงอาการตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อยได้แก่ คัดจมูก เจ็บคอ ไอและมีไข้ ในบางรายมีอาการรุนแรงปอดบวมหรือหายใจลำบากร่วมด้วย รายงานจากองค์การอนามัยโลกพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ร้อยละ 3.4 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการระบาดและความพร้อมของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิตสูงขึ้น รวมทั้ง ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ¹ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั่วโลกพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 222,406,582 ราย เสียชีวิต 4,592,934 ราย โดยมีทวีปอเมริกามีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด 85,726,113 ราย และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยสะสม 41,934,728 สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 1,338,550 ราย เสียชีวิต 13,731 ราย และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการกลายพันธุ์ของเชื้อโค

วิด-19 สายพันธุ์ “B.1.617” หรือที่ถูกเรียกว่า “โควิด-19 สายพันธุ์อินเดีย” ซึ่งเป็นสายพันธุ์เดลต้าที่มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอินเดียที่สามารถแพร่กระจายได้เร็ว ติดต่อดัง่ายจึงทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างได้เร็ว สำหรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 -12 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 354,010 ราย เสียชีวิต 25 ราย ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ COVID-19 จึงถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนจะต้องปฏิบัติตามมาตรการในการลดการระบาดของโรค COVID-19 อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชัยภูมิ พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 – 12 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 15,266 ราย และอำเภอคอนสวรรค์ พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 572 ราย² จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า การแพร่ระบาดในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิและจังหวัดอื่น ๆ ตรวจพบโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน (Omicron) และยังพบการแพร่ระบาดแบบกลุ่มก้อน (Cluster) ในพื้นที่ที่มีความแออัดและการกระจายตัวของผู้ติดเชื้อในหลายพื้นที่อย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดการติดเชื้อแบบกลุ่มก้อน (Cluster) ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งจังหวัดชัยภูมิได้มีคำสั่ง ที่ 10061 /2564 เรื่อง มาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) สำหรับพื้นที่เฝ้าระวังสูงของจังหวัด

ชัยภูมิลงวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เพื่อเป็นการบังคับใช้มาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) สำหรับพื้นที่เฝ้าระวังสูงของจังหวัดชัยภูมิ นั้นต่อมาได้มีข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 43) ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2565 และคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ 1/2565 เรื่อง พื้นที่สถานการณ์ที่กำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมและพื้นที่นำร่องด้านการท่องเที่ยว ตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2565 ที่ได้ปรับปรุงเขตพื้นที่สถานการณ์ ได้กำหนดให้จังหวัดชัยภูมิเป็นพื้นที่ควบคุม โดยที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในหลายประเทศทั่วโลกได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากปรากฏการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กลายพันธุ์สายพันธุ์โอมิครอน (Omicron) ที่สามารถแพร่กระจายได้เร็วและมีโอกาสทำให้ติดเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อื่น ขณะที่ประเทศไทยตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ดังกล่าวมากขึ้นเป็นลำดับ แม้ว่าการฉีดวัคซีนครอบคลุมกลุ่มประชากรในประเทศจำนวนมาก แต่สัดส่วนผู้ที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster dose) ยังมีจำนวนไม่มากพอและอาจเป็นความเสี่ยงต่อความมั่นคงของระบบสาธารณสุขหากเกิดการระบาดรุนแรงมากขึ้น จึงจำเป็นต้องกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ "เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าว โดยการปรับพื้นที่สถานการณ์และปรับปรุงมาตรการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มเติมจากข้อกำหนดและคำสั่งที่ได้ประกาศไว้ก่อนหน้านี้ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อเป็นการปรับปรุงการบังคับใช้มาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ด้วยการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพโดยการบูรณาการภารกิจ เครื่องมือและทรัพยากรของแต่ละภาคส่วนเข้าด้วยกัน ยกกระดานการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นเปลี่ยนจากประชาชนที่ตื่นตระหนกให้เป็นพลเมืองที่ ตื่นรู้และตระหนักในการดูแลตนเองครอบครัว สังคมและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยมาตรการต่างๆ ของรัฐบาล พร้อมทั้งร่วมกันปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวทาง "ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) จากภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคสังคม ผู้นำทางศาสนาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต้องร่วมพลังแสดงบทบาทร่วมรับผิดชอบและหนุนเสริมเพื่อช่วยเสริมมาตรการของรัฐอย่างเป็นระบบ ความเป็นเอกภาพในการรับมือสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่อาจนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่กระทบกับคุณภาพชีวิตอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1998)⁴ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

สายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์และบริบทในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 80 คน ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นคณะกรรมการ ศปค. ตามคำสั่งแต่งตั้ง ได้รับการยอมรับจากชุมชนและสามารถให้ข้อมูลและเป็นตัวแทนของคนในชุมชน 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามคุณสมบัติ (ผู้เคยป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้กักตัว ญาติผู้เสียชีวิต ผู้ประกอบการ ผู้ได้รับผลกระทบที่และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยเป็นกระบวนการถอดบทเรียน โดยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) และการจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group Discussion) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยกำหนดแนวทางและจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ องค์ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนใน

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความเกี่ยวข้องกับบุคคลในพื้นที่เสี่ยงจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยชนิด 3 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁵ ได้แก่ สูง (16 – 20 คะแนน) ปานกลาง (12 – 15 คะแนน) ต่ำ (1 – 11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และ ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลแบบพิสัย⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0.00-0.66) ระดับปานกลาง (0.67-1.33) ระดับสูง (1.34-2.00)

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้านความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องและ ความชัดเจนของคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา ทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมด (Index of item objective: IOC) และปรับแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ .86 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับประชาชนที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient)⁷ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้ววางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงาน

1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

1.2 ทบทวนบทบาทหน้าที่คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ

1.3 จัดประชุมคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ โดยการจัดวงปรึกษาหารือในการจัดการโรค COVID-19 ซึ่งเป็กรกสำคัญทำหน้าทีประสานภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอให้เข้ามาร่วมกันหาหรือถึงมาตรการทางสังคมช่วยหนุนเสริมการดำเนินงานของกลไกหน่วยงาน ภาครัฐ รวมถึงกำหนดแนวทางการสนับสนุนการจัดวงปรึกษาหารือระดับตำบล และการเป็นจุดประสานการทำงานระหว่างระดับจังหวัดและระดับตำบล ให้เกิดการส่งผ่านข้อมูล ความรู้ และผลการดำเนินการ

1.4 กำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

2. ขั้วปฏิบัติการ ดำเนินการตามแนวทางและแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในขั้วที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การจัดวงปรึกษาหารือในการจัดการโรค COVID-19 Mini EOC ระดับอำเภอ

2.2 การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.3 การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรค COVID-19

2.4 พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคในระดับอำเภอ/ตำบล

2.5 การสร้างการรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ขั้วการติดตามและประเมินผล

3.1 ประเมินผลกระทบของการจัดการแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง และสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและสะท้อนผลของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอในแต่ละระยะของการวิจัย

3.2 สรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4. ขั้วการปรับปรุง

การสะท้อนผลการปฏิบัติงานการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยการถอดบทเรียน วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนจากข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการปฏิบัติและปรับปรุงร่วมกัน เพื่อหาทลวิธีในการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบ การสะท้อนการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำเกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรรื่นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงและกระชับให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่เป้าหมายไว้

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1. ศึกษาสภาพการณ์และบริบทในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 68 ปี มีอายุเฉลี่ย 54 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.25 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.75 สถานภาพสมรส ร้อยละ 81.25 รายได้อยู่ระหว่าง 3,000 - 6,000 บาท ต่อ เดือน ร้อยละ 61.25 การรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด 19 ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 การติดตามข้อมูลการระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 86.25 เคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 17.5 รับรู้ข่าวสารของโรคโควิดจากทางโทรทัศน์ ร้อยละ 96.25 รองลงมา คือ จากการแชร์

ผ่านโทรศัพท์ ร้อยละ 91.21 และ จากบุคลากรทาง
การแพทย์ ร้อยละ 88.75

2. การศึกษาสภาพการณ์ ก่อนการพัฒนา
สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ของ
อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เกิดการระบาดจาก
การนำเชื้อจากนอกชุมชนเข้ามาผ่านการเดินทางกลับ
ภูมิลำเนา หรือการเดินทางขนส่ง มีวิถีชีวิตแบบการ
พึ่งพาอาศัยกัน ในชนบททำให้เกิดการแบ่งปันสิ่งของ
การรับประทานอาหารร่วมกันและการลงแขกช่วยเหลือ
กันในการทำงาน จากการทบทวนรายงานสอบสวนโรค
และข้อมูลผู้ป่วยและ Dead case conference พบว่า
ผู้เสียชีวิตไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ผู้เสียชีวิตเป็น
กลุ่ม 608, ผู้เสียชีวิตติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัว
ผู้เสียชีวิตเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงญาติในการใช้
ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยร้อยละ 72.02 ติดเชื้อจากคนใน
ครอบครัว ผู้ป่วยร้อยละ 79.76 มีเครื่องมือสื่อสาร
ผู้ป่วยร้อยละ 42.86 มีอาชีพนักเรียน, ผู้ป่วยร้อยละ
19.64 เป็นผู้ส่งสินค้าเดินทางออกนอกพื้นที่, ผู้ป่วย
ร้อยละ 35.71 ต้องพึ่งพาการรับข่าวสารจากบุคคลอื่น
ผู้ป่วยร้อยละ 20.83 ต้องการความช่วยเหลือขึ้น
พื้นฐานจากหน่วยงานรัฐ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)
ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ
คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

1. การแก้ไขปัญหาโดยชุมชนจัดลำดับ
ความสำคัญของปัญหาที่ชุมชนต้องการแก้ไข พบว่า
ประชาชนให้ความสำคัญกับโรค COVID-19 เป็นลำดับ
แรกเนื่องจากเป็นโรคอันตราย และเป็นเรื่องใกล้ตัวที่
เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต จากการระดมความคิด
เห็นตามขั้นตอนที่ 1 การวางแผน พบว่า ปัญหา
เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ที่ชุมชนให้ความ
สนใจ ได้แก่ ประชาชนขาดความรู้ในการจัดการโรคโค
วิด19 และมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม
ปัญหาการติดเชื้อในสถานศึกษา การไม่ได้รับวัคซีน
ในกลุ่ม 608, ขาดการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง
กลุ่มเป้าหมายขาดความตระหนัก, ขาดมาตรการการ
ป้องกันโรคโควิด19 ที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

ชุมชนมีความเห็นร่วมกันเพื่อดำเนินการแก้ปัญหา
ได้แก่ การรณรงค์สร้างความตระหนักในการป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ตามแนวทางใหม่ สร้าง
มาตรการชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อที่สอดคล้อง
กับบริบทพื้นที่ อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสื่อสารความ
เสี่ยง การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศด้านสุขภาพ การ
ให้ความรู้เด็กนักเรียนในการป้องกันการติดเชื้อใน
โรงเรียนและสร้างมาตรการการป้องกันการติดเชื้อใน
สถานศึกษา

2. ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
พบว่า ชุมชนมีรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโร
นา2019 มีการใช้คำสอดคล้องเป็นรูปแบบการป้องกัน
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ในยุควิถีชีวิตปกติ
รูปแบบใหม่ ของตำบลศรีโพธิ์เงิน คือ “ผู้นำบอกกล่าว
อสม.ข่าวจริง ไม่ทิ้งมาตรการ ผลักดันฉีดวัคซีน” โดยมี
การดำเนินการ ได้แก่ (1) การประชาสัมพันธ์ การ
รณรงค์เสียงตามสายเพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกัน
การติดเชื้อโดยผู้นำชุมชน อย่างน้อยสัปดาห์ละ1ครั้ง
(2) มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชน อสม.
เรื่องการใช้อุปกรณ์สารสนเทศ เทคโนโลยีในยุควิถีชีวิต
ปกติรูปแบบใหม่ (Next Normal) (3) การสร้าง
มาตรการชุมชนและปรับมาตรการการป้องกันโรคใน
ชุมชนอย่างต่อเนื่อง มาตรการชุมชนมีดังนี้ มาตรการ
การเว้นระยะห่างในงานพิธีต่างๆในชุมชน, มาตรการใช้
เทคโนโลยีติดตามผู้ป่วยเพื่อการกักตัวและการดูแล
ผู้ป่วย, มาตรการการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับ
ผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาตรการ
การคัดกรองผู้เข้าร่วมงานในชุมชน การส่งเสริมการจัด
อ่างล้างมือและหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ,
มาตรการออกตรวจร้านค้า ร้านอาหารให้ได้มาตรฐาน
ตาม COVID Free setting สนับสนุนมาตรการง
ลูกบ้านวัคซีน และมาตรการการคัดกรองและป้องกัน
การติดเชื้อในสถานศึกษา (4) การกระตุ้นและคืน
ข้อมูลให้กับชุมชนในการช่วยกระตุ้นให้ผู้ที่ไม่รับวัคซีน
เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด19 การเยี่ยมบ้านและให้
คำแนะนำเรื่องการฉีดวัคซีน โดยอาสาสมัคร
สาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพสต.) และผู้นำชุมชน การให้จดติด

หน้าบ้านในหลังคาเรือนที่สมาชิกได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบทุกคน

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

3.1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าภาคีเครือข่ายและตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การกำหนดแผนงาน โครงการ การปฏิบัติตามมาตรการร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมร่วมกันและร่วมในการประเมินผลสะท้อนข้อมูล

3.2 สถานการณ์การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน พบว่าทั้งก่อนและหลังดำเนินการยังมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน แต่การควบคุมการระบาดทำได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ความวิตกกังวล

หรือความกลัวของชุมชนลดลง การระบาดไม่แพร่กระจายเป็นวงกว้าง เกิดกองทุนสำหรับการช่วยเหลือกันในชุมชน มีการสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจหาเชื้อและอุปกรณ์ป้องกันและมีอุปกรณ์สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคอย่างทั่วถึง

3.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) สูงกว่าก่อนการใช้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($n = 80$)

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	14.25	1.35	18.18	1.19	19.532	.000 *
พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	28.13	3.54	34.28	2.21	13.181	.000 *

* $p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยกำหนดแนวทางและจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยนำกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีประกอบด้วย 1) การถกปัญหา (ORID Method) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop method) 3) การวางแผนปฏิบัติการ (Action planning method) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ องค์ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) จากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ พบว่าผู้รับผิดชอบงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นพื้นที่วิจัย ได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน จะเห็นได้จากการสะท้อนความรู้สึกร่วมจากการสัมภาษณ์ และการสังเกต โดยเริ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข โดย เครือข่ายระดับพื้นที่ ภายใต้กระบวนการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยรูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อำเภอคอนสวรรค์ ด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัจจุบันและปัญหา

การดำเนินงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ร่วมกับการทบทวนบทบาทหน้าที่คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับอำเภอ โดยประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดการโรค COVID-19 ซึ่งเป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่ประสานภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ เพื่อกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรค COVID-19 ร่วมกับพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคในระดับอำเภอ/ตำบล และการสร้างการรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และสันติ ทวยมีฤทธิ์ (2564)⁸ ที่พัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา ในด้านการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้ (1) Plan เช่น การวางแผนการค้นหารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น (2) Do เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาวิธีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ (3) Check เช่น ตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น (4) Act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบเพื่อออกแบบและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของของ ระนอง เกตุดาว และคณะ (2564)⁹ ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่า ผู้นำระดับตำบลและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความเข้มแข็ง มีเอกภาพ มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร

สารสนเทศ ความรู้ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย COVID-19 Watch out ที่มี คุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา สามารถใช้ในการ บริหารจัดการปัญหาในสถานการณ์ฉุกเฉินเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิดของ Majdouline Mhalla (2563)¹⁰ ที่กล่าวว่า การเพิ่มศักยภาพในองค์กรให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันในสภาวะวิกฤตถือเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างหนึ่งสิ่งที่จะคอยควบคุมทุกอย่างให้ เป็นไปในแบบแผนเดียวกันก็คือการแบ่งงาน และกำหนดอำนาจในการตัดสินใจให้ชัดเจน แบ่งให้ชัดเจน ใครตัดสินใจโดยทางที่ดีที่สุดควรมีคนตัดสินใจเพียงคนเดียวในเรื่องนั้น ๆ และมีแนวทางการดำเนินการในการจัดประชุมหัวหน้าที่มีผลลัพท์เป็นหลักให้ทุกคนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น เพื่อให้การประชุมเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา รับรู้ความเป็นเจ้าของ การวางแผนการแก้ปัญหาและสามารถสร้างรูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามบริบทของชุมชนได้ สร้างโอกาสให้แกนนำชุมชนและตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ รับรู้โอกาสและข้อจำกัดที่มีประกอบกับมีการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายต่างๆในชุมชน หลังการดำเนินการพบว่าชุมชนตำบลศรีโพธิ์เงินมีรูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แกนนำชุมชนและตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ใช้ทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้สามารถวิเคราะห์วางแผนดำเนินการและติดตามประเมินผลการแก้ไข ปัญหาของชุมชนเกิดความสามัคคีช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ร่วมกิจกรรมและเกิดประโยชน์แก่ชุมชน¹¹

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) สูงกว่าก่อนการใช้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ซึ่งรูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสร้างความตระหนักให้ประชาชนในหมู่บ้านให้เฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้านในการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ให้ หมั่นล้างมืออย่างสม่ำเสมอด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งที่สัมผัสจุดเสี่ยง สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน รับประทาน อาหารสุกและผ่านความร้อนทุกครั้งที่ได้รับประทานและหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้คนที่แออัด ส่งให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จะเห็นได้ว่า รูปแบบรูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า ผู้บริหารระดับอำเภอให้ความสำคัญสนับสนุนส่งเสริมการควบคุมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง อาทิ นายอำเภอคอนสวรรค์ที่ตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดให้มีมาตรฐานคำสั่ง ประกาศต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีแนวทางในการยึดถือปฏิบัติร่วมกัน นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนต่างให้ความสำคัญด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

- 1.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่อื่น หรือใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหรือป้องกันโรคอื่นๆในชุมชน
2. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาที่ยาวนานขึ้นเพื่อการประเมินผลที่ต่อเนื่อง นำไปสู่การปฏิบัติในระยะยาว
- 3.ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค ในกรณีการปรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019เป็นโรคประจำถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. [cited 2021 September, 5]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงานสรุปผลสถานการณ์การระบาดของเชื้อ- ไวรัสโคโรนา 2019. ชัยภูมิ: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ; 2564.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 64 ของประเทศไทย. (ปรับปรุงครั้งที่ 2).กรมควบคุมโรค, นนทบุรี.
4. Kemmis, & Wilkinson, M. (1998). Participatory action research and the study of practice. In B. Atweh.
5. 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 Company .

6. Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
7. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ:ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
8. ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล และสันติ ทวยมีฤทธิ์ (2564) ที่พัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา .วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(3), 490- 499.
9. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, และ ภาสินีโทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัส โคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(1) [เข้าถึงเมื่อ 27 ตุลาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: file:///D:/Downloads/9845-Article%20Text-14863-1-10-20210302. pdf
10. Majdoutline Mhalla. (2020). The Impact of Novel Coronavirus (Covid-19) on the Global Oil and Aviation Markets. Journal of Asian Scientific Research, 10(2), 96-104.
11. กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์สิริโสภณ. (2564).การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 32(1); 189 - 204.



ผลของการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19
โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
Effective of The Participatory Empowerment in Preventing the spread of Covid 19
at Uttaradit Rajabhat University Demonstration School.

(Received: September 23,2022 ; Accepted: September 29,2022)

ชาญณรงค์ ปุรินทรภิบาล¹
Channarong Purinthapibal¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จำนวน 40 คน โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน โดยกลุ่มตัวอย่างร่วมกันค้นหาปัญหาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม สรุปปัญหาและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค Covid 19 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและฝึกปฏิบัติจริง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า การเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรค Covid 19 การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ควรนำวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 รับรู้พลังอำนาจของตนเองให้มีความสามารถในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 ต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมพลังอำนาจ, การรับรู้ความสามารถตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19

Abstract

The purpose of the study was to investigate the effect of participatory empowerment in Covid - 19 epidemic prevention on self – efficacy and health behaviors in preventing the spread of Covid – 19 among primary school student 5 at Uttaradit Rajabhat University Demonstration School, totaling 40 people. The participatory empowerment program in the prevention of Covid – 19 epidemic according to the Gibson empowerment process (Gibson, 1995). The sample groups searched for problems, exchanged opinions and experiences, and decided to choose the appropriate behavioral practice. Summary of problems and practices for preventing COVID-19, maintaining effective practice and practicing for 4 weeks. Data were collected by questionnaires. Analyze the data with descriptive statistics and t - test.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

The results showed that Empowering students to raise awareness about COVID Self-efficacy and health behaviors in preventing the spread of COVID-19 among elementary school students after the experiment were statistically significantly better than before ($p < .05$).

Recommendations from research results Empowerment methods should be applied to encourage elementary school students to recognize their own power. to have the ability to continue to prevent the spread of COVID-19

Keyword: empowerment, self – efficacy, participatory, spread of covid 19

บทนำ

โรคติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เมื่อรับเชื้อโควิด 19 (COVID-19) เข้าสู่ร่างกายจะมีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว¹ จากการศึกษาติดต่อผ่านลมหายใจหรือสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ สูญเสียการรับรสและกลิ่น บางรายไม่มีไข้ แต่มีอาการเยื่อตาอักเสบ มีผื่นคล้ายลมพิษหรือตุ่มน้ำขึ้นตามลำตัว ในรายที่อาการรุนแรงมีอาการปอดบวมอักเสบ หายใจล้มเหลวหรืออวัยวะอื่นๆ ล้มเหลวร่วมด้วย จนกระทั่งภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตและเสียชีวิตได้ จากสถิติวันที่ 23 มีนาคม 2564 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ติดเชื้อทั่วโลก 123,431,702 คน เสียชีวิต 2,722,047 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ จำนวน 28,277 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 32 คน และเสียชีวิต 92 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น² จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้สถานศึกษาดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด 19 ด้วยการส่งเสริมให้เด็ก ผู้ปกครอง ครูและบุคลากรในโรงเรียนมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 1) ครูหรือผู้ดูแลเด็กควรมีสภาพที่ดีและความรู้ที่เหมาะสม โดยครูหรือผู้ดูแลควรได้รับการอบรมความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้นำความรู้มาใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม 2) การบริหารจัดการ โดยผู้บริหารควรสนับสนุนในเรื่องนโยบาย

และแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค เพื่อสนับสนุนให้สถานศึกษาปลอดโรค 3) สภาพแวดล้อมดี โดยจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่สะอาด สะดวกและปลอดภัยต่อการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งหลักการสำคัญที่นำไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 สำหรับเด็ก ครูหรือผู้ดูแล ผู้ปกครอง และบุคลากรในโรงเรียน³ อย่างไรก็ตาม ผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครอง และบุคลากรของสถานศึกษาต้องปรับตัวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่ “New Normal” เน้นการปฏิบัติภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้นักเรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพและปลอดภัยจากโรคโควิด 19 สอดคล้องแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 โดยเน้นความสอดคล้องกับบริบทของโรงเรียนและเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นักเรียนและครู บุคลากรสามารถดำรงชีวิตด้วยความปลอดภัย เนื่องจากโรงเรียนมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ถ้าระบบการจัดการไม่ถูกต้อง อาจส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในกลุ่มเด็กวัยเรียน โดยการติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงค่อนข้างน้อย หากมีการระบาดโรคโควิด 19 ในกลุ่มเด็กวัยเรียนจะส่งผลกระทบต่อในสังคมหรือผู้ใกล้ชิด เช่น ครู พ่อแม่ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 จากเด็กวัยเรียน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล เนื่องจากการสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม จากการทำกิจกรรมร่วมกันในการที่

จะจัดการกับชีวิตของตนเองผลลัพธ์ของกระบวนการนี้ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองที่จะจัดการกับปัญหาหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เป็นภาวะที่คนมีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตนและสามารถพึ่งตนเองได้⁴ และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ (Preventive behaviors) เป็นการกระทำของบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะทางสุขภาพด้วยการป้องกันอันตรายจากโรค อุบัติเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลดโอกาสของการเกิดโรค พฤติกรรมการป้องกันการติดต่อโรคโควิด 19 เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่พึงกระทำ เมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่สามารถหยุดยั้งการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อคือหยุดยั้งไวรัสที่ถูกปล่อยออกมา⁵ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นจิตสำนึกของบุคคล เนื่องจากความตระหนักเป็นสิ่งที่บ่งบอกคุณภาพหรือสถานะของการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้และความเข้าใจว่ามีกำลังมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นหรือมีอยู่จริง⁶ เพื่อนำความรู้หรือการรับรู้ความจริงหรือสถานการณ์ในการจัดการกับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินของตนเอง นอกจากนี้ การป้องกันโรคยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่งดเว้นการกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรค รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นในกรณีที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้วและการป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำอีกในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว⁷ ปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม⁸ ที่เชื่อว่าพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างผสมผสานกันจนยากแก่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีลักษณะความสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกันระหว่าง 3 ปัจจัยได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา ความรอบรู้ทาง

สุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง 2) ปัจจัยเชิงสภาพแวดล้อม เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู และ 3) ปัจจัยเชิงพฤติกรรม จากกระบวนการความสัมพันธ์ของทั้งสามองค์ประกอบนี้แสดงให้เห็นว่าหากองค์ประกอบใดประกอบหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลให้องค์ประกอบอื่นเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁴ มาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร่วมกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 รับรู้และตระหนักยอมรับ วิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาโรคโควิด 19 ที่ตนเองเผชิญอยู่ได้ (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ใช้ความสามารถของตนเองในการคิด พิจารณาไตร่ตรองทำความเข้าใจกับสถานการณ์ด้วยการปฏิบัติจริง (3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขึ้น และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมโดยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 บันทึกการปฏิบัติงานลงในสมุดบันทึกด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและหลังได้รับ

การเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรค Covid 19

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 ในสถานศึกษา: โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ จำนวน 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรนำศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ จำนวน 207 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิตและฮังเกอร์⁹ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 1.77 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 1 ห้อง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ นักเรียนย้ายโรงเรียนในระหว่างการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชุด คือ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ (2) โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจสำหรับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามการศึกษามูลของโปรแกรมสร้างเสริม

สุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ
ในนักเรียน โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยชนิด 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (0 คะแนน) เกณฑ์ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 แบ่งเป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์ของบลูม¹⁰ ได้แก่ สูง (15 – 18 คะแนน) ปานกลาง (11 – 14 คะแนน) ต่ำ (1 – 10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ตัวเลือก คะแนนการรับรู้ทางบวก คือ ทำได้เป็นประจำ (4 คะแนน) ทำได้เกือบทุกครั้ง (3 คะแนน) ทำได้เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ทำได้น้อยครั้งที่สุด (1 คะแนน) และคะแนนการรับรู้ทางลบตรงกันข้ามกับคะแนนการรับรู้ทางบวก ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ได้แก่ สูง (มากกว่า 58 คะแนน หรือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (43 – 57 คะแนน หรือ ร้อยละ 60 - 79) ต่ำ (น้อยกว่า 42 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ตัวเลือก คะแนนการรับรู้ทางบวก คือ ทำได้เป็นประจำ (4 คะแนน) ทำได้เกือบทุกครั้ง (3 คะแนน) ทำได้เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ทำได้น้อยครั้งที่สุด (1 คะแนน) และคะแนนการรับรู้ทางลบตรงกันข้ามกับคะแนนการรับรู้ทางบวก แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ได้แก่ สูง (มากกว่า 48 คะแนน หรือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (25 – 47 คะแนน หรือ ร้อยละ 60 - 79) ต่ำ (น้อยกว่า 25 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60)

2. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจนักเรียน

ผู้วิจัยประยุกต์โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ โดยการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁴ เป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจนักเรียนประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) กิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ สร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้และการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดโควิด 19

สัปดาห์ที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) กิจกรรมเล่าสู่กันฟังกลุ่มตัวอย่างถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับโดยปฏิบัติจริงและเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติในการล้างมือ การสวมแมส การเก็บแมส การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ของตนเองและตรวจสอบความถูกต้องรวมถึงสามารถเล่าประสบการณ์ที่ถ่ายทอดให้กับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวได้

สัปดาห์ที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) กลุ่มตัวอย่างพัฒนาตามข้อเสนอแนะและถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับผ่านคลิปวิดีโอร่วมกับผู้ปกครองและตรวจสอบความถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) กิจกรรมพันธะสัญญาใจ

สัปดาห์ที่ 5 ประเมินผลความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมนักเรียน (สัปดาห์ที่ 5)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยชุดแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เท่ากับ .84 นำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงเรียนเทศบาลวัดหนองผา วิเคราะห์ความเชื่อมั่นการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และ .94 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เพื่อพิจารณารับรองการทำวิจัย เลขที่ UHPO REC 0013/65

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สุนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 เพศชาย ร้อยละ 42.5 อายุ 10 ปี ร้อยละ 65.0 อายุ 11 ปี ร้อยละ 35.0

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.5 หลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.0 และภายหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ดีวก่อนการทดลอง ($t = 13.348, p < .05$) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า หลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ดีวก่อนการทดลอง ได้แก่ แสงแดดไม่สามารถฆ่าเชื้อ COVID ได้ การสวมหน้ากากอนามัยช่วยป้องกันการติดเชื้อ COVID 19 ระยะฟักตัวเฉลี่ยตั้งแต่รับเชื้ออยู่ที่ 5-6 วันแต่อาจนานถึง 14 วัน ผู้ติดเชื้อ COVID 19 จะเริ่มแพร่เชื้อให้คนอื่นได้เมื่อเริ่มใช้ กรณีที่มีมือเปื้อนสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น น้ำลาย น้ำมูก เสมหะควรล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ที่สามารถฆ่าเชื้อ COVID 19 ต้องมีปริมาณแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70 % ($p < .05$) แต่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อาการของโรคโควิด 19 การล้างมือเมื่อสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้อื่นด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 -2 เมตร และไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ช้อนส้อม และการทำความสะอาดใต้และเก้าอี้ของตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.0 หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.0 หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 4.774$ $p < .05$) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ สามารถวัดอุณหภูมิด้วยตนเอง และการล้างมือ 7 ขั้นตอน การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ของโรงเรียนและแนะนำวิธีการป้องกันการแพร่ระบาด COVID 19 ได้ การเฝ้าระวังผู้สูงอายุจากการติดเชื้อ COVID 19 เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อ COVID 19 จากตนเองได้ และการฉีดวัคซีน COVID 19 จะลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ COVID 19 ($p < .05$) แต่การรับรู้ที่ไม่ควรถอดหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ทำความสะอาดโต๊ะ เก้าอี้ของตนเอง และอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกันได้ การสวมหน้ากากอนามัยให้ครอบปาก และจมูก ไม่ให้มีช่องว่างระหว่างใบหน้าถือว่าถูกต้อง และบอกผู้อื่นเสมอเมื่อไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่สัมผัสมือ กอดกับเพื่อน เตรียมแก้วน้ำ และอุปกรณ์ส่วนตัวมาใช้ที่โรงเรียน การอบรมให้ความรู้ ทำให้นักเรียนสามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID 19 ได้ ผู้ติดเชื้อ COVID 19 จะเริ่มแพร่เชื้อทำให้คนอื่นติดได้เมื่อเริ่มมีอาการไข้ มีมือเปื้อนสารคัดหลั่งผู้ป่วย เช่น น้ำลาย น้ำมูก เสมหะ ควรล้างมือด้วยแอลกอฮอล์

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนการทดลองพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.5 หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.7 (ตารางที่ 1) หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 3.376$, $p < .05$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สูงกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ การล้างมือถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ทุกครั้ง ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาทีหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70 %) หลังเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารที่เพิ่มปรุงสุกใหม่ ๆ ด้วยความร้อนรักษาระยะห่างจากเพื่อน 1-2 เมตร ปฏิบัติตามมาตรการของโรงเรียนเกี่ยวกับการป้องกัน COVID 19 อย่างเคร่งครัด ($p < .05$) แต่การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70 %) หลังหยิบจับของที่ใช้ร่วมกัน การนำมือมาป้ายตา จมูกหรือปาก ไม่ใช่สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ไม่ถอดหรือเปิดหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับเพื่อน หลีกเลี่ยงการเข้าสถานที่ที่มีคนพลุกพล่านและแออัด ตรวจวัดอุณหภูมิ ที่จุดคัดกรองก่อนเข้าโรงเรียน ไอ/จาม จะหันหน้าออกจากผู้คน และปฏิบัติตามมาตรการของโรงเรียนเกี่ยวกับการป้องกัน COVID 19 อย่างเคร่งครัด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้โรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	X	SD.	X	SD.		
ความรู้โรคโควิด 19	14.22	1.65	17.10	1.00	13.348	.000 *
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	58.00	6.19	61.62	5.60	4.774	.000 *
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	47.43	6.20	50.72	5.55	3.376	.002 *

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมากและดีขึ้นภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁴ ประกอบด้วย (1) การค้นพบสภาพการณ์จริงโดยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 รับรู้และตระหนักรับรู้ วิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาโรคโควิด 19 ที่ตนเองเผชิญ (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณด้วยการใช้ความสามารถของตนเองในการคิดพิจารณาไตร่ตรองทำความเข้าใจกับสถานการณ์ด้วยการปฏิบัติจริง (3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมที่เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขึ้น และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยวรรณ์ (2563)¹¹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคอยู่ในระดับมากนั้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำทุกวันและเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคจากสื่อหรือมาตรการป้องกันของหน่วยงานภาครัฐหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนที่ดีในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน การปิดปาก จมูก เวลาไอหรือจาม และการทำความสะอาดมือบ่อย ๆ ด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่ร้อยละ 95 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีความตระหนักรู้ในการป้องกันตนเองและส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร บาร์ศรี และคณะ (2563)¹² ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนที่ดี เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำเมื่อต้องออกนอกบ้าน ซึ่งการส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ ทักษะคิดและสามารถ

ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเรียนรู้สุขศึกษาซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้นักเรียนได้เรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคโควิด 19 เช่นเดียวกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดมาตรการ D-M-H-T-T-A เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เว้นระยะระหว่างบุคคลหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น (Distancing: D) สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา (Mask wearing: M) ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ (Hand washing: H) ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้ารับบริการเพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการที่อาจไม่สบาย (Temperature: T) ตรวจหาเชื้อโควิด 19 (Testing: T) และติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง (Application: A) ส่งผลการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมากและดีขึ้นภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารจากทางสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ นอกจากนี้ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายมากขึ้น โดยเฉพาะทางสื่ออินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย (Social media) ที่มีสื่อหลากหลายรูปแบบทั้งอินโฟกราฟิก (Infographic) วิดีทัศน์ ภาพเคลื่อนไหว เป็นต้น สื่อหลากหลายรูปแบบเหล่านี้เป็นที่ดึงดูดความสนใจของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ทำให้สนใจศึกษาข้อมูลข่าวสารโรคโควิด 19 มากขึ้นและส่งผลให้มีการรับรู้ในระดับมาก ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 สูงกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ การล้างมือถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ทุกครั้ง ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70 %) หลังเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารที่เพิ่มปรุงสุกใหม่ ๆ ด้วย

ความร้อน รักษาระยะห่างจากเพื่อน 1-2 เมตร ปฏิบัติตามมาตรการของโรงเรียนเกี่ยวกับการป้องกัน COVID 19 อย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งหากมีการระบาดในกลุ่มเด็กวัยเรียน จะมีผลกระทบในสังคมหรือผู้ใกล้ชิด เช่น ครู พ่อแม่ ผู้สูงอายุ ที่ติดเชื้อจากเด็ก ดังนั้น หากมีการเปิดเรียน มีโอกาสสูงที่จะเกิดการติดเชื้อในกลุ่มเด็ก เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเด็กเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลและระมัดระวังในการกระจายเชื้อ เป็นอย่างมาก มาตรการในการเปิดเทอม จึงมีความสำคัญมากในการควบคุมการระบาด การวางแผนเปิดเทอมจึงต้องมั่นใจว่า สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในเด็กนักเรียนได้¹³

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 รู้สึกต่อคุณค่าของตนเอง ตระหนักต่อความสามารถของตน และส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก และดีขึ้นภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ิบสัน⁴ ความรู้สึกมีความสุขในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าได้ทำหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ รู้สึกว่าคนอื่นให้การยอมรับ มีแรงจูงใจภายในตนเอง องค์ประกอบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลมีพลังอำนาจใน

ตนเอง เมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เหมาะสม จึงสนับสนุนให้บุคคลได้แสดงบทบาทตามศักยภาพ ที่นำมาซึ่งความสำเร็จและความภาคภูมิใจในตนเองในความสามารถของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถคิดวิเคราะห์ปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้นควรมีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านอื่นๆ เช่น บุหรี่ สารเสพติด โดยเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางพัฒนาเพื่อให้สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

2. สามารถนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

3. ควรศึกษาติดตามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะยาว รวมทั้งการประเมิน ความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 หลังได้รับการเสริมพลังอำนาจใน ระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. อุทิศ สุภาพ. (2565). มาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 COVID-19. ค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565, จาก https://www.matichon.co.th/article/news_2073848
2. กรมควบคุมโรค. (2565). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
3. มนธิชา ทองหัตถา. (2564). สภาพการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของครูกลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ โรงเรียนปากพั่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารละติจูด มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี 5(1), 43 – 51.
4. Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs, 21(6), 1201-1210.

5. Centers for Diseases Control and Prevention. (2020). Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html> revise.
6. Meriam Webster, Inc. (2020). Webster's ninth new collegiate dictionary. Springfield, Mass: Merriam-Webster.
7. Porta, M. (2016). *A Dictionary of Epidemiology (6 edition.)*. London. Oxford University Press. DOI: 10.1093/acref/9780199976720.001.0001
8. Bandura, A. (2000). Social cognitive theory. In A. E. Kazdin (Ed.) *Encyclopedia of psychology*. New York: Oxford University Press.
9. Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods (6th ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
10. 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 Company Inc.
11. ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยวรรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจาก การติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 .วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 21(2), 29-38
12. จิราพร บาริสรี และคณะ. (2563). พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-2019 (COVID -2019) ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 6(6). 37-45
13. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2564). แนวทางการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19) ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชน
และผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ
ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

Developing of health literacy through participatory learning mechanisms for community
organizations and community grocery store operators in the surveillance and control of
tobacco consumption, Thumbol See-kaew, Mueang Roi Et District, Roi-Et Province.

(Received: September 12, 2022 ; Accepted: September 28, 2022)

อินทนนท์ อินทนนท์¹
Inthanon Inthanop¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยมุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ และระยะที่ 3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาฯ ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 5 เดือน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวมทั้ง 43 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบรายงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ระยะ ที่ 1 ซึ่งเป็นสถานการณ์ก่อนการขับเคลื่อนงานวิจัย พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย 2) ดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 3) การวางแผนพัฒนา 4) การดำเนินการพัฒนา และ 5) การประเมินผลการพัฒนา

ระยะที่ 3 พบว่าภาพรวมองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางแต่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับสูงจากการคัดกรองการสูบบุหรี่ ณ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 126 คน โดยผู้สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำจากองค์กรชุมชนให้เลิกบุหรี่ทุกรูปแบบอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 14.3) โดยวิธีการที่เลิกสูบบุหรี่ได้มากที่สุดคือได้รับคำแนะนำให้เข้ารับบริการที่คลินิกฟ้าใสของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านสีแก้ว จำนวน 16 คน (ร้อยละ 88.9) รองลงมาคือจากการใช้สมุนไพรในชุมชน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.1)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, องค์กรชุมชน, ผู้ประกอบการร้านค้าของชำ, การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

¹ ผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด



Abstract

This research is a research and development aimed at improving health literacy through participatory learning mechanisms for community organizations and grocery store operators to monitor and control tobacco consumption, Si Kaew Subdistrict. Mueang Roi Et District Roi Et Province The research was divided into 3 phases. Phase 1 aimed to study the situation of tobacco consumption surveillance and control; Phase 2 was to develop health literacy through participatory learning mechanisms for community organizations and shop operators. Grocery trade in tobacco consumption surveillance and control and phase 3 to study the results of the development. The research period was 5 months, by selecting a specific sample, a total of 43 people. Data were collected using interview forms, observation forms and reports. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation. qualitative data analysis using content analysis

research results

Phase 1, which is the situation before the research drive It was found that the overall sample of the sample had health literacy at a moderate level and participated in tobacco surveillance and control at a moderate level.

Phase 2: 5 steps for developing health literacy through participative learning mechanisms: 1) Selecting target groups 2) Carrying out the development of health literacy 3) Development planning 4) development operation and 5) development evaluation

In the third phase, it was found that the overall community organizations and grocery store operators had moderate level of health literacy but increased on average in all aspects. and participation in tobacco surveillance and control at a high level From the smoking screening as of May 2022, there were 126 smokers. Smokers were advised by community organizations to intensively and continuously quit all forms of smoking. Until they were able to quit smoking in a period of 3 months, 18 people (14.3 percent). By the way, the most effective way to quit smoking was advised to receive services at the clinic of the 60th Anniversary Chaloem Phrakiat Health Center, Nawami. Nontharajee Ban Si Kaew was 16 people (88.9%), followed by 2 people using herbs in the community (11.1%).

Keywords: Health Literacy, Participatory Learning Mechanisms, Community Organizations, Grocery Operators, Tobacco Surveillance and Control

บทนำ

การบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยพบว่าสาเหตุการตายจาก 6 ใน 8 อันดับของโรคเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคยาสูบ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคถุงลมปอดอุดตัน วัณโรค และ

มะเร็งหลอดลมและจากสถานการณ์การบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก มีแนวโน้มการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและสตรีในประเทศกำลังพัฒนา ผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรในปี 2564 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน มีผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน หรือประมาณ

ร้อยละ 17.4¹ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่มีมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมปีละ 220,461 ล้านบาท หรือเฉลี่ย 20,565 บาทต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อปี โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้กำหนดนโยบายและมาตรการสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบในทุกมิติ พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่พื้นที่เพื่อสร้างความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติควบคู่กับการประสานพลังกับภาคีเครือข่าย รวมถึงการร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างเข้มแข็งซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ โดยภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมได้ร่วมแรงร่วมใจ สนับสนุนทุ่มนเทรพกำลังเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเข้มข้นมาอย่างต่อเนื่อง²

จังหวัดร้อยเอ็ดมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.61 ใน ปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.95 ในปี พ.ศ.2562 และพบว่าลดลงเป็นร้อยละ 21.50 ,12.37 และ ร้อยละ 10.17 ในปี พ.ศ.2562 ,ปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 ตามลำดับ³ และประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอเมืองร้อยเอ็ดพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.69 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.87 ในปี พ.ศ.2561 ส่วนในปี พ.ศ.2562 พบว่ามีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.10 และลดลงมาเป็นร้อยละ 6.20 และร้อยละ 6.12 ในปี พ.ศ.2563 และปี พ.ศ.2564 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงนี้เป็นข้อมูลการคาดการณ์การบริโภคยาสูบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการคาดการณ์ลดลงจากร้อยละ 43.42 ในปี พ.ศ.2562 คาดการณ์ลดลงเป็นร้อยละ 19.28 และร้อยละ 26.04 ในปี พ.ศ.2563 และปี พ.ศ.2564 ตามลำดับ ส่วนสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.98 ในปี พ.ศ.2560 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.81 ในปี พ.ศ.2561 ส่วนปี พ.ศ.2562 มีการสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 11.09 ส่วนในปี พ.ศ. 2563 มีการคาดการณ์เพียงร้อยละ 2.52 ของประชากร

กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 3.15 ส่วนในปี พ.ศ.2564 มีการคาดการณ์ ร้อยละ 40.69 พบว่ามีการบริโภคยาสูบร้อยละ 12.16 และในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.76³ กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงาน ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ร้อยละ 77.90 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 27 คน มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่ 1 ราย และมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากสูบบุหรี่ จำนวน 2 ราย⁴

รูปแบบการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของตำบลสีแก้ว ที่ผ่านมาเป็นลักษณะการทำงานเชิงบูรณาการระหว่างงานสาธารณสุขมูลฐาน งานคุ้มครองผู้บริโภคและการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ แต่ยังไม่สามารถจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการวิจัยเพื่อค้นหากระบวนการใหม่ที่จะใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในชุมชน ผ่านกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จนเกิดกลไกการทำงานแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ซึ่งเริ่มจากสร้างความรู้ความเข้าใจแก่องค์กรชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนชาวบ้าน รวมถึงผู้ประกอบการร้านขายของชำที่มีการจำหน่ายบุหรี่และภาคีเครือข่าย รวมถึงองค์กรภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบให้บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยในฐานะที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านสีแก้ว ซึ่งปฏิบัติงานในระดับตำบลที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบพื้นที่ระดับตำบลรวมถึงมีบทบาทในการแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ จึงได้ให้ความสนใจและให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อ

ประเด็นการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบโดยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบโดยกลไกการมีส่วนร่วม มุ่งเน้นพัฒนาระบบการเฝ้าระวังตามแนวทางการควบคุมยาสูบระดับชาติที่มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังจุดขายและการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ รวมถึงการโฆษณา 2) การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชน 3) พฤติกรรมการซื้อและการขายบุหรี่ และ 4) การเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ โดยผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อวางแผนจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบในพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีความสอดคล้องกับหลักการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาและพัฒนา (Research & Development : R&D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มองค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าของชำในชุมชนจำนวน 43 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบสังเกต และแบบรายงาน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งให้ทราบถึงแผนการวิจัย รวมถึงแจ้งแผนการฝึกอบรมหลักสูตรหลักสูตรการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำผ่านกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูล ในพื้นที่ภาคสนามของการวิจัยทุกขั้นตอน

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในพื้นที่เป้าหมายตามแผนที่กำหนด โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- 1) ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนขับเคลื่อนงานวิจัย
 - 2) ระยะที่ 2 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำผ่านกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ
 - 3) ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำผ่านกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ
- 5.4.3 จัดเวทีคืนข้อมูลผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.1 ผลการศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่าประชาชนตำบลสีแก้ว มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.98 ในปี พ.ศ.2560 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.81 ในปี พ.ศ.2561 ส่วนปี พ.ศ.2562 มีการสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 11.09 ส่วนในปี พ.ศ.2563 มีการคัดกรองเพียงร้อยละ 2.52 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่าการสูบบุหรี่ ร้อยละ 3.15 ส่วนในปี พ.ศ.2564 มีการคัดกรอง ร้อยละ 40.69 พบว่าการบริโภคยาสูบร้อยละ 12.16 และในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2565 พบว่าการสูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.76 กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงาน ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ร้อยละ 77.90 มีผู้ที่มิโรคประจำตัวที่มีการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 27 คน มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่ 1 คน และมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากการสูบบุหรี่ จำนวน 2 คน

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.19) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 2.51) รองลงมาคือด้านการติดต่อซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 2.36, 2.34, 2.33, 2.01 และ 1.60) ตามลำดับ

1.3 การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนการขับเคลื่อนงานวิจัย พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.11) เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมรายประเด็น บว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง 2 ประเด็น ได้แก่ การเฝ้าระวัง

และควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชนในชุมชน และการชักชวน/แนะนำผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โดยวิธีการต่างๆเพื่อการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่และมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ 2 ประเด็น ได้แก่ การเฝ้าระวัง ณ จุดขาย และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบ รูปแบบใหม่รวมถึงการโฆษณาและการเฝ้าระวังพฤติกรรม การซื้อและการขายบุหรี่

2.การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วยหลักการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁵ กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁶ หลักการมีส่วนร่วม⁷ และหลักสูตรการฝึกอบรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบซึ่งประยุกต์จากแนวทางการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁸

2.2 ขั้นตอนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำ 2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำ 3) การวางแผนพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน 4)การดำเนินการพัฒนาตามแผนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน และ 5) การประเมินผลการพัฒนาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน

2.3 หลักสูตรการฝึกอบรม“การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำ ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ” ตำบลสีแก้ว มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ, ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคม และคุณภาพชีวิต
- 2) เทคนิคการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 3) สถานการณ์ปัญหาและความสำคัญของปัญหาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ
- 4) การวิเคราะห์ปัญหาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน
- 5) เทคนิคการทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
- 6) องค์ประกอบของการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ 5 มิติ
- 7) การเฝ้าระวัง ณ จุดขาย รวมถึงการโฆษณาผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ
- 8) การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน
- 9) การเฝ้าระวังพฤติกรรม การซื้อและพฤติกรรมการขายบุหรี่

10) เทคนิคการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ

11) เรื่องเล่าประสบการณ์ผู้นำ/ อสม.กับการมีส่วนร่วมในชุมชน

12) ประจําฐานเรียนรู้ฝึกปฏิบัติทักษะการเฝ้าระวังและการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน (ภาคปฏิบัติ)

13) การพัฒนาทักษะด้านการตัดสินใจด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

14) แนวทางการชักชวน จูงใจ และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่

15) การวางแผนดำเนินงานการควบคุมกำกับ และการติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ

3. ผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบภายหลังการขับเคลื่อนงานวิจัย

3.1 ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพขององค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำก่อนและหลัง การขับเคลื่อนงานวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อน		หลัง		ผลการเปรียบเทียบ
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	หลัง	
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.01	ปานกลาง	2.37	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น
2.ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	2.51	ปานกลาง	2.69	สูง	เพิ่มขึ้น
3.ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ	2.36	ปานกลาง	2.44	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น
4.ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	1.60	ปานกลาง	2.28	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น
5.ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	2.34	ปานกลาง	2.70	สูง	เพิ่มขึ้น
6.ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	2.33	ปานกลาง	2.56	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น
โดยรวม	2.19	ปานกลาง	2.50	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น

3.2 การมีส่วนร่วมพบว่าภาพรวมองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำมีส่วนร่วมใน

การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบหลังการขับเคลื่อนงานวิจัยอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.34) โดย

ประเด็นที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือ การประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ (ค่าเฉลี่ย 1.86) รองลงมาคือเฝ้าระวัง สังเกตพฤติกรรม การซื้อ และพฤติกรรมการขายบุหรี่ เฝ้าระวัง ณ จุดขาย รวมถึงการโฆษณาบุหรี่ และการชักชวนหรือแนะนำ

ผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โดยวิธีการต่างๆ รายละเอียด (ค่าเฉลี่ย 1.77, 1.72 และ 1.51) ตามลำดับ และมีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือการบริหารงบประมาณและทรัพยากร ตามแผนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ (ค่าเฉลี่ย 1.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำ ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภค ยาสูบหลังการขับเคลื่อนงานวิจัย (n=43)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม จำนวน (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
	ทุกครั้ง/เป็นส่วนใหญ่	มีส่วนร่วม บางครั้ง	ไม่มีส่วนร่วม			
1.แบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในหมู่บ้าน	14 (32.6)	29 (67.4)	0	1.34	0.40	สูง
2.ประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	14(32.5)	22(51.2)	7(16.3)	1.18	0.43	ปานกลาง
3.บริหารงบประมาณและทรัพยากรตามแผนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ	7(16.3)	28(65.1)	8(18.6)	1.05	0.47	ปานกลาง
4.การประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ	34(79.1)	9(20.9)	0	1.86	0.23	สูง
5.เฝ้าระวัง ณ จุดขายรวมถึงการโฆษณาบุหรี่	31(77.1)	12(27.9)	0	1.72	0.13	สูง
6.การสังเกตพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะ	23(53.5)	20(46.5)	0	1.34	0.16	สูง
5.เฝ้าระวัง สังเกตพฤติกรรมการซื้อและพฤติกรรมการขายบุหรี่	31(77.1)	12(27.9)	0	1.77	0.41	สูง
6.ชักชวนหรือแนะนำผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โดยวิธีการต่างๆ	19(44.2)	13(30.2)	11 (25.6)	1.51	0.12	สูง
7.ประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบระบบบริการเลิกบุหรี่	19(44.2)	8(18.6)	16 (37.2)	1.21	0.43	สูง
8.เข้าร่วมประชุมติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน	18(41.9)	11(25.6)	14 (32.6)	1.20	0.42	ปานกลาง
9.ประเมินผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในหมู่บ้าน	14(32.6)	29(67.4)	0	1.34	0.40	สูง
โดยรวม	18(41.9)	20(46.5)	5(11.6)	1.34	0.41	สูง

3.3 ผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่าผลการเฝ้าระวัง ณ จุดขาย และการโฆษณาผ่านสื่อต่าง พบว่าส่วนใหญ่การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผู้ประกอบการร้านขายของชำในชุมชน พบว่ามีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ส่วนประเด็นที่พบว่าไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

พ.ศ. 2560 ได้แก่การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบ ซึ่งส่วนใหญ่พบเห็นได้ในงานแสดงมหรสพต่างๆในชุมชน ส่วนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะพบว่าการจำหน่ายบุหรี่ในสถานที่ห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานที่ คือมีการจำหน่ายบุหรี่ในวัด โดยการ

จำหน่ายในงานประเพณีชุมชนที่มีการแสดงมรดก การเฝ้าระวังพฤติกรรม การซื้อและพฤติกรรมการขาย บุหรี่พบว่าร้านขายของชำในพื้นที่ที่มีคนขายอายุต่ำกว่า 18 ปี มีการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในวัดและในสวนสาธารณะเมื่อมีงานประเพณีชุมชนหรือมีมหรสพ มีการขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีการแบ่งซองขายบุหรี่เป็นรายมวน 37 ครั้ง ซึ่งเป็นร้านขายของชำที่ผู้ประกอบการไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ จากการคัดกรองการสูบบุหรี่ ณ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 126 คน โดยผู้สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำจากองค์กรชุมชนให้เลิกบุหรี่ทุกรูปแบบอย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 14.3) โดยวิธีการที่เลิกสูบบุหรี่ได้มากที่สุดคือได้รับคำแนะนำให้เข้ารับบริการที่คลินิกฟ้าใสของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้าน สีแก้ว จำนวน 16 คน (ร้อยละ 88.9) รองลงมาคือจากการใช้สมุนไพรในชุมชน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.1)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ ตำบลสีแก้ว พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.98 ในปี พ.ศ.2560 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.81 ในปี พ.ศ.2561 ส่วนปี พ.ศ.2562 มีการสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 11.09 ส่วนในปี พ.ศ.2563 ซึ่งความชุกของการสูบบุหรี่ต่ำกว่าภาพรวมของประเทศ คือ ร้อยละ 10.48 แต่ใกล้เคียงกับภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 คือร้อยละ 16.88 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจังหวัดร้อยเอ็ดมีบริบทชุมชนและสภาพแวดล้อมทางสังคมและการประกอบอาชีพของประชาชนที่คล้ายคลึงกับจังหวัดอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่มิโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีการสูบบุหรี่ จำนวน 27 คน มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 1 คน และมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากสูบบุหรี่

จำนวน 2 คน ถือว่าเป็นข้อมูลนำเข้า ที่สำคัญในการกระตุ้นความตระหนักในการแก้ไขปัญหาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำได้เป็นอย่างดี ส่วนความรู้ด้านสุขภาพขององค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำที่พบว่าพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนการขับเคลื่อนงานวิจัย พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และยังมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ 2 ประเด็น ได้แก่ การเฝ้าระวัง ณ จุดขาย และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่รวมถึงการโฆษณาและการเฝ้าระวังพฤติกรรมการซื้อและการขายบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นวิธีการที่องค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำไม่มีทักษะและไม่คุ้นชินในการปฏิบัติงาน

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบได้ใช้แนวคิดและทฤษฎี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁵ กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁶ หลักการมีส่วนร่วม⁷ และหลักสูตรการฝึกอบรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบซึ่งประยุกต์จากแนวทางการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁸ ได้สอดคล้องกับแนวคิดของสุพัทธ์ พิบูลย์ (2551)⁹ ที่กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือกระบวนการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต โดยจะให้

ผลลัพธ์ที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ นวัตกรรมวัตถุที่เป็นชิ้นอันและนวัตกรรมประเภทที่เป็นรูปแบบ วิธีการ กระบวนการ หรือระบบปฏิบัติการ เช่น รูปแบบการสอน วิธีสอน รูปแบบการบริหารจัดการ และมีความสอดคล้องกับแนวคิดของสมคิด พรมจัญ (2556)¹⁰ ที่กล่าวว่าการวิจัยและพัฒนาที่มีความสำคัญคือช่วยให้เกิดความรู้ใหม่หรือวิทยาการใหม่ แนวคิด ทฤษฎีใหม่ การวิจัยช่วยให้เกิดความรู้ใหม่เป็นการเพิ่มพูนวิทยาการให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้นคือทำให้รู้สิ่งที่ยังไม่รู้หรือสิ่งใดที่พอรู้อยู่แล้วก็ทำให้รู้และเข้าใจดียิ่งขึ้น ช่วยในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ช่วยในการกำหนดนโยบายและวางแผนได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนนำไปใช้ในการปฏิบัติตามนโยบายหรือแผนที่วางไว้ ส่วนขั้นตอนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่ามี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำ 2) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ 3) การวางแผนพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ 4) การดำเนินการพัฒนาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ และ 5) การประเมินผลการพัฒนาการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ นั้น ถือว่าเป็นการเชื่อมโยงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ

ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนขับเคลื่อนงานพร้อมทั้งมีข้อตกลงร่วมกันในออกปฏิบัติงานเชิงรุกให้ต่อเนื่อง ประกอบกับทีมวิทยากรกระบวนการทำหน้าที่ในการถ่ายทอดเนื้อหาทั้ง

ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่องค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำอย่างเข้มข้น ซึ่งวิทยากรกระบวนการทุกคนเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งมีความสนใจในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้กลไกการฝึกอบรมเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีระบบ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญเลิศ พิมศักดิ์ (2561)¹¹ ที่พบว่าการสร้างกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลให้ อสม.จังหวัดร้อยเอ็ดมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับสูงทั้งการเฝ้าระวัง ณ จุดขาย การเฝ้าระวังในสถานที่สาธารณะ สถานที่ราชการ สถานศึกษา หน่วยบริการสุขภาพ และสถานที่อื่นๆในชุมชน และองค์กรชุมชนพร้อมทั้งผู้ประกอบการร้านค้าของชำยังได้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังทั้ง 4 ประเด็นอย่างเข้มข้นซึ่งเป็นเพราะองค์กรชุมชนได้ลงปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อประชาสัมพันธ์ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังโดยให้คำแนะนำแก่ ผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประสานงานกับเครือข่ายและองค์กรชุมชนร่วมกันดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นทุกประเด็นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินการมีส่วนร่วมก่อนขับเคลื่อนงานวิจัย แต่ยังพบว่ามีประเด็นที่ไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่สำคัญ ได้แก่ การขายผลิตภัณฑ์ยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบ ซึ่งส่วนใหญ่พบเห็นได้ในงานแสดงมหรสพต่างๆในชุมชน รวมถึงมีการแบ่งซองขายบุหรี่เป็นรายมวน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้จำหน่ายบุหรี่ที่มาจากพื้นที่นำมาจำหน่ายในงานมหรสพ และมีร้านขายของชำในพื้นที่ที่มีคนขายอายุต่ำกว่า 18 ปี อาจเป็นเพราะผู้ประกอบการหรือผู้ขายขาดองค์ความรู้ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ส่วนข้อมูลด้านระบบบริการเลิกบุหรี่และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ พบว่าองค์กรชุมชนให้คำแนะนำ ชักชวนการลด ละเลิกบุหรี่ อย่างเข้มข้น และต่อเนื่องจนสามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลา 3

เดือน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 14.3) ดังนั้นจึงถือได้ว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นกลวิธีที่สำคัญในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 รวมถึงการจัดวางระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในมิติที่สามารถจัดการได้โดยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. กิจกรรมที่พบว่าองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การบริหารงบประมาณและทรัพยากร ดังนั้นบุคลากรของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านสีแก้ว ควรให้ความช่วยเหลือองค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านค้าของชำโดยการส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม จัดระบบการมอบหมายงานที่ชัดเจน รวมถึงการทบทวนเทคนิคการวิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งอาจจะต้องจัดกิจกรรมให้คำแนะนำเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะในการวิเคราะห์และหาสาเหตุของปัญหาเป็นรายบุคคลอย่างเหมาะสม

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านสีแก้ว ผู้รับผิดชอบหมู่บ้านควรจัดแผนการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และร่วมออกปฏิบัติงานตามแผน และเสริมขวัญกำลังใจแก่องค์กรชุมชน รวมถึงบุคลากรในสถานศึกษา เทศบาลตำบลสีแก้วและผู้นำชุมชนในพื้นที่ให้ทราบถึงวิธีการประเมินสถานการณ์และการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

3. บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ดที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ ควรนำสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไป

เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการกำหนดทิศทางการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยใช้กลไกการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผสมผสานกับการใช้กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนเป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนงาน

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ควรจัดสร้างกระแสสังคม โดยจัดการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายรูปแบบในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการร้านค้าของชำให้เกิดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ บูรณาการกับระบบการเฝ้าระวังในพื้นที่อย่างจริงจังและเข้มงวด

5. ควรมีการศึกษากลยุทธ์การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มเยาวชนเพื่อให้รับรู้ค่านิยมที่ถูกต้องและเป็นแกนนำร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

6. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนกับภาคีเครือข่ายในด้านการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลักในการอ้างอิงเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ต่อไป

7. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนาและต่อยอดรวมถึงการจัดระบบการมีส่วนร่วมและส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือเป็นจากนายจุลพันธ์ สุวรรณ สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่ได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและเป็นที่ปรึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย และได้รับความอนุเคราะห์ผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงนภัสวรรณ ภูริพันธุ์ภิญโญ รองผู้อำนวยการ(ด้านปฐมภูมิ) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด นายแพทย์วันชัย อัคราคร แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลสีแก้ว และนางสุภาภรณ์ ทิศนพงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ขอขอบคุณที่มหาวิทยาลัยกระบวนกรที่ดำเนินการจัดการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับองค์กรชุมชนและ

ผู้ประกอบการร้านขายของชำในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภค และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ องค์กรชุมชนและผู้ประกอบการร้านขายของชำตำบลสีแก้วทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี หากไม่ได้รับความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกท่านที่กล่าวมานั้น คงจะไม่สามารถทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. ออนไลน์ http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร/2564/report_2501_64.pdf
2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชาชนไทย แนวทางการควบคุมการบริโภคยาสูบ.สืบค้นเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2565 จาก <http://btc.ddc.moph.go.th/th/datacenter.php,2564>.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). HDC กระทรวงสาธารณสุข.สืบค้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565 จาก https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6&id=e175f4c1757b3bb0e171f4711757bbfc
4. สถาบันอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านสีแก้ว. (2565). สรุปรายงานผลการดำเนินงานรอบไตรมาสแรก ปีงบประมาณ 2565.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ. เอกสารเผยแพร่โดย อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือครูที่ปรึกษากระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียน. กรุงเทพมหานคร: ยูเรเนียมเมจิกซ์.
7. Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1980). Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments.
8. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2555). คู่มือภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ. โครงการพัฒนาและดำเนินการระบบเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบระดับชาติ
9. สุพัทธ์ พิบูลย์. (2551). กลยุทธ์การวิจัยเพื่อพัฒนางานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: จตุพรดีไซน์.
10. สมคิด พรหมจ้อย.(2556). การดำเนินงานโรงเรียนปฏิรูปการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพผู้เรียน.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
11. บุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์.(2561). การสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ จังหวัดร้อยเอ็ด รายงานวิจัย.



การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

Nursing care of end-stage renal failure patients with receiving peritoneal dialysis

(Received: September 24,2022 ; Accepted: September 29,2022)

สุพัตน์ ลือขุนทด¹

Suphat Luekhunthod

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 61 ปี ตรวจพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 12 ปี มีภาวะแทรกซ้อนทางไต แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังมา 6 ปี และได้รับการวางสายหน้าท้องเพื่อการล้างไตทางช่องท้อง มาโรงพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกด้วยอาการ ปวดจุกแน่นท้อง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม โดยพยาบาลประเมิน คัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประเมินแบบแผนสุขภาพ หลังได้รับการตรวจรักษา แพทย์ให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เนื่องจากมีการติดเชื้อในช่องท้อง ประสานการส่งต่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ได้ติดตามผู้ป่วยในขณะที่นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านรวมอยู่โรงพยาบาล 10 วัน แพทย์นัดติดตามผลการรักษาที่ห้องผู้ป่วยนอก และได้รับการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพยาบาล, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การล้างไตทางช่องท้อง,

Abstract

This case study aimed to study the nursing care of end-stage renal failure patients with receiving peritoneal dialysis.

Results: A case study of a Thai woman, 61 year old, was diagnosed with hypertension for 12 years with renal complications. Doctors diagnosed with chronic kidney disease for 6 years and the patient was received the abdominal catheterization for peritoneal dialysis. The patient was admitted to hospital at the outpatient examination room with symptoms of abdominal pain for 1 day before admission. The medical team have used the nursing process to take care of patients in the period before, during and after the medical examination for patients to receive prompt and appropriate treatment. The nurses evaluated, screened, took history, examined the physical of patient, send the patient for laboratory examination and the patient was assessed health plans. After medical examination, patient was admitted in the hospital due to an infection in the abdomen. The nurse coordinated for patient to admit in the hospital and followed up the patient during hospital admission. The patient was safe and had no complications and was discharged,

¹ โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา

total of hospital admission for 10 days. The doctor made an appointment for follow-up at the outpatient room and the patient was received continuous care.

Keywords: Nursing care, end-stage renal failure, peritoneal dialysis,

บทนำ

ไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) หมายถึง โรคที่มีการทำหน้าที่ของไตบกพร่องเป็นเวลานานเกินกว่า 3 เดือน มีอาการผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของไต โดยพบว่าขนาดของไตทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมีอัตราการกรองที่ไต (glomerular filtration rate; GFR) น้อยกว่า 60 มิลลิลิตร/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง คือ การที่มีของเสียคั่งในเลือด (azotemia) ขนาดของไตทั้งสองข้างเล็กกว่าปกติ ขนาดเล็กกว่า 9 เซนติเมตร ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของกระดูกที่เกิดจากโรคไตวาย (renal osteo-dystrophy) จะตรวจพบบรอดคาสท์ (broadcast) คือ โปรตีนที่มีความกว้าง มากกว่าความยาวของเม็ดเลือดขาว 3 ตัวเรียง โรคไตวายเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองที่ไต (glomerular filtration rate) โรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในปัจจุบันการรักษาแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1) การปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดเรื่องผู้บริจาคไตทั่วประเทศมีจำนวนน้อย 2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่นิยมมาก แต่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงและเครื่องมือไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย 3) การล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) จึงเป็นอีกวิธีการที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และการตัดสินใจเลือกวิธีการการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนในการรักษา การปฏิบัติตัวตลอดจนการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งการล้างไตทางหน้าท้องมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การติดเชื้อที่สายล้างไต การติดเชื้อในช่องท้อง^{1,2}

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการให้คำแนะนำและให้การ ประเมินในด้านเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนการใส่สายล้างไตทางหน้าท้อง การดูแลผู้ป่วยหลังใส่สายล้างไตทางหน้าท้อง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองเพื่อให้ได้ผลในการรักษา ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 61 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ด้วยอาการ ปวดจุกแน่นท้อง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุก แน่นท้อง มาตรวจที่โรงพยาบาล ได้ยากกลับไปรับประทาน อาการไม่ดีขึ้น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดจุกแน่นท้อง จึงมาตรวจซ้ำ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ตรวจพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 12 ปี มีภาวะแทรกซ้อนทางไต แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังมา 6 ปี และได้รับการวางสายหน้าท้องเพื่อการล้างไตทางช่องท้อง มาตรวจรักษาตามนัด สม่ำเสมอ

การตรวจร่างกาย : หญิงไทย รูปร่างท้วมผิวขาว ช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 158/100 มิลลิเมตรปรอท บวมบริเวณหน้าตา 2 ข้าง รอบสาย Tenckhoff catheter แดง มี discharge ซีมสีเหลือง ฟังเสียงปอดมีเสียง



crepitation ที่ปอดข้างซ้ายเล็กน้อย วัด O₂ saturation 97% ฟังเสียงหัวใจ เต้นแรงสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง murmur EKG พบ Sinus tachycardia rate 104 ครั้ง/นาที

ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray : วันที่ 21 มกราคม 2565 ผล minimal pleural effusion

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติได้แก่ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) WBC 13,000 cell/cu.m.m, Neutrophil 91.8%, Biochemistry Na 153 mmol/L, K 5.27 mmol/L, Cl 124 mmol/L, CO₂ 23 mmol/L,

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบาย มีไข้ ปวดจุกแน่นท้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย ไข้ลดลง ทุเลาปวดจุก แน่นท้อง	1. ประเมินอาการ อาการแสดง ตลอดจนสัญญาณชีพของผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะไข้ และอาการผิดปกติ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงระหว่างรอตรวจ จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อลดอาการปวดท้อง 3. ลดไข้ โดยสอนญาติเช็ดตัวลดไข้ และวัดอุณหภูมิซ้ำ 4. ให้ผู้ป่วยนอนพัก รับประทานตามความจำเป็น จัดลำดับคิวในการตรวจให้ได้รับการตรวจรักษาเร่งด่วน การประเมินผล ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อาการปวดจุก แน่นท้องปวดพองได้ อุณหภูมิร่างกายจาก 37.8 องศาเซลเซียส ลดลงเป็น 37.4 องศาเซลเซียส
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผล วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผล	1. ประเมินลักษณะแผลรอบ ๆ Tenckhoff catheter สีของ discharge 2. ชักประวัติ สอบถามเกี่ยวกับ สี ลักษณะของน้ำยาล้างไต อาการปวดท้อง ถ่ายผิดปกติท้องเสีย 3. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะไข้ 4. ดูแลทำความสะอาดแผลรอบ ๆ Tenckhoff catheter 5. ทบทวนวิธีการดูแลความสะอาดระหว่างทำการล้างไต เช่น การล้างมือ 7 ขั้นตอน การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ 6. อธิบายให้ผู้ดูแลคนไข้สังเกตน้ำยาล้างช่องท้องทุกครั้งที่ทำทำการล้างไต การประเมินผล รอบสาย Tenckhoff catheter แดง มี discharge ซีมสีเหลือง อุณหภูมิร่างกายจาก 37.8 องศาเซลเซียส
3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวอาการทรุดหนัก วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยให้การพยาบาล ด้วยท่าทางอ่อนโยน พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ 2. ให้คำแนะนำ พูดปลอบใจให้กำลังใจ รับฟังเปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ สร้างความมั่นใจเป็นกันเอง 3. อธิบายแผนการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วย เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจในการประคับประคองจิตใจ หมั่นความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์การพยาบาล ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการของหลอดเลือดสมอง	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และแนะนำการสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะรุนแรง/ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน 2. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง และวัดความดันโลหิตซ้ำ 3. สอบถามความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง การรับประทานยาและการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา 4. อธิบาย แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร ควรรับประทานอาหารจัด ไขมันต่ำ การรับประทานยา ประเมินความถูกต้องของการรับประทานยา แนะนำผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และต่อเนื่อง ไม่ขาดยา 5. ให้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันการลืมและเป็นการทบทวน การประเมินผล ระดับความดันโลหิต 138/96 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการของหลอดเลือดสมอง
ระยะขณะตรวจ 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ จากภาวะน้ำเกิน วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน	1. สังเกตอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เพราะอาการแสดงของอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แสดงถึงภาวะน้ำเกินจากน้ำท่วมปอดและหัวใจวายได้ 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ O₂saturation ที่ปลายนิ้ว 3. แนะนำจำกัดอาหารเค็ม เช่น อาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง และอาหารแปรรูป เป็นต้น เพราะถ้ารับประทานอาหารเค็ม จะทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำอวัยวะต่างๆ ทำให้แขนขาบวมเหนื่อยง่ายและภาวะหัวใจวายตามมาได้ 4. ส่งตรวจ ทดสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Creatinine, Electrolyte เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบลดลง ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน O₂saturation 98%
2. มีการติดเชื้อในช่องท้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากการติดเชื้อในช่องท้อง	1. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, H/C) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย 2. เก็บน้ำล้างไตช่องท้องส่งเพาะเชื้อและติดตามผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ stat ตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 gm iv stat สังเกตอาการขณะให้ยา ได้แก่ ผื่น แดงหน้าอก 4. อธิบายให้ผู้ดูแลคนไข้สังเกตน้ำยาล้างช่องท้องทุกครั้งที่ทำกราล้างไต การประเมินผล ปลอดภัยจากการติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อลดลง WBC 6,900 cel/cu.m.m, Neutrophil 78%,
3. ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperkalemia วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น	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 3.47 mmol/ L
ระยะหลังตรวจ 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้น ๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย มีภาวะน้ำเกิน ร่วมกับติดเชื้อในช่องท้อง 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน 3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย 4. ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ 5. ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เช็ดตัวลดไข้ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นน้ำสาตขึ้นขึ้น
2. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหผู้ป่วย วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน 2. ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา 3. ตรวจสอบสายยางออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน 4. ผูกย้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระมัดระวังผู้ป่วยอย่างถูกต้อง 5. ตรวจสอบสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป 7. พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย

สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ด้วยการดำเนินของโรคและประกอบกับพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง คือ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องมาด้วยอาการบวมเหนียว มีภาวะน้ำเกิน มีภาวะ Hyperkalemia ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรมีการประเมินทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งศาสนา และควรมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักโภชนาการประสานเครือข่ายและเตรียมความรู้ของเครือข่ายในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ติดตามประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าของผู้ป่วย ความพร้อมของญาติในการดูแลช่วยเหลือ ติดตามปัญหาในการเข้าสังคม ภาวะลักษณะและการประกอบอาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้ เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้^{3,4}

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2556). ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 3(3):221-37.
- 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.
- ศรินยา พลสิงห์ชาญ. (2558). การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
(Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the
biliary duct :ERCP) พ.ศ.2565 :กรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบกัน

Nursing care of patients with cholangiocarcinoma undergoing endoscopic examination of the
biliary tract and pancreas (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio
pancreatography of the biliary duct :ERCP) 2022 : two case studies comparing

(Received: September 21,2022 ; Accepted: September 24,2022)

กนกอร ตางจงราช¹

Kanokon Tongjongrach¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) พ.ศ. 2565 :กรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบกัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของ กอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 72 ปี 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดจุกแน่นท้องมาก ตัว ตาเหลือง ปัสสาวะมีสีเข้มมาก มีไข้ แพทย์ให้การวินิจฉัย Liver mass c CHCA กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 83 ปี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยปวดจุกแน่นท้องมาก ตัว ตาเหลืองแพทย์ให้การวินิจฉัย Cholangitis R/O CHCA หลัง CT แพทย์วินิจฉัยเป็น CHCA ทั้ง 2 ราย ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ทั้ง 2 รายพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 9 ข้อเท่ากัน แต่มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างคือระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 2 มีมากกว่า 1 ข้อ และระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 มีมากกว่า 1 ข้อ ปัญหาข้อที่ 6(รายที่1),7,8(ทั้ง 2 ราย) แก้ปัญหาได้สิ้นสุด ส่วนปัญหาข้ออื่น ๆผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แต่ได้นัดติดตามผลการรักษา อีก 1 สัปดาห์ ในผู้ป่วยรายที่ 1 และนัด 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา พยาบาลจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลการรักษา ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด พบว่าผู้ป่วยดูสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยได้ดี

สรุป: กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดของพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว สังคมได้ตามอัตรภาพ

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี, การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน, แบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน, ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

¹ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ABSTRACT

Case studied Nursing care of patients with cholangiocarcinoma undergoing endoscopic examination of the biliary tract and pancreas (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) 2022 : two case studies comparing. Aimed to study the nursing care of patients with cholangiocarcinoma undergoing endoscopic examination of the biliary tract and pancreas. Study of 2 patients admitted to Chum Phae Hospital. by collecting data from medical records Interviews with patients and relatives The comparative data were analyzed according to 11 Gordon's health schemes. Plan nursing operations using the nursing process.

Result: Comparison of the two case studies Case Study 1: A Thai male, aged 72 years, 2 days before coming to the hospital. Severe abdominal pain, yellow eyes, very dark urine, fever. Doctor diagnosed Liver mass c CHCA Case 2, Thai woman, 83 years old, 1 day before coming to the hospital, patient with severe abdominal pain, yellow eye, doctor gave diagnosis. Cholangitis R/O CHCA After CT, the doctors diagnosed with CHCA, both underwent endoscopic examination of the biliary tract (ERCP). Both patients had the same 9 nursing diagnoses, but had the same clinical diagnosis. the difference is preoperative period The second case study had more than one item and the postoperative period. Case Study 1 had more than one patient receiving care. Nurse problem 6 (1st case), 7,8 (both 2 cases) solved the problem. As for other problems patients received treatment until symptoms abated. Doctors allowed him to go home, but were scheduled to follow up for another week in patient 1 and two weeks in patient 2. Follow-up appointments. found that the patient looked refreshed Follow instructions well, caregivers cooperate well in caring for patients.

Conclusion: This case study illustrates the process of caring for cholangiocarcinoma patients who undergo biliary and pancreatic endoscopy at the preoperative stage. During surgery and after surgery according to the close standards of operating room nurses Patients return to family life. society according to self

Keywords : Cholangiocarcinoma, biliary tract and pancreas endoscopy, Gordon's 11 health schemes, nursing practice using process nursing.

บทนำ

การส่องกล้อง ERCP เป็นวิธีการมาตรฐานที่ใช้ในการตรวจประเมินและรักษาโรกระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนโดยการใช้กล้องส่องตรวจร่วมกับเครื่องเอ็กซเรย์ระบบ Fluoroscope โดยการถ่ายภาพรังสีซึ่งช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาเกิดการอุดตันของท่อน้ำดีซึ่งอาจจะเป็นจากท่อน้ำดีตีบชนิดที่เป็นมะเร็งหรือ

ชนิดที่ไม่ใช่มะเร็ง หรือท่อน้ำดีอุดตันจากนิ่ว ทำให้เกิดตีตัน(ตัวเหลืองตัวเหลือง) หรืออาการปวดท้องรวมทั้งตับอ่อนอักเสบหรือการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี การส่องกล้อง ERCP จึงมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน¹

ถึงแม้หัตถการ ERCP จะถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยหรือรักษาโรกระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

มากขึ้นแต่ด้วยวิธีการที่ใช้ในขณะทำการหัตถการอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ที่พบได้บ่อยคือ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholangitis) ลมในช่องท้องจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ขณะพลุโอโรสโคป (air insufflation) ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบกับอาการปวดท้อง แน่นอึดท้องหลังการทำ ERCP ได้ มีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังทำ ERCP มีร้อยละ 2.1 ถึง 24.4² และยังมีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดท่อน้ำดีอักเสบหลังการทำ ERCP ร้อยละ 2.4 (Chen et al., 2018) จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมแพ ปี 2562-2564 มีผู้ป่วยเข้ารับการทำหัตถการ ERCP จำนวน 117,254 และ 637 ราย ซึ่งเป็นหัตถการที่มีจำนวนมากใน 5 ลำดับแรกของห้องผ่าตัด จากข้อมูลพบว่าการทำหัตถการ ERCP มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และพบภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เกิดการทะลุของลำไส้ อาการปวดท้อง และติดเชื้อตามลำดับ ซึ่งพบอุบัติการณ์ในปี 2562-2564 พบร้อยละ 2.56, 2.36, 1.25 ที่พบมากที่สุดคือ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร รองลงมาคืออาการปวดท้อง ภาวะติดเชื้อและลำไส้ทะลุ ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุ ร้อยละ 39 เกิดจากพยาธิสภาพของโรกระบบทางเดินอาหาร ที่มีความยุ่งยากในการสอดใส่อุปกรณ์ ความรู้ความสามารถของพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัดและส่งเครื่องมือ ที่ต้องวางแผนการจัดเตรียมเครื่องมืออย่างถูกต้องเพียงและพร้อมใช้งานในขณะทำการผ่าตัดรายนั้น ๆ ขณะทำการผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหาร ขั้นตอนการผ่าตัดและการส่งเครื่องมือที่ถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดเพื่อป้องกันความผิดพลาดและความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย ทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทุกหน่วยงานก็มีความสำคัญ ผู้ป่วยทุกรายมีความวิตกกังวลต่อการหัตถการที่ไม่คุ้นเคย^{3,4,5} และจากการสุ่ม

สัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 5) เรื่องความต้องการของผู้ป่วยส่งกล้องทางเดินอาหารโรงพยาบาลชุมแพ พบว่า ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการส่งกล้องทางเดินอาหาร ระยะเวลาที่แพทย์ใช้ส่งกล้องทางเดินอาหาร ความรู้สึกตัวขณะได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหาร การเตรียมตัวก่อนได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหาร การปฏิบัติตัวภายหลังรับการส่งกล้องทางเดินอาหาร ตลอดจนข้อควรระวังและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการส่งกล้องทางเดินอาหาร ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการทำการหัตถการ ERCP เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยรายต่อ ๆ ไปให้มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาและกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่งกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย ๕ อันดับโรคแรกของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct: ERCP) เนื่องจากเป็นกลุ่มหัตถการที่สำคัญและเป็นเทคโนโลยีใหม่ ของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมแพ
3. ขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคมะเร็งท่อน้ำดี กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบ

ที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค และการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP)

5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2559) บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 3) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน) 4) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ ได้แก่ 4.1) สภาพทั่วไป 4.2) สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ระดับความรู้สึกตัว (GCS) (ถ้ามี) 4.3) ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า เล็บตา หู จมูก ปาก คอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบต่อมน้ำเหลือง 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจ 6) แผนการรักษาของแพทย์ 7) ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา และ 8) สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

5.3 แผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค

7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจการศึกษาพยาบาลและทีมการพยาบาล

8. จัดทำผลงานวิชาการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2565 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดจุกแน่นท้อง ปัสสาวะมีสีเข้มมากขึ้น มีไข้ต่ำ ๆ 2 วันก่อนมา ปวดจุกแน่นท้องมาก ซึ่ยามารับประทานเอง อาการไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล ได้ยาไปรับประทานที่บ้าน แพทย์นัดทำ CT 1 สัปดาห์ ผล CT พบ Liver mass แพทย์ให้การวินิจฉัย Liver mass c CHCA และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ดูแลให้ 0.9% NaCl 1,000 mL iv drip 80 mL/hr ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Plasil 10 mg iv q 8 hr., Vitamin K 10 mg. iv OD x 3 day , Ceftriaxone 2 gm iv OD, Omeprazole 40 mg iv OD, NPO AMN ตามแผนการรักษา Set OR ERCP c GA ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 ได้ติดตามเยี่ยมก่อนทำหัตถการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม จากการสังเกตและพูดคุย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อธิบายขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการตรวจ ERCP พอสังเขป แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจ ERCP เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ แจ้งข้อมูล วันและเวลาตรวจส่องกล้องให้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนคลายความวิตกกังวล นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามวันเวลาที่กำหนด แพทย์พิจารณาทำ EUB c ERCP c EST c Dilate CBD c insertion stent PD&CBD ขณะทำหัตถการผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยใน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/88 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดท้อง ประเมินความปวดได้ระดับ 5 ดูแลให้ ประเมินอาการไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ให้

BD 1:1 300 ml x 3 มื้อ ผู้ป่วยดูดีกินเอง วันที่ 5 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยยังมีการปวดแน่นท้อง มีไข้ 38.1-38.9 องศาเซลเซียส ผล serum amylase 122 U/L แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะท่อน้ำดีและตับอ่อนอักเสบจากการทำหัตถการ ERCP ให้ off Ceftriaxone 2 gm iv OD off Meropenam 1 gm iv q 8 hr เปลี่ยนให้เป็น Fortum 2 gm iv q 8 hr. และ Metronidazole 500 mg iv drip q 8 hr off ยาทั้ง 2 ชนิดนี้วันที่ 8 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยยังมีไข้ ผล WBC 11,750 cells/uL H/C x 2 specimen No growth แพทย์เปลี่ยนเป็น ให้ Meropenam 2 gm iv stat then 1 gm q 8 hr ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct 25% ให้ PRC 1 u หลังให้เลือด Hct 34% ส่งตรวจ H/C 2 ชุด ผล No growth ทั้ง 2 ชุด ผู้ป่วยยังมีตา ตัวเหลือง ถ่ายอุจจาระลำบาก ปวดท้อง Total bilirubin 4.0 mg/dl (ค่าปกติ 0.3-1.5) ALP 315 U/L (ค่าปกติ 35-110) AST 82 U/L (ค่าปกติ 0-40) ALT 24 U/L (ค่าปกติ 0-35) ได้ Lactulose 30 ml oral hs แพทย์ ค่า K = 3.26 mmol/L Na 130 mmol/L ดูแลให้ 0.9 % NaCl 1,000 ml.+Kcl 40 MEq iv drip 80 ml/hr set ERCP c remove stent c Dilate CBD c biopsy CBD c biliary stent insetion วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยตาตัวเหลืองลดลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 11 พฤษภาคม 2565 Total bilirubin 3.26 mg/dl ALP 273 U/L AST 75 U/L ALT 18 U/L ค่า K = 3.56 mmol/L Na 137 mmol/L ผู้ป่วยยังมีไข้ อุณหภูมิ 37.8-38.4 องศาเซลเซียส ปวดแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน ให้ยา Meropenam 1 gm iv q 8 hr pethidine 30 mg iv prn q 6 hr Plasil 10 mg iv q 8 hr ให้ Acetar 1,000 ml. iv drip 100 ml/ ตามแผนการรักษา off ยาฉีดและ IV fluid ได้ วันที่ 17 พฤษภาคม ผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 17 พฤษภาคม 2565 ได้ยา paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn q 6 hr, lactulose 30 ml

oral hs x 1 wk นัดตรวจติดตาม 1 สัปดาห์ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมแพ 19 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 83 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพวันที่ 9 พฤษภาคม 2565 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยปวดจุกแน่นท้อง ถ่ายเหลว 7-8 ครั้ง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลภูพาน ได้ยาไปรับประทานที่บ้าน 1 วันก่อนมามีอาการปวดจุกแน่นท้องมาก ตัว ตาเหลือง ไปรักษาที่โรงพยาบาลภูพานและได้รับการส่งต่อมาโรงพยาบาลชุมแพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Total bilirubin 22.5 mg/dl (ค่าปกติ 0.3-1.5) Direct bilirubin 21.5 mg/dl (ค่าปกติ 0.0-0.3) ALP 944 U/L (ค่าปกติ 35-110) AST 206 U/L (ค่าปกติ 0-40) ALT 62 U/L (ค่าปกติ 0-35) แพทย์ให้การวินิจฉัย Cholangitis R/O CHCA แรกรับผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย 24 ครั้งต่อนาที O₂ sat 78-88 % ผล serum lactase 1.3 mmol/L (ค่าปกติ 0.5-2.2) H/C x 2 specimen No growth ดูแลให้ HHHF flow 30 lit/min Fio₂ 0.4 off ได้วันที่ 10 พฤษภาคม 2565 ให้ O₂ canular 3 lit/min off ได้วันที่ 12 พฤษภาคม 2565 O₂ sat 98-99% ดูแลให้ Meropenam 2 gm stat then 1 gm iv q 8 hr Omeprazole 40 mg iv OD ค่า K 3.07 mmol/L Vitamin K 10 mg. iv OD x 3 day , ดูแลให้ได้รับ 0.9 % NaCl 1,000 ml.+Kcl 40 MEq iv drip 80 ml/hr บ่นปวดจุกแน่นท้องประเมินความปวดได้ระดับ 7 ดูแลให้ pethidine 30 mg iv prn q 6 hr ส่ง CT Whole abdomen ผล CT แพทย์วินิจฉัยเป็น CHCA มีภาวะซีด Hct 25% ให้ PRC 1 u หลังให้ Hct 35% ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและอ่อนเพลีย วันที่ 18 พฤษภาคม 2565 แพทย์ set ERCP under GA ได้ติดตามเย็บก่อนทำหัตถการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม จากการสังเกตและพูดคุย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อธิบายขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการตรวจ ERCP พอสังเขป แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจ ERCP เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกาย

และจิตใจ แจ้งข้อมูล วันและเวลาตรวจสอบกล้องให้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนคลายความวิตกกังวล นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามวันเวลาที่กำหนด แพทย์พิจารณาทำ ERCP c EST c Dilate CBD c insertion stent PD&CBD ขณะทำการหัดการผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ศัลยกรรม ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ปวดแน่นท้อง ประเมินความปวดได้ระดับ 5 คลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วย ได้รับ 0.9 % NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr pethidine 30 mg iv prn q 6 hr Plasil 10 mg ivq 8

hr Meroprenam 1 gm iv q 8 hr Omeprazole 40 mg iv OD ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/88 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 96 % O₂ canular 3 lit/min O₂ sat 98-99% วันที่ 20 พฤษภาคม 2564 อาการปวดท้องเริ่มทุเลาลง ระดับความปวดอยู่ที่ 2-3 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2565 ได้ยา paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn q 6 hr, Losec 1x2 oral pc x20 เม็ด นัดตรวจติดตาม 2 สัปดาห์ LFT ก่อนพบแพทย์ ธรรมชาติตัวในโรงพยาบาลชุมแพ 13 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ระยะก่อนผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อภาวะร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศลดลง	1. ดูแลระบบทางเดินหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอให้ HHFF flow 30 lit/min Fio ₂ 0.4 หลัง off ให้ O ₂ canular 3 lit/min 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ผิวเขียวคล้ำ 3. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตตก หายใจผิดปกติ 4. ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติด้วยการห่มผ้าเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 5. ดูแลเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 6. On EKG monitor, วัดออกซิเจนปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง 7. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาและเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี 8. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบาย การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถ off HHFF flow 30lit/min Fio ₂ 0.4 off ได้วันที่ 10 พฤษภาคม 2565 ให้ O ₂ canular 3 lit/min แทน และ off ได้วันที่ 12 พฤษภาคม 2565 O ₂ sat 98-99%
1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการ	2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ	1. ให้คำแนะนำ เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดย 1 วันก่อนผ่าตัดต้องทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	ตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	2. จัดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงเพื่อป้องกันเศษอาหารในกระเพาะลำไส้เล็กเข้าสู่หลอดลมเวลาดมยา 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NaCl 1,000 ml iv drip 80 ml/hr ตามแผนการรักษา 4. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลให้คำแนะนำต่าง ๆ ดังนี้ 4.1 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมทำความสะอาดร่างกาย การงดน้ำงดอาหาร การใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา 4.2 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดโดยอธิบายเหตุผลประโยชน์และสิทธิวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำก่อนผ่าตัดในเรื่องของการหายใจเข้าช้า ๆ และหายใจออกยาว การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนโดยเน้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัดและทำทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรับทราบแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือดี
2. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง	3. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง	1. จัดท่านอนศีรษะสูง 2. ประเมินอาการปวด 3. ดูแลให้ได้รับยาลดอาการปวดแน่นท้อง pethidine 30 mg iv prn q 6 hr ตามแผนการรักษา 4. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย 5. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เป็นกันเอง การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้องเป็นพัก ๆ ไม่ปวดมาก
3. เกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย	4. เกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย	1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับภาวะดีซ่านที่เกิดจากการอุดตันก่อนมะเร็ง ทำให้น้ำดีซึ่งมีสารบิลิรูบินกระจายไปทั่วตัว และในส่วนของตาขาวทำให้มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อุจจาระมีสีซีดเหมือนขี้เถ้า โดยน้ำดีจะไปสะสมที่ผิวหนังอาจทำให้เกิดอาการคันได้ ซึ่งภาวะดีซ่านดังกล่าวจะหายไปเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องแล้วใส่ขดลวดที่ยาวประมาณ 5 – 10 เซนติเมตร หรือ 2 – 4 นิ้ว เข้าไปในท่อน้ำดีที่อุดตันเพื่อให้มีทางระบายน้ำดีออกมา 2. แนะนำให้ผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้นและเล็บถ้ามีอาการคันตามผิวหนังจะทำได้ไม่เป็นแผล ควรหลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือแอลกอฮอล์ถูตัวเพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งมากขึ้น อาบน้ำด้วยสบู่ที่เป็นด่างอ่อนและทาด้วยโลชั่นจะทำให้ผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		3. ไม่อุจจาระขณะอาบน้ำและถูตัวแรง ๆ แนะนำให้ใส่เสื้อผ้า ใช้ผ้าเช็ดตัวและผ้าปูที่นอนนุ่ม เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง 4. ถ้ามีไข้สูงให้เช็ดตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเย็นและสบายขึ้นและดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol (500 mg) 1 tab oral pm q 6 hr ตามแผนการรักษา 5. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร ป้องกันผิวแห้งจากการขาดน้ำ ช่วยขับน้ำดีออกทางปัสสาวะ 6. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นกระตุ้นให้ลุกเดินวันละหลาย ๆ ครั้งเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการนอนนาน ๆ 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยตัดเล็บสั้น ค้นตามผิวหนังเล็กน้อยไม่ได้ยาแก้คัน สามารถนอนพักผ่อนได้ หลังทำการผลการผล bilirubin, ALP, AST,ALT ลดลง
ระยะขณะผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะทำการผ่าตัด	5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะทำการผ่าตัด	1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะทำผ่าตัดทุก 5 นาที โดยเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นระยะ รวมถึงการลงบันทึกทางการพยาบาล ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที 2. เฝ้าระวังอาการขณะผ่าตัดที่แสดงถึงภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงจากการเลือดออก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าซีดและเย็น หากมีให้รีบรายงานแพทย์รับทราบเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทันที การประเมินผลการพยาบาล ในขณะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพเพื่อติดตามอาการทุก 5 นาที พบว่าปกติและไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะสูญเสียเลือดมากผิดปกติ
ระยะหลังผ่าตัด 5. ท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	6. ท้องอืดและปวดแน่นท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน(ERCP)	1. ประเมินความปวดแน่นท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย 2. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกาย ฟังเสียง bowel sound 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่แพทย์ใส่เข้าไปขณะส่องกล้องระหว่างการตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และอาการจะหายไปเองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ลุกนั่ง ลุกเดินเข้าห้องน้ำ 5. ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มให้จิบน้ำ เมื่อเริ่มจิบได้ดี ต่อไปให้รับประทานเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายตามลำดับ แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		6. ประเมิน สังเกต สอบถามผู้ป่วยว่าสามารถเรอหรือการผายลมได้หรือไม่ ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 7. จัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เป็นต้น 8. ดูแลให้ได้รับยาปรับประเทานหรือยา Lactulose 30 ml oral hs.ตามแผนการรักษาเพื่อให้ขับถ่ายได้ง่ายขึ้น การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผายลมได้ อาการท้องอืดปวดแน่นท้องทุเลาลง ขับถ่ายอุจจาระได้ทั้ง 2 ราย รายที่ 1 นัดตรวจติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ รายที่ 2 นัด 2 สัปดาห์
6. เกิดการติดเชื้อของท่อน้ำดีและตับอ่อนเนื่องเนื้อเยื่อทางเดินอาหารถูกทำลายระหว่างการส่องกล้องตรวจ		1. ประเมินการติดเชื้อโดยการวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิ > 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ถ้าอุณหภูมิ > 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอและถ้าอุณหภูมิ > 38.5 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ให้ ถ้าไข้ไม่ลด พิจารณาให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาต่อไป 2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาคือ Ceftriaxone 2 gm iv OD off แล้วให้ Meropenam 1 gm iv q 8 hr หลังจากนั้นเปลี่ยนให้เป็น Fortum 2 gm iv q 8 hr. และ Metronidazole 500 mg iv drip q 8 hr 3. ให้ข้อมูล อธิบาย ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของการติดเชื้อท่อน้ำดีและตับอ่อนว่าหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) อาจพบภาวะการติดเชื้อในท่อน้ำดีหรือตับอ่อนอักเสบ เช่น มีไข้ ปวดแน่นท้องมาก เป็นต้นโดย ประมาณ 3-5 % ซึ่งส่วนใหญ่อาการจะเป็นไม่มาก 4. ประเมินอาการผิดปกติที่ท้อง เช่น อาการปวดในช่องท้อง กดเจ็บ และท้องแข็งตึง เป็นต้น ถ้าพบอาการผิดปกติดังกล่าวต้องรายงานแพทย์ทันที 5. ติดตามผลการเพาะเชื้อและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ทันที เมื่อพบความผิดปกติ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขสิ้นสุดวันที่ 15 พฤษภาคม 2565
7. ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่จากการคลื่นไส้อาเจียน	7. ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่จากการคลื่นไส้อาเจียน	1. ดูแลให้ได้รับ 0.9 % NaCl 1,000 ml.+Kcl 40 MEq iv drip 80 ml/hr , Plasil 10 mg ivq 8 hr ตามแผนการรักษา 2. วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง 3. ประเมินภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขสิ้นสุดวันที่ 11 พฤษภาคม 2565 ในผู้ป่วยรายที่ 1 วันที่ 13 พฤษภาคม 2565 ในผู้ป่วยรายที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	
8. มีโอกาสเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	8. มีโอกาสเกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	1. ดูแลวัดบันทึกสัญญาณชีพ และสังเกตอาการเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น 2. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของเลือดที่ปนออกมากับน้ำลาย ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ายังมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร 3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ งดอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ซึ่งถ้ามีการทำงานของกระเพาะอาหาร และลำไส้มากขึ้น อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้ 4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ Acetar 1,000 ml. iv drip 100 ml/(ผู้ป่วยรายที่1) 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr(ผู้ป่วยรายที่2) ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะช็อก 5. ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg iv OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งการที่ร่างกายหลั่งกรดมากอาจทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกมากขึ้นได้ 6. ดูแลให้ได้รับยา Vitamin K 10 mg. iv OD x 3 day, ให้ PRC 1 u 7. ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดและวางแผนให้การรักษาต่อไป และรายงานอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบในทันที เมื่อพบความผิดปกติ การประเมินผลการพยาบาล ปัญหาได้รับการแก้ไขสิ้นสุด วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ในผู้ป่วยรายที่ 1 วันที่ 13 พฤษภาคม 2565 ในผู้ป่วยรายที่ 2
9 มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	9. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เป็นกันเอง 2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลักD-E-M-E-T-H-O-D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ถึงสาเหตุ อาการ การ รักษา ข้อดี ข้อเสีย ของการรักษาแต่ละชนิดและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาที่มีคือการผ่าตัด การใส่ท่อระบายน้ำดี การรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดปราศจากฝุ่น/ควันเพื่อป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีภูมิต้านทานโรคต่ำติดเชื้อได้ง่าย M: Medication -แนะนำการรับประทานยาที่ได้รับกลับบ้านตามแผนการรักษา T : Treatment -อธิบายขั้นตอนการดูแลรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
		-สังเกตอาการ ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดแน่นท้องมากขึ้น ตาตัวเหลืองมากขึ้น การติดเชื้อ ปวดท้อง มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรรีบพบแพทย์ทันที H : Health -แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย -ไม่ควรให้มีอาการท้องผูก ควรรับประทาน ผัก ผลไม้ เป็นประจำ -แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงยกของหนักไม่เกิน 5 กิโลกรัม ห้ามเล่นกีฬาที่ต้องกระโดด - การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งไม่มีข้อจำกัดแต่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสามารถทำได้ และแนะนำให้พักเมื่อรู้สึกเริ่มเหนื่อย Outpatient Referral -แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง -ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน -แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเสริมพลังอำนาจทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกถูกทอดทิ้ง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขตามอัตภาพในระยะท้ายของชีวิต -แนะนำให้ความรู้เรื่องการดูแลทางเลือกแบบประคับประคอง เน้นย้ำ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และมาตรวจตามนัด รับประทานอาหารและยาตามที่แพทย์สั่ง D: Diet -หลังได้รับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอุ่นหรืออาหารร้อน ๆ ในช่วง 2-3 วันแรกหลังตรวจ เพื่อลดการระคายเคืองบริเวณลำคอหลังการส่องกล้องตรวจ - รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำสะอาด อาหารที่ปรุงสุก งดอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ปลาเล็กปลาน้อย ปลาร้าต้องทำให้สุกก่อนเพื่อป้องกันการฝังตัวของพยาธิใบไม้ตับซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี งดดื่มเหล้า - รับประทานอาหารที่มีความสมดุลของสารอาหาร และมีไขมันเพียงพอ จะกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัวได้ดี เพื่อไม่ให้ไขมันในถุงน้ำดีคั่งนิ่ง - รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) สูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และอาหารที่มี calcium และมีไขมันแบบ saturated fats ต่ำ เช่น เนื้อปลา น้ำ มันมะกอก เป็นต้น -ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 ml. สังเกตอาการของการขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากและเยื่อตาแห้ง กระหายน้ำและปัสสาวะสีเข้ม หากมีอาการขาดน้ำให้เพิ่มปริมาณน้ำได้ 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามในสิ่งที่สงสัย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		5. ประเมินซ้ำ หลังให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยการซักถามในประเด็น ต่าง ๆ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และเน้นย้ำ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

อภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็น Cholangiocarcinoma ได้รับการรักษาด้วยวิธี EUB c ERCP c EST c Dilate CBD c insertion stent PD&CBD ในผู้ป่วยรายที่ 1 และวิธี ERCP c EST c Dilate CBD c insertion stent PD&CBD ในผู้ป่วยรายที่ 2 การดำเนินของโรคคล้ายคลึงกัน กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว และแม่นยำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผลการศึกษา พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 9 ข้อเท่ากัน มีข้อที่แตกต่างกันคือระยะก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาตอนที่ 2 มีมากกว่า 1 ข้อ และหลังผ่าตัด กรณีศึกษาตอนที่ 1 มีมากกว่า 1 ข้อ ปัญหาข้อที่ 6(รายที่1),7,8(ทั้ง 2 ราย) แก้ปัญหาได้สิ้นสุด ส่วนปัญหาข้ออื่น ๆ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แต่ได้นัดติดตามผลการรักษา อีก 1 สัปดาห์ ในผู้ป่วยรายที่ 1 และนัด 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยดูแลสุขภาพดีขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการ

ดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร ได้ถูกต้อง สามารถเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เลิกรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้ ควบคุมค่าอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิที่ยืนยาวขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

การตรวจวินิจฉัยและการผ่าตัดผ่านกล้องในระบบทางเดินอาหารมีความสำคัญและช่วยให้การรักษา มีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บและกระทบกระเทือนน้อย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. มีศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารที่มีความทันสมัย อุปกรณ์ครบครัน มีพื้นที่แยกเฉพาะและบุคลากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน แยกจากห้องผ่าตัดต่างหาก รองรับบริการให้บริการประชาชนในพื้นที่และในโซนเขตพื้นที่ใกล้เคียง
2. มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทันสมัย เพียงพอและได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อการใช้งานได้คุ้มค่า
3. มีการส่งเสริมสมรรถนะแก่บุคลากรให้ได้รับการอบรมเฉพาะ พื้นฟูความรู้สม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพและมาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

4. การจัดให้ความรู้แก่ประชาชน คนไข้ที่มารับบริการผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในโรคและการปฏิบัติตัว

5. ส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการรณรงค์ให้ความรู้ ปรับทัศนคติเรื่องการรับประทานอาหารของประชาชนในชุมชน

6. จัดระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็งให้มีการเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วย

สรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) มีความสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนในการบริการที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีการประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย

และประสิทธิภาพการบริการ ทั้งนี้ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เช่น การขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนอย่างเหมาะสมจึงมีแนวทางการแก้ไข และข้อเสนอแนะ เพื่อลดความล่าช้าในการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายดูแลต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ และให้การพยาบาลตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณและการดำเนินชีวิตในสังคม ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Meseeha, M., & Attia, M. (2021). *Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography*. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493160/>
2. Trylisky, Y., & Bryce, G, J. (2018). Post-ercp pancreatitis: Pathophysiology, early identification, and risk stratification. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 27(1). 149-154. doi: 10.17219/acem/66773
3. สมปอง พะมูลิลลา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2564). ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2560; 40 : 84-85
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2559)
5. กฤษฎา ทองทับ. (2564). การพยาบาลแบบองค์รวม. [ระบบออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.manarom/blog/Holistic_Care.html.com/
6. กาญจนา ร้อยนาถ ชดช้อย วัฒนะ. (2559). ปัญหาระบบทางเดินอาหาร : การดูแลแบบบูรณาการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอวัยวะไทรอยด์. ใน: ประทุม สร้อยวงศ์, บรรณาธิการ. *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณกิจ สมาร์ทไคท์ติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2560. หน้า 58-59.

8. วิไลลักษณ์ ภูจอมจิตต์. (2564). การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความเสี่ยงสูง : กรณีศึกษา 2 ราย. The holistic nursing care for high risk cholangiocarcinoma patients : case study 2 case Journal of Health and Environmental Education;6(3): 35-42
9. อภัย สุขเจริญ. (2556). การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น. มหาวิทยาลัยคริสเตียน;โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
10. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Nursing care for patients with common bile duct stone undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography). ฝ่ายการพยาบาล

การพยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับจิตเภทที่บ้าน Nursing care for diabetic patients with schizophrenia at home

(Received: September 27,2022 ; Accepted: September 30,2022)

วารุณี มากำเนิด¹

Warunee Makumnerd¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 5 มีนาคม 2564 ด้วยอาการหายใจเหนื่อย ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย Hypotension มีประวัติโรคเบาหวาน โรคจิตเภท รับประทานยาต่อเนื่อง แต่มีปัญหาพฤติกรรมควบคุมโรค จำหน่ายวันที่ 8 มีนาคม 2564 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกวันที่ 9 มีนาคม 2564 จากการเยี่ยมบ้านพบว่า ด้านผู้ป่วย ยังมีอาการเห็นภาพหลอน มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่ยอมรับประทานยา ด้านผู้ดูแล มีการเตรียมยาผิด การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง มีอาการเครียดและตรวจพบว่าเป็นโรคจิตเภทแต่ควบคุมอาการได้ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ฐานะยากจน ที่พักอาศัยไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง ได้รับการสอน แนะนำ ด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง และปฏิบัติตามแพทย์การรักษาดีขึ้น และประสานงานกับหน่วยงานชุมชนให้ความช่วยเหลือซ่อมแซมที่พักอาศัย จัดหางานที่สามารถทำที่บ้านร่วมกับดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคเบาหวาน, โรคจิตเภท, การเยี่ยมบ้าน, การพยาบาลในชุมชน

Abstract

A Thai female patient, 53 year old, was admitted to the hospital on March 5, 2021 with shortness of breath before coming to the hospital for 2 hours. Doctor diagnosed that patient has the hypotension. The patient has the history of diabetic and schizophrenia disease and continued to receive the medication. But there are behavioral problems controlling the disease. The patient was discharged on March 8, 2021. From the follow-up home visit for the first time on March 9, 2021, it was found that the patient still had hallucinations. There is misbehavior related to diabetes and refuse to take medication. The caretaker has improper for drug injection preparation and drug storage. The patient had stress and schizophrenia, but the symptoms were under control. The social and economic of patient is poor status and unsafe housing. The patient was received the follow-up visits for 6 times and were advised in patient care. The patient had good self-care behaviors and follow the doctor suggestion resulting better treatment. The medical team coordinates with community agencies to help repair the shelter and provide work at home with patient care. Patient and caregivers have a better quality of life.

Keywords: Nursing care, Diabetes, Schizophrenia, Home visit, Community nursing

¹ โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณ ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องของตับอ่อนในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสม (Relative insulin deficiency) ¹ การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้มีการทำลาย เสื่อมสภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกเป็นผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 346 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี พ.ศ. 2573 ส่วนจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยสำรวจโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 840,849 คน, 876,970 คน และ 941,226 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ⁸ สำหรับโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะปรากฏกลุ่มอาการใน 2 ลักษณะ คือ กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) พฤติกรรมและการพูดผิดปกติ (disorganized speech and behaviors) เป็นต้น และกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เรียบเฉย (flat affect) การเคลื่อนไหวช้าลง (slow movements) การดูแลตนเองบกพร่อง (poor self-care) ซึ่งการดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์องค์ความรู้สู่การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และ

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณี การพยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับจิตเภทที่บ้าน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 53 ปี สถานภาพหย่าร้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน วันที่ 5 มีนาคม 2564 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าหลวง ด้วยอาการหายใจเหนื่อยก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย Hypotension ดูแลรักษาในโรงพยาบาลนาน 3 วัน จำหน่ายและส่งต่อให้หน่วยเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมดูแลติดตามเยี่ยม และให้การช่วยเหลือ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติโรคประจำตัว มีประวัติโรคจิตเภท ตั้งแต่ปี 2549 มีอาการอะละอะละวาด จะทำร้ายคนอื่น เก็บขยะเข้าบ้าน พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี 2553 รับประทานยา แต่มีปัญหาพฤติกรรมควบคุมโรคไม่ได้

การประเมินตาม INHOMESSS

1. Immobility/impairment ความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตัวเองได้ (ADL= 20 คะแนน) มีอาการหงุดหงิด มีเห็นภาพหลอนบางครั้ง

2. Nutrition ภาวะโภชนาการ รับประทานอาหารตามที่กำลังหาซื้อได้ จะมีน้ำชายชื้อกับข้าวอาหารสดมาใส่ตู้เย็นไว้ให้ นางสาวชื้อข้าวสารอาหารแห้งมาไว้ให้ ลูกชายเป็นคนประกอบอาหารส่วนใหญ่ประกอบอาหาร เน้นอาหารรสจัด เปรี้ยวหวาน เค็ม อาหารผัดทอด รับประทาน 3 มื้อ แต่ละมื้อรับประทานข้าวมาก น้ำดื่มเป็นน้ำฝนในโอ่งที่ปิดฝาไว้ ไม่ดื่มน้ำ ไม่มีฟันผุ ไม่มีปวดฟัน ไม่ใช่ฟันปลอม

3. Home environment สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน เป็นบ้านชั้นเดียวมีได้สูง ต้องขึ้นบันได 4 ชั้น และบันไดไม่ค่อยมีความมั่นคง สุนัข 1 ตัว, แมว 2 ตัว มีแสงไฟในบ้านไม่เพียงพอ ไม่มีที่กันแมลงเข้าบ้าน ไม่มีประตูปิดบ้านมิดชิดพื้นกระดานภายในบ้านไม่สม่ำเสมอ และมีรูระหว่างไม้กระดานกว้าง ห้องน้ำอยู่ไกลจากตัวบ้าน ไม่มีแสงสว่างเพียงพอ

4. Other people ในครอบครัวมีกันทั้งหมด 3 คน คนไข้/ลูกชาย/แม่ ลูกชายไม่ได้ทำงาน เนื่องจากต้องดูแลแม่คือคนไข้และยายที่อายุ 86 ซึ่งช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก หลานชายต้องทำให้ทุกอย่างตั้งแต่อาบน้ำ/ป้อนข้าว/เทอุจจาระ ปัสสาวะ มีรายได้จากเงินผู้พิการของคนไข้ (จิตเวช) 800 บาท/เดือน และเบี้ยผู้สูงอายุของยาย 800/เดือน รวม 1600 บาท

5. Medication ยา/การรักษาที่ได้รับ ยาที่รับประทานประจำ คือ

- Mixtard inj 1000 unit 20-0-10 (sc)
- Simvastatin (20) 1 tab oral hs
- Risperidone 2 mg 1 tab oral hs
- Sodamint 1 tab oral tid pc
- Amlodipine (5) 1 tab oral เช้า

6. Examination ประเมินและตรวจร่างกาย
สภาพทั่วไป : รูปร่างผอม ผิวดำแดง น้ำหนัก 49 กิโลกรัม สีหน้าเรียบเฉย พูดคนเดียวเป็นบางครั้ง
สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 167/98 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: พูดคุยถามตอบพอรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ รู้วัน เวลา สถานที่ (GCS=15 คะแนน)
Pupil Ø 2mm RTL BE ตา 2 ข้างพร่ามัว จากเบาหวานขึ้นตา

หัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที Systolic murmur S1 S2 ปกติ

ระบบหายใจ: หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีเสียง Wheezing และเสียง Crepitation

ระบบทางเดินอาหาร: คลำบริเวณหน้าท้องนุ่ม เคาะโปร่งไม่มีท้องอืด เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) 5-6 ครั้ง/นาที

7. Safety ความปลอดภัย ใช้น้ำฝนในการอุปโภคบริโภค ซึ่งภาชนะรองน้ำไม่สะอาด สภาพบ้านเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นกระดานไม่เสมอและบันไดไม่แข็งแรง

8. Service บริการที่ได้รับคือเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลท่าหลวง 036-497555 หรือเบอร์ 1669 ซึ่งสามารถเข้าถึงภายใน 10 นาที

9. Spiritual ความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ร่วมพิธีทางศาสนามานานแล้ว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	5 มีนาคม 2564		ค่าปกติ
	ค่าตรวจพบ	แปลผล	
Lipid profile			
Cholesterol	254 mg/dl	ปกติ	150-200 mg/dl
Triglyceride	228 mg/dl	สูง	30-200 mg/dl
HDL- cholesterol	37 mg/dl	ปกติ	35-100 mg/dl
LDL- cholesterol	178 mg/dl	สูง	130-160 mg/dl
FBS	235 mg/dl	ปกติ	70-110 mg/dl
BUN	21.1 mg/dl	ปกติ	5-25 mg/dl
Creatinine	1.33 mg/dl	สูง	0.5-1.2 mg/dl
GFR	45.67 (Stage 3)		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน พยาบาลได้วางแผนการดูแลร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน โดยพูดคุยทำความเข้าใจกันระหว่างทีมรักษาพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว จัดทำผังครอบครัว (genogram) เพื่อรับทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกและประวัติครอบครัว เตรียมแบบประเมิน INHOMESSS แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ADL) แบบประเมินด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q จากการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ - ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ประสาทหลอน และไม่ค่อยยอมรับการรักษา - ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นลูกชาย เตรียมและประกอบอาหาร เตรียมและเก็บยาผิด ยังไม่ถูกต้อง - ผู้ดูแลเคยป่วยด้วยโรคจิตเภท รับประทานยา ควบคุมอาการได้ - ครอบครัวฐานะยากจน สภาพแวดล้อม สภาพบ้านไม่ปลอดภัย	
ระยะเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 วันที่ 9 มีนาคม 2564 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ผู้ป่วยเสี่ยงอันตรายต่อหลอดเลือดสมอง เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมอง เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพขณะเยี่ยม 2. สอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง การรับประทานยา และการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา 3. อธิบาย แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด 4. ให้เบอร์โทรฉุกเฉินของโรงพยาบาลท่าหลวงและเบอร์ 1669 เพื่อให้ผู้ดูแลติดต่อขอความช่วยเหลือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน 5. ให้แผ่นพับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการลืมและเป็นการทบทวน 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา 1 เดือน การประเมินผล ผู้ดูแลรับฟังคำแนะนำและจะปฏิบัติตาม บอกความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะภาวะหลอดเลือดสมองแตกและเกิดความพิการได้ BP = 142/90 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 ผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นปกติ 80-120 mg/dl และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการควบคุมเบาหวานผู้ป่วยให้ได้ผลดี ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร อาหารผู้ป่วยเบาหวานแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล ขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ลอดช่อง อาหารเชื่อม ขนมเค้ก ซ็อกโกแลต ไอศกรีม ขนมหวานอื่น ๆ ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ผักบุ้ง ถั่วออก ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยา ผัดผัก เป็นต้น ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ ประเภทที่ 3 รับประทานได้แต่จำกัดจำนวน ได้แก่ อาหารพวกแป้งต่าง ๆ ข้าว ขนมจีน เส้นก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น หลักในการรับประทานอาหาร ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	1. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ยกเว้นผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน ควรรับประทานอาหารว่างตอนบ่ายและ/หรือก่อนนอนด้วยอาหารว่าง อาจใช้นมจืด 1 แก้ว หรือขนมปังจืด 2-3 แผ่น หรือผลไม้ เช่น กล้วยน้ำว้า หรือส้มเขียวหวาน 1 ผล รับประทานให้ตรงเวลา ไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง รับประทานในปริมาณใกล้เคียงกันทุกมื้อ 2. อย่ารับประทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา และในแต่ละมื้อให้รับประทานอาหารที่มีทั้งแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน และผัก 3. ห้ามรับประทานน้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน ขนมเชื่อม น้ำตาลนมหวาน ผลไม้กระป๋อง ผลไม้เชื่อม 4. หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ ไขมันสัตว์ เนย น้ำมันหมู เนื้อมันหมู หมูสามชั้น มันไก่ กะทิ ไข่แดง อาหารทอด เช่น ไก่ทอด กล้วยแขก ปาท่องโก๋ ข้าวเกรียบทอด เป็นต้น 5. หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัดและอาหารสำเร็จรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง การออกกำลังกาย หลักการออกกำลังกายที่จะมีประโยชน์ต่อร่างกาย มีหลักการ ดังนี้ 1. จะต้องออกแรงจนรู้สึกใจเต้นแรงและมีเหงื่อออก แต่ไม่ให้เหนื่อยเกินไปจนจุกแน่นหรือปวดไม่ออก 2. แต่ละครั้งทำติดต่อกันอย่างน้อย 15-20 นาที 3. ทำวันละครั้ง หรืออย่างน้อยวันเว้นวัน ตัวอย่างการออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะๆ วิ่งหรือกระโดดอยู่กับที่ เดินเร็ว ๆ หรือเดินสลับวิ่ง ขี่จักรยาน การทำงานด้วยแรงกายก็ได้ประโยชน์ เช่น ตักน้ำ ขุดดินปลูกผัก ทำความสะอาดบ้าน แต่ขอให้เหงื่อออก และต้องทำติดต่อกันอย่างน้อย 15-20 นาที ทำวันละครั้งหรืออย่างน้อยวันเว้นวัน ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย 1. ควรเริ่มต้นออกกำลังกายทีละน้อยๆ ตามกำลังของตนเองก่อน อย่าหักโหมหรือเหนื่อยเกินไป แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย 2. ในการออกกำลังกายไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง ไม่ควรกินอาหารหรือดื่มน้ำหวาน หรือน้ำผลไม้เพิ่มจากปกติ 3. ขณะออกกำลังกาย ถ้ารู้สึกมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด จุกแน่น หน้าอก รู้สึกเหนื่อยผิดปกติ ให้นั่งพักทันที และดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว แล้วควรรีบไปพบแพทย์ 4. ในการออกกำลังกาย ควรดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ 2. อธิบายและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง โดยบุตรชายเป็นผู้จัดยาให้รับประทาน 3. เฝ้าระวังและเฝ้าระวังการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง รวมถึงการเก็บยาในตู้เย็น การประเมินผล เมื่อถามกลับผู้ดูแล สามารถตอบได้ถูกต้องส่วนใหญ่ เช่น อาหารที่ห้ามรับประทาน การออกกำลังกายที่ปฏิบัติได้ คือ การเดิน การรดน้ำผัก ให้ผู้ดูแลสาธิตการเตรียมยาและฉีดยาอินซูลิน พบว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง วัตถุประสงค์ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต การดื่มน้ำในแต่ละวัน จำนวนปัสสาวะที่ออกสังเกตอาการบวมอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย 2. อธิบายผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากภาวะไตวายเสื่อม คือ การเกิดไตวายเรื้อรัง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. อธิบาย แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการชะลอไตเสื่อม - การจำกัดเกลือ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีเกลือและเครื่องปรุงรสไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน ถ้าปรุงอาหารเอง แต่ถ้าซื้อมารับประทานให้เลือกอาหารจืด เช่น ต้ม ผัดรสจืด - การสังเกตภาวะน้ำเกิน เช่น อาการบวมของอวัยวะต่าง ๆ หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยหอบ ปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ - การรับประทานยา ไม่ซื้อยามารับประทานเองโดยเฉพาะยาแก้ปวด ยาชุด 4. เน้นย้ำการควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นปกติ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต 5. ให้แผนพบการดูแลตัวเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตที่บ้านแก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการล้มและเป็นการทบทวน
ครั้งที่ 2 วันที่ 12 มีนาคม 2564 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผล เนื่องจากการใช้อินซูลินไม่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพ	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายวิธีการเก็บยาอินซูลิน - เก็บ insulin ในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส (ไม่เก็บในช่องแช่แข็ง) และแยกจากยาอื่น ๆ - Insulin แบบ pen filled (ที่อยู่ในปากกา) เมื่อเปิดใช้แล้ว ไม่ควรเก็บปากกาในตู้เย็น สามารถเก็บที่อุณหภูมิห้องได้ 1 เดือน แต่ควรเก็บให้พ้นแสงแดด - สอนการจดบันทึกการเปิดใช้ยาและตรวจสอบการหมดอายุของยา 2. ทบทวนวิธีการดูยาและวิธีฉีดยาที่ต้องแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย 3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตามแผนการรักษา ถ้าผิดปกติให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบโดยให้ อสม. ติดตามผล การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติแสดงวิธีการเก็บรักษายาอินซูลินได้ถูกต้อง DTX หลังรับประทานอาหารเช้า 2 ชั่วโมง 188 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสม แต่ผู้ป่วยตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยให้ดูแลทำความสะอาดภายในตัวบ้าน รวมถึงจัดของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง 2. แนะนำให้ดูแลห้องครัวให้ถูกสุขลักษณะ มีฝาชีครอบอาหารป้องกันแมลง และหาภาชนะปิดฝาโอ่งน้ำ 3. แนะนำการต้มน้ำก่อนดื่ม 4. แนะนำให้ระวังการสะดุดล้มจากพื้นที่ไม่สม่ำเสมอและระมัดระวังการตกบันได 5. ประสานกับผู้ผู้นำชุมชนและองค์กรบริหารส่วนตำบลท่าหลวงเพื่อขอความช่วยเหลือปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย การประเมินผล สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ภายในบ้านมีการจัดวางของเป็นระเบียบมากขึ้น บันไดได้รับการซ่อมแซมให้แข็งแรงขึ้น โอ่งน้ำมีแผ่นสังกะสีปิดไว้ ผู้ป่วยและผู้ดูแล บุคคลในบ้านไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม
ครั้งที่ 3 วันที่ 17 มีนาคม 2564 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงอันตรายต่อการทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีภาวะประสาทหลอน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการหวาดระแวง ภาวะหูแว่วประสาทหลอนทุกครั้งที่มาเยี่ยม โดยสอบถามจากผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลได้เหมาะสม 2. ไม่แสดงกิริยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยหรือไม่มั่นใจ ระวังการกระชับต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าพยาบาลนินทาหรือระแวง 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยลดอาการหวาดระแวง ได้แก่ การฉีดยา Fluphenazine 50 mg im ให้ที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง และสังเกตอาการข้างเคียง



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ได้แก่ ตาพร่า ปวดศีรษะจากความดันในลูกตาเพิ่ม ปากคอแห้ง นอกจากนี้ยังมีการประสานงานกับสถานีตำรวจภูธรท่าหลวงเพื่อส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจลงบ้านผู้ป่วยพร้อมพยาบาลเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมฉีดยาจิตเวช 4. สอนให้ผู้ดูแลสังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ เช่น เริ่มหงุดหงิดง่าย ไม่นอน/นอนไม่หลับ อาจเริ่มมีอาการหูแว่วประสาทหลอน รวมถึงมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ เช่น ทิ้งยา ไม่กินยา พุดห้วน ตาขวาง 5. สอนทักษะการติดตาม การกำกับการกินยาของผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล โดยประสานพี่ชายคนโต ผู้ป่วยช่วยพูดโน้มน้าวให้กินยา เพื่อช่วยสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล 6. ให้ข้อมูลในแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉินแก่ผู้ดูแล ได้แก่ อสม.ใกล้บ้าน เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลท่าหลวง และผู้นำชุมชน การประเมินผล อาการสงบ อาการหวาดระแวงลดลง หลับพักผ่อนได้ ไม่มีการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากปัญหาขาดรายได้และภาระการดูแลผู้ป่วย 2 คน วัตถุประสงค์ ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และป้องกันอาการทางจิตกำเริบ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ร่วมปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ พี่ชายคนโต และน้องสาวผู้ป่วย อธิบายปัญหาของผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ทราบและแนวทางการช่วยเหลือ 2. ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และประสานหน่วยงานต่างๆ สนับสนุนด้านการปรับปรุงสภาพบ้าน และบอกแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน 3. ลดภาระแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยขอความช่วยเหลือจากน้องสาวของผู้ป่วยมาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยบางวันสลับเปลี่ยนกับผู้ดูแลผู้ป่วย 4. ลดภาระแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด โดยประสานงานกับกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าหลวง รวมถึงมูลนิธิต่างๆ เพื่อช่วยรับส่งผู้ป่วย 5. ประเมินการรับประทานยาจิตเวชของผู้ดูแล และให้คำแนะนำให้ผู้ดูแลรับประทานยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ 6. ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q ก่อนและหลังให้การพยาบาลการ ประเมินผล ระดับคะแนนความซึมเศร้า 2Q ปกติ ผู้ดูแลคอยให้กำลังใจแม่เสมอ บอกให้แม่สู้ ทำได้กับตัวโรคของแม่เพราะโรคภัยไข้เจ็บและความตายเป็นเรื่องธรรมดา ทุกอย่างไม่น่าอน เมื่อผู้ดูแลมีงานทำได้ที่บ้านจากการสนับสนุนของชุมชนทำให้เครียดน้อยลงมากเพราะหาเงินได้
ครั้งที่ 4 วันที่ 19 มีนาคม 2564 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่ทั้งสองข้าง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดแผลที่เท้า	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายการดูแลผิวหนัง โดย 1.1 อาบน้ำทุกวัน ถ้าอากาศร้อน ควรอาบน้ำหลังตื่นนอน และก่อนนอนด้วยสบู่อ่อนๆ และหลังอาบน้ำถ้าผิวแห้ง ทาด้วยโลชั่น 1.2 หมั่นดูแลผิวหนัง อย่าเกา จะทำให้เกิดรอยแผล เวลาล้างขา ชักผ้า ล้างน้ำยาเคมีออกให้หมดหลังทำกิจกรรม 1.3 หากเกิดแผลขึ้น ควรให้การรักษาทันที เช่น ล้างด้วยสบู่อ่อน และควรมาพบแพทย์ เมื่อพบมีอาการบวม แดง ร้อน หรือแผลมีหนอง 2. อธิบายการดูแลรักษาเท้า 2.1 ตรวจดูเท้าทุกวัน ว่ามีรอยขีดข่วน หรือรอยบาดจากของมีคม หนัสน้ำขึ้น ผิวหนังแตกหรือเป็นตาปลา 2.2 ทำความสะอาดแล้วเช็ดเท้าให้แห้ง โดยเฉพาะซอกนิ้ว

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.3 ตรวจดูเล็บ โดยเฉพาะนิ้วหัวแม่มือเท้า ตัดเล็บตรงๆ ไม่สั้นเกินไป สวมรองเท้าหัว 2.4 เมื่อรู้สึกร้าวเท้าขา ไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อนหรือขวดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดพอง 2.5 หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง เพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีบาดแผลเกิดขึ้น
ครั้งที่ 5 วันที่ 31 มีนาคม 2564	ติดตามประเมินผลผู้ป่วยและผู้ดูแล ในเรื่องการปรุงและประกอบอาหาร บุตรชายสามารถประกอบอาหารได้ถูกต้องมากขึ้น เน้นการใช้วิธีต้ม มากกว่าการทอด เน้นผักเป็นส่วนประกอบหลัก การฉีดยาอินซูลิน วิธีการดยา ฉีดยา ปฏิบัติได้ถูกต้อง และเก็บรักษารวมถึงการจัดเก็บ syringe และเข็มได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องครบตามแผนการรักษา ทำให้อาการสงบไม่มีอาการหิวแหว่งประสาทหลอน ระดับน้ำตาล DTX 129 mg/dl BP = 129/71 mmHg
ระยะสิ้นสุดการเยี่ยม ครั้งที่ 6 วันที่ 23 เมษายน 2564	จากการเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน พยาบาลผู้เยี่ยมได้ประเมินการเยี่ยมแล้วว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองและจัดการปัญหาได้เองตามความเหมาะสม ก่อนสิ้นสุดการเยี่ยม พยาบาลต้องสรุปผลการเยี่ยมร่วมกับทีมและผู้ดูแลผู้ป่วยให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีและคงพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดีไว้ บอกแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน และยังคงติดตามผลเป็นระยะโดยประสานงานกับชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการเยี่ยมตามมาตรฐานภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์ มีการประเมิน INHOMESSS ครอบครัว ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ประสบผลสำเร็จ สภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น

สรุป

การพยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับจิตเภทที่บ้าน พบว่า ด้านผู้ป่วย ยังมีอาการเห็นภาพหลอน มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่ยอมรับประทานยา ด้านผู้ดูแล มีการเตรียมยาฉีด การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง มีอาการเครียดและตรวจพบว่าเป็นโรคจิตเภทแต่ควบคุมอาการได้ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ฐานะยากจน ที่พักอาศัยไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง ได้รับการสอน แนะนำ ด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง และปฏิบัติตามแพทย์การรักษาดีขึ้น และประสานงานกับหน่วยงานชุมชนให้ความช่วยเหลือซ่อมแซมที่พักอาศัย จัดหางานที่สามารถทำที่บ้านร่วมกับดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁴⁻⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเพิ่มศักยภาพแก่พยาบาลเยี่ยมบ้านในการให้คำปรึกษารูปแบบ Motivational Interviewing : MI เพื่อสร้างแรงจูงใจในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้งานประสบความสำเร็จมากขึ้น
2. ควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ care giver ในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและแบ่งเบาภาระญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
3. ควรประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560. ปทุมธานี. บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด
2. ธนพล บรรดาศักดิ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา. เวชสารแพทย์ทหารบก 74(3). 221-32
3. ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท : บทบาทและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : บริษัท ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย จำกัด
4. กนกพจน์ จันทร์ภักดิ์, สุรพันธ์ พวงศ์สุธน, กุลธิดา มณีนิล, นิดดา ศิริยากร, ปิยวรรณ เทียนชัยอนันต์. (2563). แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
5. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (2561). การพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. สุวรรณ ศรี้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันทา, จุฑามาศ สุขเกษม. (2560). พฤติกรรม การดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28(2):93-103.
7. Dziwota E, Stepulak MZ, Woszczak-Szubzda A, Olajossy M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. Ann Agric Environ Med;25(1):50-5
8. American Diabetes Association. (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care; 40 (Suppl 1): S11-S24.

ระบบบริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ
จังหวัดมหาสารคาม

The postpartum mental health care system in Tambon Baan Poey hospital promoting care
Borabue District Mahasarakham province

(Received: September 21,2022 ; Accepted: September 24,2022)

ประภัศร อินทรักษ์¹

Prapussorn Intarak¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by cross sectional study) เพื่อศึกษาระบบและผลของระบบบริการสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น มารดาหลังคลอด 4-16 สัปดาห์ ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เดือนมีนาคม 2564 –กรกฎาคม 2565 รวม 17 เดือน 36 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด สูงสุด Dependent t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า 1)มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี มีสถานภาพสมรส การศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือน 0 – 10,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว บุตรหลังคลอดมีสุขภาพ แข็งแรง และคลอดบุตรมาแล้ว 8-12 สัปดาห์ 2)มารดาหลังคลอดพอใจในการบริการระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.10) ที่ผู้ ให้บริการกระตือรือร้น ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ, ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริการและระยะเวลาบริการเหมาะสม 3)ผู้ ให้บริการเห็นด้วยกับระบบการให้บริการและการเยี่ยมบ้าน ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.85) โดยครอบครัวให้การต้อนรับ ร่วมมือ ภูมิใจในการให้บริการ บริการตรงตามความต้องการ ชักถามข้อสงสัย มารดาอาการดีขึ้นหลังให้บริการ และ ประเมิน 2Q, ST-5 4)มารดาหลังคลอดที่ได้รับการบริการและเยี่ยมบ้าน มีอาการเครียดหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ลดลง ตามแบบประเมินความเครียด (ST-5) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ระบบบริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด

Abstract

This Survey Research by cross sectional study aimed to study and effect of Postpartum mental health care system . The sample consisted of 37 Postpartum mothers who are in their 4th–16th weeks of Postpartum period and live in Tambon Baan Poey, Borabue District, Mahasarakham Province between March 2021 and July 2022, totaling 17 months. The data were collected from medical records and structured questionnaires and analyzed by using descriptive statistics, i.e. percentage $\bar{x}$, standard deviation (S.D.), minimum and maximum values, Dependent t-test and Content Analysis with the level of statistical significance at 0.05.

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ

The results of the study show 1) The majority of the Postpartum mothers under study are 20-35 years , are married, graduated from junior high school , have a job , have an average income of 0-10,000 baht , are in good health condition , have a healthy newborn and 8th-12th weeks of Postpartum period . 2) Postpartum mothers are extremely satisfied with the service providers ($\bar{x}$ = 4.10). Enthusiastic and helpful workers , Community involvement and home visit at appropriate time. 3) In service providers have positive attitudes towards the Postpartum mother service and the home visit system ($\bar{x}$ of 3.75). The warm welcome from family , chance to assist and answer any queries that help the Postpartum mothers to become healthier , and the administration of 2Q and ST-5 evaluation. 4) The ST-5 evaluation reveals that become less depressed after being visited and receiving the Postpartum service with the statistical significance at 0.05

Keyword : Postpartum mental health care system

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยร้อยละ 10-18^{1,2} เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนอย่างรวดเร็ว ความกดดันในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นมารดา รวมถึงปัจจัยจากสังคม³ มีอาการตั้งแต่วันแรกๆ หลังคลอดร้อยละ 85 โดยจะมีแค่อาการอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่าย หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อย และนอนหลับยาก (Postpartum blues) อาการชัดเจนขึ้นหลังคลอด 2-4 สัปดาห์ จะหายได้เองใน 2 สัปดาห์⁴ มีเพียงร้อยละ 5 ที่อาการรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า (Postpartum depression) มีพฤติกรรมย่ำคิดย้ำทำ กังวลหรือโศกเศร้าเกินเหตุ ไม่สามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 0.1-0.2 อาการรุนแรงเป็นโรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) อาจถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของมารดาและบุตร

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลต่อสุขภาพมารดาและคนในครอบครัว ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสัมพันธ์กับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่ประสบความสำเร็จ สัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรไม่ดี ไม่สนใจดูแลยอมรับบุตร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และอาจมีความคิดทำร้ายบุตรได้ เด็กมักเกิดปัญหาการสื่อสารในการอยู่ร่วมกับมารดาครอบครัวและบุคคลรอบข้าง มีภาวะซึมเศร้าในเด็ก เด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

สามีเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เบื่อหน่ายไม่อยากทำหน้าที่สามี เกิดปัญหาในครอบครัวตามมา⁴

บุคคลใกล้ชิด สังคม และชุมชนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁵ มารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้น้อยกว่ามารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจ หลังคลอดระบุว่าสิ่งสำคัญที่สุด คือคนรอบข้างใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ สามี และสังคมคอยช่วยเหลือ อดทน สนับสนุนให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ ผลัดเปลี่ยนกันดูแลบุตรเพื่อให้มารดาได้พักผ่อน ช่วยลดปัญหาความเครียดและการนอนไม่หลับ⁶

หลักการ Holistic Care plan จึงใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ช่วงสัปดาห์แรก มารดาจะประสบปัญหาในการดูแลตนเองและบุตรมากที่สุด จึงต้องรับฟังปัญหา ช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำแนะนำ เพื่อให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างราบรื่น แก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้มารดาที่เคยซึมเศร้าหลังคลอดมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องเช่น “NURSE Program” (ศรุตา ช่อไสว, 2556) การออกเยี่ยมบ้านตั้งแต่ระดับ สอ. PCU. รพ. สต. รพช. รพท. รพศ. ไม่จำกัดเพียงสถานบำบัดเฉพาะทางในระยะแรก และดูแลติดตามใกล้ชิดต่อเนื่องในชุมชน สามารถบรรเทาอาการซึมเศร้าหลัง

คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสิ้นเปลืองทรัพยากรบริการสุขภาพ ลดการตายของมารดาและทารก ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เพื่อให้บุตรมีพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ^{7,8} กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ unicef จัดทำโครงการและคู่มือเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดเพื่อดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อลูกรักพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้สำหรับจิตอาสาครอบครัว เพื่อให้ความรู้ในการออกเยี่ยมบ้านอย่างมีระเบียบแบบแผนประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดตามวัตถุประสงค์ โดยมีการเยี่ยมตามแบบแผน 1-6 ครั้ง และครั้งที่ 7 ตามความเหมาะสม อีกทั้งงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน (KPI) ออกเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด จำนวน 3 ครั้ง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และการตรวจคัดกรองพิเศษสำหรับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมรหัส z13.3 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

จากข้อมูลเวชระเบียนจำนวนมารดาคลอดที่โรงพยาบาลบรบือ ปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีจำนวน 649, 598 และ 551 รายตามลำดับ มีการคัดกรองสำหรับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมรหัส z13.3 โดยใช้แบบสอบถาม 2Q, ST 5, 9Q ร้อยละ 100 พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4 จำนวนมารดาตามตรวจตามนัดหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลบรบือปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีเพียงร้อยละ 51, 44 และ 42 ตามลำดับ ลงรหัส z13.3 ร้อยละ 100 พบว่ามีภาวะความเครียดในระดับสูงร้อยละ 2 และมีมารดาหลังคลอดเพียงร้อยละ 49, 37 และ 46 ต่อปีตามลำดับ ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ลงรหัส z13.3 ร้อยละ 100 พบว่ามีภาวะความเครียดในระดับสูงร้อยละ 4 จากข้อมูลข้างต้นจึงเป็นโอกาสที่จะศึกษาระบบและผลของระบบบริการสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบรบือ นาร่อง 1 หน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม และนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ หา

จุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไข พัฒนา หรือหาแนวทาง รูปแบบในการดูแลสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลของระบบบริการสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการศึกษาระบบภาคตัดขวาง (Survey Research by cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ มารดาหลังคลอด 4-16 สัปดาห์ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอด 4-16 สัปดาห์ทั้งหมด ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 – กรกฎาคม 2565 จำนวน 36 ราย
3. กลุ่มบุคคลที่ให้ข้อมูลในการสอบถามแบบมีโครงสร้างเพื่อยืนยันข้อมูล คือ ผู้รับผิดชอบหลักในส่วนมาตรการและโครงการของชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน พระ จำนวน 10 คน ผู้รับผิดชอบในการให้บริการมารดาหลังคลอด ได้แก่ อสม. พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 17 คน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการได้รับบริการ สุขภาพมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การเข้ารับบริการหลังคลอด อุปสรรคในการเข้ารับบริการหลังคลอด การเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระบบการให้บริการ สุขภาพมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอด ห้องตรวจ หลังคลอด พยาบาล รพสต บ้านเปื่อย และ อสม. จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผู้รับผิดชอบมาตรการ หรือโครงการของชุมชนและผู้ให้บริการมารดาหลัง คลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (แรงสนับสนุนทาง สังคม) จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ ที่เป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินตนเองด้าน ความเครียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการได้รับบริการและ ให้บริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด ตามแนวคิดของ เบค และ ดริสคอล⁷ เป็นลักษณะการประเมินตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบว่าแต่ละข้อ คำถามวัดได้ตรงตามสิ่งที่วัดหรือไม่ หลังจากนั้นได้นำ แบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์และใช้ สำนวนภาษาที่เหมาะสม ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ทดสอบความถูกต้องของภาษาโดยผู้ให้บริการและผู้ ให้บริการที่คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา และ ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจำนวน 30 ท่าน และนำไป คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha Coefficient) แบบสอบถามการให้บริการและ การรับบริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดของกลุ่ม ประชากรทั้ง 4 แบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่น มากกว่า 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้ นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Dependent t-test การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จาก คณะกรรมการวิจัยสำนักงานจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัด มหาสารคาม

ผลการวิจัย

1. การได้รับบริการสุขภาพมารดาหลังคลอด และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อมูลทั่วไป พบว่า มารดาหลังคลอดที่ตอบ แบบสอบถาม จำนวน 36 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.11 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 52.80 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 38.90 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็น ร้อยละ 36.10 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 0 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.78 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.40 และบุตรหลังคลอดมีสุขภาพ แข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มารดา คลอดบุตรมาแล้ว อยู่ในช่วง 8 – 12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 38.89

มารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่เข้ารับบริการหลัง คลอดที่ รพ.สต./สถานีนอนมัย คิดเป็นร้อยละ 88.89

โดยเหตุผลที่เลือกหน่วยบริการดังกล่าว คือ ระยะทาง คิดเป็นร้อยละ 69.44 รองลงมา คือ ความพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 61.11 และมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการสุขภาพ

มารดาหลังคลอดที่ ส่วนใหญ่ทราบว่าหลังคลอดจะได้รับการเยี่ยมอย่างน้อย 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.30 และได้รับการเยี่ยมและดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.20 โดยได้รับการเยี่ยมหลังคลอด (แม่และลูก) ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 75, 80.60 และ 80.60 ตามลำดับ ในการออกเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. จะเตรียมความพร้อมและนัดหมายท่านล่วงหน้า และมีการสอบถามภาวะซึมเศร้าและความเครียด คิดเป็นร้อยละ 86.10

ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดในการรับบริการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ 3 ลำดับแรก พบว่า มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจในบุคลากรที่กระตือรือร้น ใส่ใจ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำมากที่สุด ($\bar{x} = 4.29$) รองลงมาคือ ชุมชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือการบริการ ($\bar{x} = 4.24$) และระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านเหมาะสมและประทับใจในการเยี่ยมบ้าน ($\bar{x} = 4.15$) ตามลำดับ

2. การให้บริการสุขภาพมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความคิดเห็นของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอด ห้องตรวจหลังคลอด พยาบาล รพสต. บ้านเปือย และ อสม. ต่อการให้บริการมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน 17 คนที่ตอบแบบสอบถาม โดยภาพรวมเห็นด้วยกับระบบการให้บริการสุขภาพและการเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.85$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ 3 ลำดับแรก พบว่า มารดาหลังคลอดและครอบครัวต้อนรับให้ความร่วมมือ และเกิดมีความภูมิใจในการให้บริการ มากที่สุด ($\bar{x} = 4.06$) รองลงมาคือ ได้ให้บริการตรงตามความต้องการมารดาหลังคลอด, มีการเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดและ

ครอบครัวซักถามข้อสงสัย หรือสอบถามความเข้าใจในการบริการ และมารดาหลังคลอดอาการดีขึ้นหลังได้รับการบริการ ($\bar{x} = 4.00$) และมารดาหลังคลอดได้รับการประเมิน 2Q, ST-5 ($\bar{x} = 3.88$) ตามลำดับ

3. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า ความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบมาตรการหรือโครงการของชุมชนและผู้ให้บริการต่อมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน 10 คนที่ตอบแบบสอบถาม โดยภาพรวมเห็นด้วยกับระบบการให้บริการสุขภาพและการเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ 3 ลำดับแรก พบว่า มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมการบริการ, ชุมชนมีการให้บริการที่มีความพร้อมและสะดวกสบาย และมีความภูมิใจในการให้บริการ มากที่สุด ($\bar{x} = 4.20$) รองลงมาคือ ทุกคนในชุมชนร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ เสมอ ($\bar{x} = 4.10$) และเข้าใจรูปแบบและมาตรฐานการบริการต่อชุมชน และมารดาหลังคลอดอาการดีขึ้นหลังได้รับการบริการ ($\bar{x} = 3.90$) ตามลำดับ

4. ผลการประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังคลอดของมารดาหลังคลอด (ST-5) ก่อนได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้าน มารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมากในมารดาหลังคลอด เป็นประจำ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 และบ่อยครั้ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 รองลงมา คือ รู้สึกเบื่อ เซ็ง เป็นประจำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 และบ่อยครั้ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0, หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ และไม่ยอมคบปะผู้คน เป็นประจำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 และบ่อยครั้ง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 และมีสมาธิน้อยลงเป็นประจำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และบ่อยครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังคลอดของมารดาหลังคลอด (ST-5) หลังได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้าน มารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมากในมารดาหลังคลอด เป็นประจำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 และบ่อยครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 รองลงมา คือ รู้สึกเบื่อ เซ็ง, หงุดหงิด/

กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ และไม่อยากพบปะผู้คน เป็นประจำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 และบ่อยครั้ง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบอาการหรือความรู้สึกภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่เกิดก่อนและหลังได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด ตามแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบอาการหรือความรู้สึกภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่เกิดก่อนและหลังได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด ตามแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนเยี่ยมบ้าน	36	10.19	2.906	16.939**	.000
หลังเยี่ยมบ้าน	36	4.02	1.424		

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้าน มีระดับอาการหรือความรู้สึกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระบบบริการสุขภาพจิต มารดาหลังคลอดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปลือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า

การได้รับการบริการสุขภาพมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 36 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี ร้อยละ 86.11 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.80 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.90 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.10 มีรายได้ต่อเดือนในช่วง 0 – 10,000 บาท ร้อยละ 52.78 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.40 บุตรหลังคลอดมีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 100 และคลอดบุตรมาแล้ว อยู่ในช่วง 8 – 12 สัปดาห์ ร้อยละ 38.89 โดยเข้ารับบริการหลังคลอดที่ รพ.สต./สถานอนามัย ร้อยละ 88.89 จากเหตุผล ระยะทาง ร้อยละ 69.44

รองลงมา คือ ความพึงพอใจ ร้อยละ 61.11 และใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการสุขภาพ มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ทราบว่า จะได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง ร้อยละ 83.30 และได้รับการเยี่ยมและดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง ร้อยละ 72.20 โดยได้รับการเยี่ยมหลังคลอด (แม่และลูก) ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ร้อยละ 75, 80.60 และ 80.60 3.ซึ่งจะได้รับการนัดหมายจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และมีการสอบถามภาวะซึมเศร้าและความเครียด ร้อยละ 86.10 ความพึงพอใจต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ อสม. ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.10) 3 ลำดับแรก พบว่า มารดาหลังคลอดพึงพอใจในบุคลากรที่กระตือรือร้น ใส่ใจช่วยเหลือ ให้คำแนะนำมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.29) , ชุมชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือการบริการ ($\bar{X}$ = 4.24) , ระยะเวลาเหมาะสมและประทับใจในการเยี่ยมบ้าน ($\bar{X}$ = 4.15) ตามลำดับ การศึกษานี้พบว่าร้อยละของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการเยี่ยมบ้านสูงกว่าข้อมูลการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยรวมทั้งอำเภอ

การให้บริการสุขภาพมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพแผนกหลัง

คลอด ห้องตรวจหลังคลอด พยาบาล รพสต.บ้านเปือย และ อสม. จำนวน 17 เห็นด้วยกับระบบการให้บริการ สุขภาพและการเยี่ยมบ้าน ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.85$) 3 ลำดับแรก พบว่า มารดาหลังคลอดและครอบครัว ต้อนรับให้ความร่วมมือ มีความภูมิใจในการให้บริการ ($\bar{x} = 4.06$) ,ให้บริการตรงตามความต้องการ, เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หรือสอบถามความเข้าใจในการบริการ และมารดาหลังคลอดอาการดีขึ้นหลังได้รับการบริการ ($\bar{x} = 4.00$) และประเมิน 2Q, ST-5 ($\bar{x} = 3.88$) ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับการตื่นตัวตระหนักและให้ความสำคัญของบุคลากรจาก KPI และการรณรงค์ที่ผ่านมา

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อมารดาหลังคลอด และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้รับ ผิด ชอบ มาตราการหรือโครงการของชุมชนและผู้ให้บริการต่อมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน 10 คนเห็นด้วยกับระบบการให้บริการสุขภาพและการเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$) 3 ลำดับแรก พบว่า มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมการบริการ, ชุมชนมีการให้บริการที่มีความพร้อมและสะดวกสบาย และมีความภูมิใจในการให้บริการ มากที่สุด ($\bar{x} = 4.20$) ,ทุกคนในชุมชนร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ เสมอ ($\bar{x} = 4.10$) เข้าใจรูปแบบและมาตรฐานการบริการต่อชุมชน และอาการดีขึ้นหลังได้รับการบริการ ($\bar{x} = 3.90$) ตามลำดับ ทำให้ทราบถึงลักษณะชุมชนที่ทำการศึกษาคือเป็นชุมชนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือของคนในชุมชนและบุคลากรส่งผลให้ข้อมูลร้อยละในการเยี่ยมบ้านสูงกว่าข้อมูลเฉลี่ยทั้งอำเภอ

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ST-5) ก่อนได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้านและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอน เป็นประจำร้อยละ 19.4 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 25.0 รู้สึกเบื่อ เซ็ง เป็นประจำ ร้อยละ 13.9 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 25.0, หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ และไม่ยากพบปะผู้คน เป็นประจำ ร้อยละ

11.1 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.4 และมีสมาธิน้อยลงเป็นประจำ ร้อยละ 8.3 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 13.9 ซึ่งข้อมูล (ST-5) หลังได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้านพบว่า มีปัญหาการนอน เป็นประจำ ร้อยละ 5.6 และบ่อยครั้งร้อยละ 8.3 รู้สึกเบื่อ เซ็ง, หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ และไม่ยากพบปะผู้คน เป็นประจำ ร้อยละ 2.8 และบ่อยครั้ง ร้อยละ 5.6 สอดคล้องกับแนวคิดของร็อบบินส์และจัสส์และการศึกษาที่ผ่านมา^{1,7,9} กล่าวว่าปัญหาที่พบมากที่สุดของมารดาหลังคลอด คือ ปัญหาการนอน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และอาจเพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด จากข้อมูลเปรียบเทียบพบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการบริการสุขภาพและเยี่ยมบ้าน มีระดับอาการหรือความรู้สึกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสอดคล้องกับ “NURSE Program”¹⁰ ที่มีการประเมินการนอนหลับ และการช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัว สังคม การเยี่ยมบ้าน การช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลทารก อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่ทำการศึกษายู่ในระดับสูงจึงส่งผลให้ร้อยละของความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่าข้อมูลและงานวิจัยที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะ

1.การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปลือย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนของระบบการตรวจเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งจากข้อมูลจะพบว่า ยังมีมารดาหลังคลอดที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน หรือได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ครบ 3 ครั้ง จึงควรวางแผนระบบ รูปแบบการตรวจเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษารวมถึงนำเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสถานการณ์โรคระบาดให้ครอบคลุมทุกกระบวนการเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่สามารถป้องกันได้ เพราะหากเกิดขึ้นแม้เพียงรายเดียวก็นับว่ารุนแรงและส่งผลกระทบตามมาได้

2.ควรมีการวิเคราะห์ SWOT องค์กร เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปลือย

อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม และกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการส่งเสริมระบบบริการสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- 1.กัลพร ยังดี ชูติมา หุ่นเรืองวงษ์.(2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 60(5): 561 – 74
2. แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์.(2561). บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวมในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารพยาบาลทหารบก 19:25-32
- 3.ชนิษฐา เมฆมกล.(2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นนุวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 12(2): 69-77
- 4.นลินี สิทธิบุญมา. (2563). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรกพยาบาลสาร 47(2):169-79
- 5.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรกพยาบาลสาร 42(3):37-50
- 6.สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2561). อาการซึมเศร้าหลังคลอดเป็นอย่างไร มีวิธีรับมือกับอาการซึมเศร้าบ้างไหม.(ออนไลน์). (วันที่เข้าถึง 20 มีนาคม 2564). เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28267>
7. คชรัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 9(2): 24-35
8. Crum K.(2010). Nursing care during the fourth trimester. In: Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal and child nursing care. 8th ed. Maryland Heighte, M: Mosby Elsever; p. 392-437.
9. Robbins, S.P. Judge, T.A.(2013). Organisational Behavior. 15th edition. Pearson, Boston.
10. ศรุตา ช่อไสว.(2556). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลตาศี จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร นครสวรรค์ 10(3):103-18.

ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวิถีใหม่

Outcomes of Care Management for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in New Normal

(Received: September 27,2022 ; Accepted: September 30,2022)

จิรศักดิ์ คามจันทร์¹

Jirasak Kamjanghan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยดำเนินการ (implementation research) ครั้งนี้เป็นการนำนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยและศึกษาผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงการระบาดของโรค-19 มีขั้นตอนการศึกษาวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการ ภายใต้ชื่อ “New Normal Medical Service : คลินิกโรคปอด” และนำสู่การปฏิบัติ และระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาช่วงเดือนตุลาคม 2563 – มกราคม 2564 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มพยาบาล ได้แก่ ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงที่ดำเนินการศึกษา จานวนทั้งสิ้น 168 คน เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อความและแบบประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะที่ 1 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมาก และในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดเพิ่มมากขึ้น คิดเป็น 4 เท่าของช่วงก่อนการระบาดของโรค ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วงวิถีใหม่ ที่มีการนำแนวปฏิบัติแบบครบวงจร ภายใต้รูปแบบ COPD Clinic Model และ Pulmonary Rehabilitation Model โดยการจัดระบบการดูแลแบบสัปดาห์แต่มีคุณภาพเน้นการเข้าถึงคลินิกอย่างง่าย (accesses) มีคุณภาพ (Quality) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และลดระยะเวลารอคอย (Seamless) มีการส่งต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ที่สะดวกรวดเร็วและลดขั้นตอนการบริการในโรงพยาบาล และระยะที่ 3 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนายอยู่ในระดับดี พยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยมีระดับความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P<.001$) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมากกว่าร้อยละ 94

คำสำคัญ: การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิถีใหม่

Abstract

This implementation research is to put health policy into practice with the objective of developing a patient care management system and studying the results of chronic obstructive pulmonary disease patient care management during the epidemic of disease-19. There are 3 stages of research: Stage 1 is the study of the context, the condition of chronic obstructive pulmonary disease patients and the 2019 Corona virus epidemic. Lung" and put it into practice and the 3rd phase evaluates the performance. The study period is from October 2020 - January 2021. Outpatient nursing, 10 people and a group of patients

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

who were treated in the chronic obstructive pulmonary clinic during the study, a total of 168 people, collected data from interviews, notes and evaluation forms.

The results of the study showed that in the 1st phase, it was found that the number of patients was large, and during the outbreak of the 2519 corona virus, the number of patients who missed appointments increased by 4 times compared to the period before the outbreak of the disease. The 2nd phase developed the trend Providing services to patients with chronic obstructive pulmonary disease during a new way of implementing integrated practices under the COPD Clinic Model and Pulmonary Rehabilitation Model by organizing a short but quality care system focusing on easy access to the clinic (accesses) with quality (Quality), efficiency (Efficiency) and reduce waiting time (Seamless) with efficient care transfer, delivery of drugs by mail that is convenient and fast and reduces hospital service procedures and time 3. The evaluation of the implementation of the developed guidelines found that the average value after the development is at a good level. Nurses who serve patients have a higher level of knowledge and skills than before the development, which is statistically significant at the .01 level ($P < .001$) Nurses were satisfied with the implementation of the developed guidelines more than 94 percent

Keywords: Management of chronic obstructive pulmonary disease patients, new normal

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายของประชากรทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเพิ่มสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลก¹ จากข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ในปี 2560 ถึง 2562 มีอัตรา .77, .82 และ .87 ตามลำดับ² อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ในปี 2560 ถึง 2562 มีอัตรา 4.64, 5.75 และ 4.25 ตามลำดับ และในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์มีอัตราป่วยด้วยโรค COPD ในปีพ.ศ. 2560 และ 2561 เพิ่มจำนวนมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 1.3 และ 1.98 ตามลำดับ และอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ > 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.17 และ 72.82 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรค COPD ใน

ปีพ.ศ. 2560 และ 2561 คิดเป็นร้อยละ 4.34 และ 4.7 ซึ่งในสถานการณ์ช่วงปลายปี 2562 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในทุกๆ มิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนเปลี่ยนแปลงไป การจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยในหน่วยบริการภาครัฐจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนและปรับปรุงให้มีความเหมาะสม ที่มีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing)^{3,4,5} การป้องกันการติดเชื้อในกิจกรรมบริการต่างๆ และปรับระบบบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (new normal medical service) ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมาตรการสำหรับควบคุมการระบาดที่สำคัญนอกเหนือจากการส่งเสริมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และนโยบายอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ ระบบบริการสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึง

การรักษาพยาบาล โดยให้เกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงการรักษาที่น้อยที่สุด^{6,7,8}

การพัฒนาประเทศสู่ความยั่งยืน ตามแนวคิด มั่งคั่ง มั่งคั่ง และยั่งยืน ได้นั้นต้องมีการเตรียมคนให้มีความพร้อมทั้ง กรอบความคิด (Mindset) ทักษะ (Skill set) และพฤติกรรม (Behavior set) ของคนทั้งระบบ ให้รู้เท่าทันต่อโลกไร้พรมแดนและเป็นสังคมดิจิทัลเช่นยุคปัจจุบันนี้ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แนวโน้มโรคและภัยสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อน จากโรคติดต่อหรือโรคติดต่อ (communicable disease) แปรเปลี่ยนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non communicable disease) อันเกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งหากบุคคลรู้เท่าทันก็จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งหมายถึงกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพต่อไป มีผู้ที่ให้ผู้ที่ให้ความหมายของคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้หลายมุมมองด้วยกัน ซึ่งผู้ศึกษาของสรุปและจัดหมวดหมู่ไว้ดังนี้ มุมมองด้านทักษะทางการรับรู้และสังคม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้หมายถึง ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ เข้าถึง และใช้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และการทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง⁹ มุมมองด้านความสามารถและการแสวงหาและการใช้มูล จากนโยบายสาธารณสุขในการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวปฏิบัติแบบครบวงจร (COPD Clinic Model) แล ะ pulmonary

rehabilitation model โดยมีระบบเข้าถึงการรักษาได้ง่าย ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง จัดระบบการประเมิน MMRC, CAT score ประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller) และให้คำแนะนำในผู้ที่สูบบุหรี่ จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ตรวจ Spirometry ให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2519 ระบบบริการดูแลรักษาได้มีการปรับเปลี่ยนไปเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และลดระยะเวลาการรอคอยให้เหมาะสมและมีคุณภาพ

จากข้อมูลข้างต้นผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นแพทย์ ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้จัดให้บริการทุกวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ มีผู้รับบริการเฉลี่ย 120 คน/วัน ใช้เวลาในการดูแลรักษา และปฏิบัติกิจกรรมตามปฏิบัติแบบครบวงจร พบว่าใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 6 ชั่วโมง/คน และมีผู้รับบริการไม่มาตามนัดคิดเป็น 4 เท่าของช่วงปกติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการปรับคลินิกบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ชื่อ New Normal Medical Service : คลินิกรักษปอด ใช้การศึกษาวิจัยแบบวิจัยดำเนินการ (Implementation Research) ที่ นำเอา นโยบาย สาธารณสุขในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2519 ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเพื่อค้นหาแนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และยกระดับสุขภาพของผู้รับบริการให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงวิถีใหม่
2. ศึกษาผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงวิถีใหม่
3. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (Implementation Research : IR) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การทบทวนแนวคิดและนโยบายการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวปฏิบัติแบบครบวงจร (COPD Clinic Model) และ pulmonary rehabilitation model มีการวินิจฉัยที่ถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา มีระบบการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score มีการใช้ยาพ่นควบคุม (controller) และประเมินการใช้ยา การให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ 2) จัดกิจกรรมคุณภาพในคลินิกบริการ เช่น การจัดทำโครงการเลิกบุหรี่ 3) จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 5) การบริการตรวจ Spirometry 4) การให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 5) บริการวินิจฉัย/รักษา difficult COPD และ 6) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และแนวทางการจัดระบบบริการแบบวิถีใหม่ เพื่อลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยมีพี่เลี้ยงเป็นญาติในครอบครัวและอสม.ประจำครอบครัว

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ New Normal Medical Service : คลินิกรักษั่ปอด โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นรายงานภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษเท่านั้น จากฐานข้อมูล PubMed 8 เรื่อง จากฐานข้อมูล CINAHL จำนวน 24 เรื่อง ได้อ่านและคัดเลือกแล้วจำนวน 16 เรื่อง ตัดเรื่องที่ซ้ำกันออก 2 เรื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจำแนกรายงานการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนนํานโยบายสู่การปฏิบัติ (pre-implementation) ระหว่างการนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติ (during-implementation) และหลังจากการนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติ (post-implementation) ซึ่งมีการตํางานวิจัยที่ไม่สามารถจัดอยู่ในระยะต่างๆดังกล่าวได้ เช่น วิธีดําเนินโครงการ

(study methodology) แนวคิด และทฤษฎี (framework and theories)^{10,11}

ระยะที่ 3 การประเมินผลการนํานโยบายปฏิบัติ New Normal Medical Service : คลินิกรักษั่ปอด ที่นําสู่การปฏิบัติ และติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งสิ้น 496 คน และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 974

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกอายุรกรรม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานที่ศึกษาอย่างน้อย 3 ปี จำนวนรวมทั้งสิ้น 10 คน และกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงเดือน ตุลาคม 2563 – มกราคม 2564 จำนวน 168 คน เกณฑ์ในการคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว หรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

- แบบสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- แบบแสดงความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้และความเหมาะสมต่อการให้บริการตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น
- แบบประเมินความรู้ทักษะของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
ต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ

- แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการ
นำแนวปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้

- แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการจัดการ
ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการจัดการดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวิถีใหม่ ภายใต้ชื่อ “New Normal Medical Service : คลินิกโรคปอด” ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นในลักษณะการประยุกต์และบูรณาการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและสอดคล้องนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. บริบท แนวคิดและนโยบายคุณภาพ

1.1 ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62 อายุมากกว่า 65 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาได้แก่ อายุ 46 – 65 ปี ร้อยละ 44 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่ครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วย/ญาติได้รับข้อมูลการรักษาและแผนการรักษาไม่ครบถ้วน และในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดเพิ่มมากขึ้น คิดเป็น 4 เท่าของช่วงก่อนการระบาดของโรค มีอัตราการกำเริบซ้ำในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ลดลง จากร้อยละ 68.73 เป็นร้อยละ 36.17

1.2 ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะในการประเมินสมรรถภาพอดการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การวินิจฉัยรักษาไม่ครบถ้วน การปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลไม่ครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกัน ยังขาดแนวทางการให้ข้อมูลการจัดการดูแลตนเองไม่ครอบคลุมและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

1.3 การนำนโยบายการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวปฏิบัติแบบครบวงจร (COPD Clinic Model) และ pulmonary rehabilitation model มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติ “New Normal Medical Service : คลินิกโรคปอด”

นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและนโยบายในระยะที่ 1 ที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวิถีใหม่ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบ จากนั้นได้จัดประชุมเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อระดมความคิดเห็น กำหนดแนวทางการจัดการดูแลที่ชัดเจน พัฒนาสู่ “New Normal Medical Service : คลินิกโรคปอด” ที่มีขั้นที่ไม่ยุ่งยาก/ซับซ้อน ลดระยะเวลารอคอย จาก 6 ชั่วโมง เหลือเพียง 28 นาทีในรายที่รับยาทางไปรษณีย์ และ 36 นาทีในรายที่แจ้งรับยาร้านยาใกล้บ้าน ซึ่งแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม ดังนี้

2.1 แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเดิมและที่พัฒนาขึ้นใหม่

แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย COPD แบบเดิม	แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย COPD แบบใหม่
- คัดกรอง/ประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิก COPD กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (รายใหม่) - การเข้าสู่การวินิจฉัย ในรายที่ได้รับ refer การส่งต่อการรักษาจากรพช. - ประเมินสัญญาณชีพ - ตรวจ Spirometry - ประเมิน MMRC, CAT score - ประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller) - ส่งคลินิกฟัาใส แนะนำเลิกบุหรี่ - ฟัีนฟูสมรรถภาพปอด - รายงานแพทย์ตามอาการและอาการแสดง - ส่งเจาะเลือดตรวจ ตามแผนการรักษา - ส่ง CT Scan, CXR, EKG ตามแผนการรักษา - ตรวจรักษาตามคิว - เฝ้าสั้ให้ควมรู้เรื่องการดูแลตนเองและการพ่นยาที่ถูกต้อง	- คัดกรอง/ประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิก COPD กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (รายใหม่) - การเข้าสู่การวินิจฉัย ในรายที่ได้รับ refer การส่งต่อการรักษาจากรพช. - คัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการ เข้ารับการจั้ดบริการส่งยาทางไปรษณีย์ จะคัดเลือกผู้ป่วยที่สมัครใจ - จั้ดให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล มีทั้งสััน 7 ร้าน เพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลาอคอย - ในรายที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่รพ.ได้ จะติดต่อประสานงานกับบุคลากรรพ.สต/ อสม.ในพื้นที่เพื่อการนำส่งยาและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน - จั้ดกลุ่ม Line application ในการติดต่อสื่อสาร - จั้ดระบบ Telemedicine ที่ผู้ป่วย/ญาติ สามารถติดต่อสื่อสาร/ปรึกษาปัญหาการดูแลตนเองได้สะดวกยิ่งขึ้น - มี QR Code แนะนำควมรู้เรื่องยา/การดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติขณะใช้ยา - พัฒนาโปรแกรม Drug Delivery การจัดส่งยาที่บ้านและรับยาร้านยาใกล้บ้านใกล้ใจ

3. การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติ New Normal Medical Service

3.1 ความรู้ของพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี

คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 80 ประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาล 11 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70

ความรู้ของพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การทดสอบความรู้พื้นฐาน	N	$\bar{x}$	SD.	t	p-value
ทดสอบก่อนการพัฒนา	10	10.10	1.155	15.057	.000*
ทดสอบหลังการพัฒนา	10	14.6	. 0.516		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การ

จัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การทดสอบทักษะ	N	$\bar{x}$	SD.	t	p-value
ทดสอบก่อนการพัฒนา	10	10.10	1.449	14.402	.000*
ทดสอบหลังการพัฒนา	10	14.50	.527		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวิถีใหม่ ที่ผู้ศึกษาได้นำนโยบายสาธารณสุขมาใช้ในการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวปฏิบัติแบบครบวงจร (COPD Clinic Model) และ pulmonary rehabilitation model มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการแพทย์วิถีใหม่ได้แนวทาง “New Normal Medical Service : คลินิกโรคปอด” ที่เป็นการตอบโจทย์การป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนการบริการ และสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป^{3, 12}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการ

1.1 การดูแลรักษาและให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในทางปฏิบัติควรจัดระบบบริการให้มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่อง รวดเร็วและลดขั้นตอนการบริการ เพื่อผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐานที่กำหนด

1.2 ระดับจังหวัด ควรนำระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ไปขยายผลการศึกษาและดำเนินงานให้เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลระดับอำเภอ ให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ เชื่อมประสานความร่วมมือของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง พัฒนาจนกระทั่งเข้าสู่และผ่านเกณฑ์คุณภาพ

1.3 ระดับเขตสุขภาพ ควรมีศึกษาวิจัยดำเนินการเชิงระบบ เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องในภาพรวมของเขตสุขภาพ และมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างจังหวัดในเขตบริการสุขภาพเพื่อการพัฒนาแบบยั่งยืน

2. ด้านการบริหารจัดการ/ผู้บริหาร การบริหารจัดการเป็นหัวใจสำคัญในการจัดระบบบริการรักษาผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จและมีคุณภาพควรประกอบด้วย 1) นโยบายการปฏิบัติงาน แนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจน เหมาะสมตามบริบท 2) ด้านทรัพยากรบุคลากร ที่เพียงพอ และมีสมรรถนะเหมาะสม 3) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอ เหมาะสม เช่น เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องควบคุมการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ และ Spirometry นอกจากนี้ ควรมี Peak flow ให้ครอบคลุมทุกรพ.สต เป็นต้น 4) ด้านยาและเวชภัณฑ์ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ 5) ด้านระบบการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการบริการ มีการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพทุกระยะของการดูแล ครบ 4 มิติ และควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีศักยภาพการดูแลผู้ป่วย วัณโรคตามมาตรฐานที่กำหนด และสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาผู้ป่วยในแต่ละจุดบริการ

4. ด้านวิชาการ ควรส่งเสริมให้นำแนวคิดการออกแบบเชิงระบบที่หลากหลายมาพัฒนาการดูแลรักษา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากที่สุด มีการนำแนวคิด Evidence-based เพื่อการพัฒนาต่อยอดส่วนนวัตกรรมทางการดูแลรักษา การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นสากลและนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง ปรับปรุง CPG ที่มีอยู่ในทันสมัย และเท่าทัน Technology ในปัจจุบันและอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Knowledge translation. [cited 2019 Jul 15]. Available from : https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/en/.
- ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 7
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2563). ข้อมูลอัตราป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
- ประภา ราช. (2563). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 วารสารแพทย์เขต 4-5. 39(3) 414-26
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic Plus).
- ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน. (2564). การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าถึงได้จาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/28032> สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2564.
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2563). การป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ติดต่อผ่านช่องทางการสัมผัส. เข้าถึงได้จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&i-d=811 สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2563.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่3). เข้าถึงได้จาก <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200330051455.pdf> สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 2563.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2563). พฤติกรรมของประชากรโลกในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563.
- ชาตรี เมตต์สี, ศิวีไลซ์ (2560) การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560.
- Kelly B. Implementing implementation science : Reviewing the quest to develop methods and frameworks for effective implementation. J Neurol Psychol. 2013; 1 (1): 5.
- National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. [cited 2019 Nov 10]. Available from: [https://www.nhmrc.gov.au/guidelines/development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines%20\(1\).pdf](https://www.nhmrc.gov.au/guidelines/development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines%20(1).pdf).
- กิตติภพ แจ่มโสภณ. (2563). ประสิทธิภาพของหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่ ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคลินิกหมอครอบครัวชุมชนก้างแอน อำเภอปรางค์ จังหวัดสุรินทร์. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2563.