

วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566

VOL8 NO.1 January - March 2023

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว	1
ปณณณณ เชื้อนเพ็ชร ,สายสุรีย์ หงส์ศิลา ,สุตารัตน์ อรรถกิจมงคล	
สภาวะสุขภาพโภชนาการของแมลงลายจำนำอาหารเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวเทศบาลนครอุดรธานี	10
กัญญกัศ สุวรรณศรี	
ผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดสงขลา	18
ศุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล	
ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวเทศบาลนครอุดรธานี	
ปี 2562-2565	28
วาทีต สุวรรณศรี	
ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม	39
วงศ์พร เจริญวัฒนาวิทย์	
การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโรคนี้่วลื้อระหว่างการทำตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังอย่างเดียวกัการทำตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์ ในโรงพยาบาลกมลลาไสย	52
ณัฐวุฒิ สุขกรม	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	61
สกวเดือน สารวย	
ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง	73
กนกศรี จาดเงิน ,วิชชุดา ปุณณณทก	
การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบละเมิด	87
อุดม พิสุทธิอาภา	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุข	
เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	98
พิภพ จันทรเหมือน	
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบวิถีใหม่ (New normal)	
ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น	109
บัวลักษณ์ จันทร และกัณฐณณณ สันพิทักษ์เขต	
ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 โรงพยาบาลบ้านแพรง	118
ณัฐธณณณ สันธิประไพ	
รูปแบบการเสริมสร้างทำทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์	132
กัญญารัตน์ พรพณณ	
ความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	141
ภูษงค์ วงศ์ศิริรัฐ	
การดูแลพระสงฆ์ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา	151
ขวัญทิพย์ อุปริย์	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการจิตเวชชินโควิด 19 อำเภอยายยอ จังหวัดตรัง ...	162
จารณณณ ลัคนาวิวัฒน์ และสาโรจน์ นาคจุ	
การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่	174
โสภา ไชยแก้ว	
การศึกษาภาพรังสีทรวงอก การดำเนินโรคและปัจจัยแสดงควมรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโควิด-19	
ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วง 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 - 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564	182
ปวีณา พันตัน	
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน โรควันโรค ต่อควมรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ	197
จันทรา สุวรรณธาร ,ณัฐธณณณ พิมพ์กมลวัต	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อลำไส้และรอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย โรคนิ่วลำไส้ไม่มีเซลล์มะเร็ง, 5 ปี ในโรงพยาบาลอุดรธานี	207
พนิดา บุปผาไชย ,จารุพงษ์ น้อยคำแย	
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง และดูแลโรคซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565	220
ศรีไพร ทองนิมิต	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน:กรณีศึกษา 2 ราย	232
บุญสวาท พิลาโสภ	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น	244
ดารุณี โนนทิ	
การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย	252
เยาวลักษณ์ ศิลาวรรณ	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามดลูกทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา	262
สมภาร แคนลาด	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย	268
ชญาณี บุตรดี	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น	281
บุญเลิศ นิลละออง และคณะ	
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว	293
เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ	
การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น	303
อมรรัตน์ จันทร์เล็ก ,อรุณี ชันขวา	
ผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม	313
บุรณประภา มาพบ , อุษณีย์ งามฤทธิ์ , อรวรรณ อุดิลา	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า : กรณีศึกษา	324
ประภารัตน์ ตั้งสกุล	
การเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีน ในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่น ในผู้ป่วย ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง	333
อิศรพงศ์ ศุขศิริ , อรอนงค์ เทพศิริกุล	
ผลของการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร	343
สุมาลีนี้ ชุ่มชื่น	
ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	356
โสภณ จันทะโคตร	
การพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	366
บรรเทียง พลสวัสดิ์	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ	378
ศตวรรษ ศรีพรหม ,วรรณภา อินดิระราช ,วรรณสิริ ทางทอง	



รายงานการวิจัย	หน้า
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม	392
อำนาจ ภูศรี	
การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	402
อุษณีย์ งามฤทธิ์ ,สุภัค จันทร์สองดวง ,พรสงกรานต์ มนคาภา ,นฤมล โพธิสาข	
การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม	411
เบญจมาศ มาสิงบุญ	
ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3 ในชุมชน อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี ..	423
คุณรัตน์ เตโพเชษฐ์	
การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตอำเภอมือง จังหวัดสกลนคร	428
จิราพร มณีปกรณ์	
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอมือง	
จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลหมื่น อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร	436
พินณรัฐ ศรีหรรษา	
การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19	
สู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน	
ตำบลบุแกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์	448
ฉณะชิดธิ์ ลับโกษาพิพัฒน์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนทองอินทร์	
อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี	458
ธนาวิทย์ ทำนาเมือง	
ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลปากท่า จังหวัดอุดรดิตถ์	468
สุภาณี โสพัน	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	477
รัชดาวรรณ จำหมื่นไวย	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษ ...	487
บังอร เหล่าเสถียรกิจ และ พุทธิไกร ประมวล	
ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมต่อคุณภาพการให้บริการตักผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน	497
นัชชา เพิ่มสุภัคกุล	
ผลของการดำเนินงานการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี	505
อารุณ พุ่มโพธิ์ทอง	
กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย	
นอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม	513
ธิดา ชื่นชม	
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด: กรณีศึกษา	520
พัชรียา พยัคฆพงษ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับภาระจับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา	529
สิตากร เพชรวรา	
กระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์	544
นิรมล จันทะลา	
วิเคราะห์และเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการในการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม	
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	552
สุนทร หงษ์คง ,ณรงค์ พรหมศรีจันทร์ ,เอกชัย เนตรแสงสี	
การพยาบาลผู้สูงอายุป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา	565
กาญจนา น้อยสุข	
รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	576
สมาธิ อำนวย	

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 29 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา มกราคม – มีนาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน สภาวะสุขภาพโภชนาการของแมลงลอยจำหน่ายอาหาร ผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษา ค่าดัชนีภูมิต้านทานร่างกายกับการเกิดโรคไข้เลือดออก ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ผลการรักษาโรคนี้หรือระหว่างการทำบำบัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ พฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประสพการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 ความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 การทำงานที่เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ในสถานประกอบการ แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแลพระสงฆ์ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พลังสุขภาพจิต ของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 การดำเนินโรคและปัจจัยแสดงความเสี่ยงของโรคในผู้ป่วยโควิด-19 การเรียนรู้และแบ่งปัน โรคหัวใจ โรคต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ การติดเชื้อลำไส้และรอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัด รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง และดูแลโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การติดเชื้อลำไส้และรอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



การพัฒนาแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว

Development of educating and supporting self-management of patients with difficult-to-treat diabetes model in the diabetes clinic Mae Lao Hospital

(Received: September 29,2022 ; Revised: March 25,2023 ; Accepted: : March 26,2023)

ปณณิน เขื่อนเพชร¹ สายสุรีย์ หงส์ศิลา² สุดารัตน์ อรรถกิจมงคล³

Punyanin Khuean Phet¹ Saisuree Hongvila² Sudarat Atthakitmongkol³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาผลลัพธ์ของแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ≥ 10 mg/dl จำนวน 34 คน ขั้นตอนการวิจัย คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา (3) การประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบ

ผลการศึกษา (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (2) การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดการจัดการดูแลตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค บูรณาการร่วมกับมาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และ (3) การประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยเบาหวานพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ด้านข้อมูลทางคลินิก พบมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดทักษะและความสามารถในการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้น และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งควรศึกษาในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, รูปแบบการให้ความรู้, การสนับสนุนการจัดการตนเอง

Abstract

This action research aimed to develop a model for educating and supporting self-management of diabetic patients. and to study the results of an educational and self-management support model for patients with difficult-to-treat diabetes. in the diabetes clinic Mae Lao Hospital The sample group was type 2 diabetic patients receiving insulin injections. But still unable to control blood sugar levels There

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ลาว อีเมล Punyanin@gmail.com

² โภชนากร โรงพยาบาลแม่ลาว

³ เภสัชกร โรงพยาบาลแม่ลาว



were 34 patients with cumulative blood glucose ≥ 10 mg/dl. The research procedures were (1) situation analysis; Maintain (3) Assessment of outcomes Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data analysis by descriptive statistics and test statistics.

Results (1) Situation Analysis found problems with inappropriate health care behaviors and factors that hinder As a result, the sample group had hyperglycemia. (3) diabetes patient self-management education and support standards; and (3) diabetes patient outcome assessment. It was found that the average score of self-management behavior increased. clinical information Mean blood glucose and cumulative blood glucose values were significantly reduced ($p < 0.001$). The ability to take care of diabetes by yourself resulting in better disease control and help prevent complications that will occur which should be further studied in the long run

Keywords: diabetes patients, educational model, self-management support

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ใน พ.ศ. 2563 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน¹ จากการศึกษาฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data center ; HDC) ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 28.25, 29.42, 29.15 ตามลำดับ ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 21.69, 22.81, 23.96 ตามลำดับ โดยจังหวัดเชียงราย พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 25.00, 27.44, 27.82 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือด ทำให้เกิด ภาวะไตวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตาบอด เป็นแผลเรื้อรังที่เท้าอาจลุกลามถึงต้องตัดเท้าหรือขา เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจโดยรวม ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผล

กระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม² แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนา เพื่อใช้เป็นกรอบชี้ทิศทางการขับเคลื่อนสู่ภาคปฏิบัติอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพทุกระดับ โดยกำหนดแนวทางและมาตรการยกระดับคุณภาพเชื่อมโยงการดูแลในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในทุกเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามแผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ได้กำหนดเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตามตัวชี้วัดหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 โดยเป้าหมายของการรักษา คือน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1C ; HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7³ จึงจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

โรงพยาบาลแม่ลาว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากข้อมูลปีงบประมาณ 2562 - 2564 พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 1,566, 1,665, 1,808 ราย ตามลำดับ จากการ



ดำเนินงานที่ผ่านมา แม้ว่าคลินิกโรคเบาหวาน ได้มีการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลร่วมกับทีมสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค ซึ่งส่งผลให้มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนด โดย ในปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี เพียงร้อยละ 18.84, 27.51, 28.21 ตามลำดับ³ จากการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาวที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางกลุ่มยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ ถึงแม้จะมีการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยวาจารายบุคคล หรือการให้ความรู้ในการดูแลตนเองรายกลุ่มประกอบด้วยสื่อการสอน Power Point แต่ยังพบว่ามียกระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานกำหนด โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ซึ่งมีโรคร่วมหรือมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรค ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการมีน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมีน้ำตาลในเลือดสูง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาท หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองได้

เพื่อยกมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกอร์ลิกส์ (Kanfer & Gaelick-buys, 1991)⁴ บูรณาการร่วมกับมาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support; DSMES)⁵⁻⁹ ในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลินแต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมี

โรคร่วมหรือมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ที่เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว โดยเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพรายบุคคล ได้แก่ การประเมินบุคคล การประเมินสุขภาพ ประเมินปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน ให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง ในด้านความรู้โรคเบาหวาน ความรู้และทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องการใช้ยาอินซูลิน ความสัมพันธ์ของยาอินซูลิน กับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-monitoring blood glucose; SMBG) เพื่อประเมินผลการควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง ประเมินผลการรักษา การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง โดยคำนึงถึงความต้องการรายบุคคลและสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะและความสามารถในการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (DSMES) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดจนค่าใช้จ่ายด้านการรักษา ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน⁵⁻⁸

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่



ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่
ลาว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และเกอร์ลิกส์ (Kanfer & Gaelick-buys, 1991)⁷ บูรณาการร่วมกับมาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support; DSMES)⁵⁻⁹ ซึ่งแบ่งกระบวนการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา และ (3) การประเมินผลลัพธ์

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2565 จำนวน 34 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion) (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยากต่อการรักษา โดยได้รับยาฉีดอินซูลินวันละ 2 ครั้ง และได้ให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมแล้ว แต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี มีโรคร่วมหรือมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C ; HbA1C) > 10 mg/dl (2) สามารถสื่อสารด้วยวาจาและเข้าใจภาษาไทย (3) มีโทรศัพท์มือถือ หรือมีผู้ดูแล ที่สามารถติดต่อได้ (4) มี

ความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์ในการคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย (exclusion criteria) (1) เมื่อผู้ร่วมโครงการวิจัยถอนออกจากการเข้าร่วมวิจัย (exclusion criteria) (2) เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติใดๆ เช่น ใจสั่น หน้ามืด เจ็บหน้าอก เหนื่อย หอบ ปวดศีรษะ ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยทันทีและให้การดูแลรักษาพยาบาลจนกระทั่งอาการดีขึ้น (3) หากพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง หรือภาวะความดันโลหิตต่ำหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะไตวายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และแพทย์ให้ความเห็นว่าไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ผู้ทำการวิจัยจะคัดออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ และ ดื่มสุรา ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

2. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้า การรับประทานยา การฉีดยาอินซูลิน ลักษณะคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง มีค่า

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index ; CVI) เท่ากับ 0.92

3.คู่มือบันทึกการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เป็นแบบบันทึกเพื่อเรียนรู้ความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือดกับอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ โดยผู้ศึกษาประยุกต์จาก คู่มือบันทึกการตรวจน้ำตาลในเลือดของ บริษัท โรช ไดแอ็กโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่อยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว

2. อุปกรณ์ตรวจน้ำตาลในเลือด ได้แก่ เครื่องวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้วแบบพกพา แบบอัตโนมัติ รุ่น Accu-Chek Instant และแผ่นตรวจน้ำตาลในเลือด ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามมาตรฐาน

3.เครื่องตรวจน้ำตาลสะสมในเลือดซึ่งผ่านการรับรองจากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา ประเมินผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องทั้งด้านประเภท ปริมาณ และมีอาหาร ขาดการออกกำลังกาย และขาดข้อมูลสนับสนุนที่จำเพาะต่อระดับน้ำตาลแบบเป็นจริงและทันเวลา ได้แก่ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จึงทำให้ไม่ตระหนักต่อภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และพร้อมต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ พัฒนารูปแบบการ ให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่อยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกอร์ลิคส์ (Kanfer & Gaelickbuys ,1991) บูรณาการร่วมกับมาตรฐานการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support; DSMES) ตามมาตรฐาน 7 ด้าน (AADE7 Self- Care Behaviors) ได้แก่ (1) ด้านโภชนาการ (2) การออกกำลังกาย (3) การใช้ยาที่ถูกต้อง (4) การวางแผน และแก้ไขปัญหา (5) การดูแลตนเองในภาวะพิเศษ (6) การจัดการด้านอารมณ์และแก้ไขปัญหา (7) การติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน (Monitoring) โดยการสอนทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose : SMBG) รูปแบบฯ นำไปตรวจสอบความตรงในเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกสัชกร นักโภชนาการ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ 0.90 จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา ความเข้าใจ นำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน โ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยได้รับการพิจารณาจริยธรรมแบบยกเว้น เลขที่ 149/2565 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตหน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมในงานประจำและการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนในการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับ



กับความสนใจ ผู้ร่วมวิจัยจะให้ความยินยอมหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลและข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ หรือข้อมูลเป็นรายบุคคล และนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติ paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Ranks Test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 34 คน เป็นเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 64.71) เพศชาย 12 คน (ร้อยละ 35.29) ช่วงอายุ 50-59 ปี (SD=60.56) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.41) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 38.24) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.35) ผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรส (ร้อยละ 73.53) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ช่วงเวลา 6-10 ปี (ร้อยละ 35.29) มีโรคประจำตัวรวม 1 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 88.23) (ดังตารางที่ 1)

ด้านพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง การติดตามประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยากต่อการรักษา จำนวน 34 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองทุกด้าน ภายหลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง (DSMES) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ (N=34)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ครั้งที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบ	ครั้งที่ 2 หลังใช้รูปแบบ	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร (0-15 คะแนน)	6.44(±1.05)	12.06 (±1.61)	.000*
ด้านการออกกำลังกาย (0-6 คะแนน)	2.71(±0.67)	4.82(±0.63)	.000*
ด้านการประเมินตนเอง (0-6 คะแนน)	1.76(±0.42)	5.06(±0.55)	.000*
ด้านการดูแลเท้าและสุขภาพอนามัย (0-6 คะแนน)	2.76(±0.81)	4.90(±1.04)	.000*
ด้านการรับประทานยา/การฉีดยาอินซูลิน(0-3 คะแนน)	2.41(±0.70)	2.97(±0.17)	.000*
รวมพฤติกรรมจัดการตนเองทุกด้าน (0-36)	18.82(±2.22)	33.90(±2.62)	.000*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก การติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยากต่อการรักษา จำนวน 34 คน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภายหลังได้รับ

รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง (DSMES) พบว่า ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังได้รับรูปแบบ (N=34)

ตัวแปรที่ศึกษา	ครั้งที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบ	ครั้งที่ 2 หลังใช้รูปแบบ	Z	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG)	248.79(±89.25)	151.91 (±55.94)	4.75	.000*
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	13.19(±2.52)	8.64(±1.45)	5.09	.000*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกอร์ลิกส์ (Kanfer & Gaelick-buys, 1991)⁴ ได้แก่ การติดตามตนเอง ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง เพื่อให้เกิดการประเมินตนเองและทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนการได้รับการเสริมแรง เช่น คำชมเชย เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดกำลังใจและมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้เหมาะสม นอกจากนี้ การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support; DSMES) เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวย ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็น “ผู้จัดการตนเอง” และมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา วิธีการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในโรคของตนเอง เกิดทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง⁵⁻⁹ โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วย ค้นหาปัญหา วางแผนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตัดสินใจและตั้งเป้าหมายในการจัดการกับภาวะน้ำตาลในเลือดของตนเอง ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาฉีดอินซูลิน การประเมินภาวะแทรกซ้อน การเจาะปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose ; SMBG) เพื่อเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของอาหารที่รับประทานกับระดับน้ำตาลในเลือด นำผลไปใช้ในการตัดสินใจด้านการจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การฉีดยาอินซูลินอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้^{7,9}

จากการติดตามประเมินผลลัพธ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน หลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support; DSMES) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้าและสุขภาพอนามัย การรับประทานยาหรือการฉีดยาอินซูลิน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)



ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ $248.79(\pm 89.25)$ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ $151.91 (\pm 55.94)$ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ $13.18(\pm 2.52)$ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดหลังได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ $8.64(\pm 1.45)$ ซึ่งแม้ว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจะไม่ได้ลดลงตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพกำหนด คือ ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 แต่หลังได้รับรูปแบบฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 5 ราย แพทย์ลดยาฉีดลง และผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1 แพทย์ แพทย์ให้หยุดยาฉีดอินซูลินเปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษาและได้รับยาฉีดอินซูลินวันละ 2 ครั้ง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น แต่เนื่องจากการศึกษาในระยะสั้น จึงอาจยังไม่ได้ผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ ดังนั้นควรมีการติดตามสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองระยะยาวอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองและรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าผู้ที่เป็เบาหวานที่

ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมจัดการตนเอง และสมรรถนะการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของระดับน้ำตาลสะสมลดลงมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะและความสามารถในการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (DSMES) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านการรักษา ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน 4-9

ข้อเสนอแนะ

1.รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ได้

2.ควรมีการขยายผลโดยการติดตามผลและสนับสนุนการจัดการตนเองต่อเนื่องเป็นระยะ ทุก 2-3 เดือน เพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองในระยะยาว และเพื่อติดตามระดับน้ำตาลสะสม และผลลัพธ์อื่นๆต่อไป

3.ด้านการวิจัย อาจเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วยเบาหวานผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล เช่น



ระบบ Smart Health care, Application line หรือ
อุปกรณ์อื่นๆ เพื่อใช้ในการดูแล สนับสนุน ติดตาม และ
ประเมินผล ผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ ให้ผู้ป่วย

สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพทางไกล ในการติดตาม
ผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564
2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). เอกสาร ข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 64 จาก http://203.157.39.7/imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579. นนทบุรี.
4. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management method. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people to change: Textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. P305-6
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด, 2563
6. DeCoste, K., & Maurer, L. (2011). The diabetes self-management education process. Chicago: American Association of Diabetes Educators.
7. American Association of Diabetes Educators. AADE position statement. Individualization of diabetes self-management education. Diabetes Educ 2007 Jan;33(1):45-9
8. International Diabetes Federation. Guideline on self-monitoring of blood glucose in non-insulin treated type 2 diabetes [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 7]. Available from: <http://www.idf.org/guidelines/self-monito>
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 . พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด
10. ธีสมน นามวงศ์, รัชชนก กลิ่นชาติ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;29(3), 179-193.
11. วรณภา สิทธิปาน, 2558. ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ต่อระดับน้ำตาลสะสม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, ปีที่ (32.), ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2558.



สภาวะสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี

Food sanitation conditions of street food vendors in Nongbua Health Promoting Hospital, Udonthani Municipality

(Received: February 2, 2023 ; Revised: February 15, 2023 ; Accepted: February 19, 2023)

กัญญภัค สุวรรณศรี¹

Kanyaphak Suwannasri¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ได้ผลการวิจัย ดังนี้ การศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหาร โดยการตรวจประเมินทางกายภาพของแผงลอยจำหน่ายอาหารเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี จำนวน 50 ร้าน ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารจากหลักปฏิบัติพื้นฐานที่ดี 12 ข้อ ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าแผงลอยจำนวนอาหาร จำนวน 50 ร้าน ผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย จำนวน 19 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 38.0 ผลการตรวจการปนเปื้อนของแบคทีเรียด้วยน้ำยา SI-2 ในผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 100 ตัวอย่าง ได้ผลบวก 15 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 15.0 ภาชนะอุปกรณ์ จำนวน 250 ตัวอย่าง ได้ผลบวก 48 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.4 และตรวจอาหาร 150 ตัวอย่าง ได้ผลบวก 22 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.7

คำสำคัญ: สภาวะสุขาภิบาลอาหาร, แผงลอยจำหน่ายอาหาร

Abstract

The aims of this research were to investigate food sanitation conditions of street food vendors in Nongbua Health Promoting Hospital, Udonthani Municipality. The results are shown as follows: The hygienic circumstance study by evaluating physical characteristic of 50 street food vendors following the 12 regulations of Food Hygiene of Department of Health, Ministry of Public Health showed that 19 out of 50 street food vendors (38 percent) passed the Department of Health's rules of food sanitation and street food. The results of bacterial contamination using coliform bacteria test kits (SI-2) in 100 samples of food handles, 250 samples of food containers, and 150 samples of food have positive results at 15 samples (15 percent), 48 samples (14.4 percent), and 22 samples (14.7 percent) respectively.

Keywords: food sanitation conditions , street food vendors

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี (e-mail: kanyabhakkot@gmail.com)

บทนำ

ปัจจุบันร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร เริ่มมีบทบาทในชุมชนมีผู้สนใจเพื่อประกอบอาหารและจำหน่ายมากขึ้น ดังนั้นจึงแหล่งการกระจายอาหารที่มีความสำคัญต่อผู้บริโภค จากจำนวนร้านที่เพิ่มมากขึ้นและขาดการควบคุมคุณภาพแบบถูกสุขลักษณะ¹¹ หากบริโภคอาหารที่มีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก็จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เกิดโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ (Food and waterborne diseases) ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของสิ่งปนเปื้อน การบริโภคอาหารที่ทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต้องมีความปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคและสิ่งปนเปื้อนต่างๆ^{10,13} ในปี 2563 สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย ดำเนินงานสำรวจสุขภาพอาหารและน้ำในพื้นที่กรุงเทพมหานครส่วนท้องถิ่น ในสถานประกอบการ จำนวน 6,929 แห่ง พบว่า ผ่านเกณฑ์การเฝ้าระวังสุขภาพอาหาร ร้อยละ 47.50 และไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 52.50 จำนวนตัวอย่างประเภทอาหาร/น้ำบริโภค/เครื่องดื่ม/น้ำแข็ง จำนวน 22,824 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ซึ่งพบในอาหารประเภทปรุงสำเร็จร้อยละ 52.30 ผักสดที่ใช้ประกอบอาหารร้อยละ 32.67 น้ำแข็ง ร้อยละ 10.25 และอาหารประเภทอื่นๆ ร้อยละ 4.78 การตรวจมือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 9,517 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนร้อยละ 29.00 ในระดับที่เสี่ยงมาก การตรวจภาชนะและอุปกรณ์สัมผัสอาหารที่เก็บจำนวน 20,919 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อน ร้อยละ 24.11 ซึ่งพบในตัวอย่างช้อน ส้อม และแก้วน้ำ สถานการณ์โรคติดต่อทางอาหารและน้ำของประเทศไทย ในปี 2563 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วย 5 โรคสำคัญที่ติดต่อทางอาหารและน้ำ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง 414,545 ราย เสียชีวิต 2 ราย โรคอาหารเป็นพิษ 40,973 รายโรคบิด 1,108 ราย โรคไข้พอยต์หรือไขรากสาดน้อย 220 ราย และอหิวาตกโรค 2 ราย⁹ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอาหาร

เช่น อายุ ลักษณะของสถานประกอบการ คุณลักษณะการให้บริการ¹²ทัศนคติ ความรู้รวมทั้งการได้รับการอบรม¹⁴

จากผลการดำเนินงานโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ในปี 2564 พบว่า มีแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยร้อยละ 70 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ตั้งไว้ผลการตรวจประเมินแผงลอยจำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสภาวะสุขภาพอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ว่ามีสภาพเป็นอย่างไร การปนเปื้อนของแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร อาหารและภาชนะอุปกรณ์ของแผงลอยจำหน่ายอาหารเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนางานสุขภาพอาหารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยวิธีแบบย้อนหลัง (Retrospective) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ โดยมีหน่วยของการศึกษาเป็นพื้นที่ (Ecological study)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลการตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหารทางกายภาพ ตามข้อกำหนดสุขภาพอาหาร 12 ข้อ⁵

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหารทางชีวภาพ โดยการเก็บตัวอย่างอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร มาตรวจวิเคราะห์ทาง



ห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาการปนเปื้อนของ
จุลินทรีย์ชนิดโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ด้วยชุดทดสอบ SI-
2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ผลการตรวจประเมิน
แฟงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 50 แฟง ตาม
ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร 12 ข้อ กำหนด
เกณฑ์การแปลผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน
ข้อกำหนดมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร โดยการ
เปรียบเทียบตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข
ที่ได้กำหนดเกณฑ์ร้อยละของแฟงลอยจำหน่ายอาหาร
ดังนี้

1.1 ค่าร้อยละของคะแนนประเมินมากกว่า
หรือเท่ากับ 80 แสดงว่า ผ่านเกณฑ์การประเมิน

1.2 ค่าร้อยละของคะแนนประเมินต่ำกว่า 80
แสดงว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

2. ข้อมูลทุติยภูมิผลตรวจการปนเปื้อนของ
จุลินทรีย์ชนิดโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ของแฟงลอย
จำหน่ายอาหารจำนวน 50 แฟง ด้วยชุดทดสอบ SI-2
โดยตัวอย่าง 10 ตัวอย่าง/1แฟง ประกอบด้วย

2.1 ตัวอย่างอาหารที่ผลิต จำนวน 5 ตัวอย่าง

2.2 ภาชนะที่ใช้ จาน ชาม ช้อน ตะเกียบ
จำนวน 3 ตัวอย่าง

2.3 มีผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 2 ตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive Statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินแฟงลอยจำหน่ายอาหารด้าน
กายภาพ ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร ผลการ
ประเมินทางกายภาพโดยใช้แบบตรวจแฟงลอย
จำหน่ายอาหาร ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร
ของกรมอนามัย เมื่อแยกพิจารณารายชื่อ ข้อที่ผ่าน
เกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ข้อ (1) วางแฟงลอยจำหน่าย
อาหารทำจากวัสดุที่ทำความสะอาดง่ายมีสภาพดี มี
ระเบียบ อยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร ข้อ
(3) สารปรุงแต่งอาหาร ต้องมีเลขทะเบียนตำรับ
อาหาร (อย.) และ ข้อ (12) ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผล
ที่มีมือต้องปกปิดแผลให้มิดชิด ร้อยละ 100 เท่ากัน ข้อ
ที่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ ข้อ (10) ผู้สัมผัสอาหาร
แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากัน
เปื้อนและสวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม ร้อยละ 38.0
ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของแฟงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาล
อาหารของกรมอนามัย จำแนกรายข้อ (n = 50)

ข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารสำหรับแฟงลอย	ผลการประเมิน			
	ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน	ร้อยละ
1. วางแฟงลอยจำหน่ายอาหารทำจากวัสดุที่ทำความสะอาดง่ายมีสภาพดี มี ระเบียบ อยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	50	100.0	0	0
2. อาหารปรุงสุกมีการปกปิดหรือมีการป้องกันสัตว์แมลง	30	60.0	20	40.0
3. สารปรุงแต่งอาหาร ต้องมีเลขทะเบียนตำรับอาหาร (อย.)	50	100.0	0	0
4. น้ำดื่มต้องเป็นน้ำที่สะอาด ใส่ในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด มีก๊อกหรือ ทางเทริน้ำ	25	50.0	25	50.0
5. เครื่องดื่มต้องใส่ภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด และมีที่ดักที่มีด้ามยาว หรือมี ก๊อกหรือทางเทริน้ำ	27	54.0	23	46.0
6. น้ำแข็งที่บริโภค				
6.1 ต้องสะอาด	37	74.0	13	26.0
6.2 เก็บในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิดอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	26	52.0	24	48.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาล
อาหารของกรมอนามัย จำแนกรายข้อ (n = 50)

ข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงลอย	ผลการประเมิน			
	ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน	ร้อยละ
6.3 ที่ตักน้ำแข็งมีด้ามยาว	30	60.0	20	40.0
6.4 ต้องไม่นำอาหารหรือสิ่งของอย่างอื่นไปแช่ในน้ำแข็ง	28	56.0	22	44.0
7. ล้างภาชนะไม่นำอาหารหรือสิ่งของอย่างอื่นไปแช่ในน้ำแข็ง 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	26	52.0	24	48.0
8. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาดหรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	35	70.0	15	30.0
9. มีการรวบรวมขยะมูลฝอย และเศษอาหารเพื่อนำไปกำจัด	30	60.0	20	40.0
10. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนและสวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม	19	38.0	31	62.0
11. ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว	42	84.0	8	16.0
12. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มีมือต้องปกปิดแผลให้มิดชิด	50	100.0	0	0

จากการประเมินสถานการณ์การสุขาภิบาลทางด้านกายภาพ โดยใช้แบบประเมินแผงลอยจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย 12 ข้อพบว่า พบว่า แผงลอยจำหน่ายอาหาร ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกายภาพ จำนวน 31 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 62.0 และผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกายภาพ จำนวน 19 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 38.0

2. ผลการประเมินแผงลอยจำหน่ายอาหารด้านชีวภาพภาพ โดยการตรวจหาการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียของแผงลอยจำหน่ายอาหาร จากการเก็บตัวอย่างอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะ

อุปกรณ์ เพื่อตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี พบว่า มือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 100 ตัวอย่าง ได้ผลบวก 15 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 15.0 ภาชนะอุปกรณ์ จำนวน 250 ตัวอย่าง ได้ผลบวกจำนวน 36 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.4 อาหารจำนวน 150 ตัวอย่าง ได้ผลบวก 22 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.7 รวมตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 500 ตัวอย่าง ได้ผลบวก 73 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.6 ซึ่งเกณฑ์ผ่านคือ จะต้องไม่พบการปนเปื้อน ร้อยละ 90 ขึ้นไป ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของตัวอย่างมือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ และอาหาร ที่ตรวจพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียปนเปื้อน

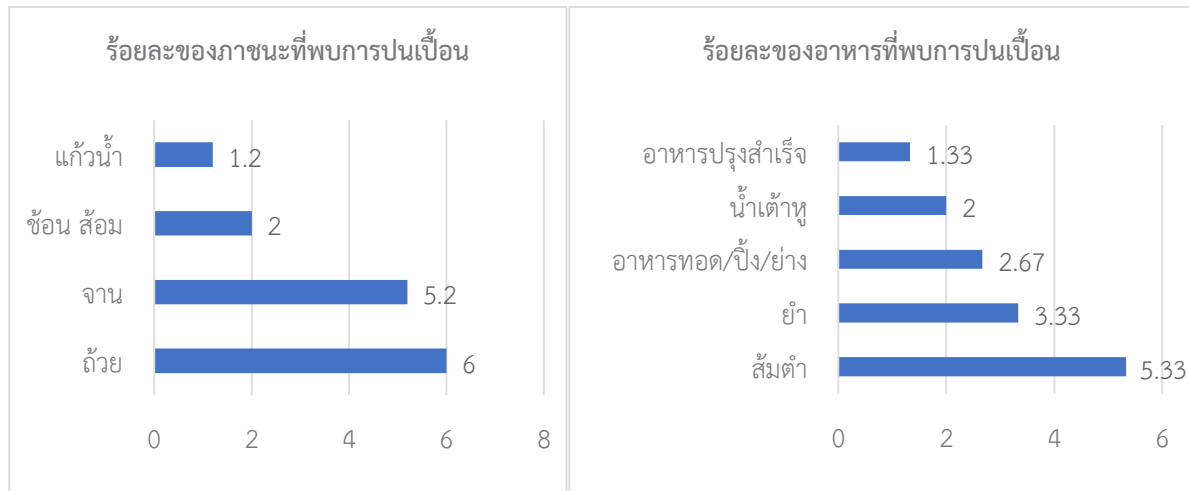
รายการ	ผลการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย		
	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด	ผลบวก (จำนวน)	ร้อยละ
มือผู้สัมผัสอาหาร	100	15	15.0
ภาชนะอุปกรณ์	250	36	14.4
อาหาร	150	22	14.7
รวม	500	73	14.6

และเมื่อวิเคราะห์ตามประเภทของอาหารพบว่า ส้มตำ ตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์ม

แบคทีเรียสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.33 รองลงมาคืออาหารประเภทยำ ร้อยละ 3.33 ในขณะที่ภาชนะที่

ตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์ม แบคทีเรียมากที่สุดคือ
ถ้วย คิดเป็นร้อยละ 6 รองลงมาคือ จาน ช้อนส้อม และ

แก้วน้ำ คิดเป็น ร้อยละ 5.2 2 และ 1.2 ตามลำดับ
รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 ร้อยละการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะ (n=250) และอาหาร (n=150)

จากการประเมินสถานการณ์การสุขาภิบาล
ทางด้านชีวภาพ พบว่า แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่าน
เกณฑ์มาตรฐานด้านชีวภาพ จำนวน 31 ร้าน คิดเป็น
ร้อยละ 62.0 และผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านชีวภาพ
จำนวน 19 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 38.0

3. ผลการประเมินสภาวะสุขาภิบาลอาหารทั้ง
ด้านกายภาพและชีวภาพ จากการตรวจสภาพแวดล้อม
ทางกายภาพโดยใช้แบบตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหาร

ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร ของกรมอนามัย
และทางด้านชีวภาพ⁶ โดยทดสอบหาการปนเปื้อน
ของโคลิฟอร์มแบคทีเรีย โดยใช้น้ำยา (SI-2) พบว่า
แผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวนทั้งหมด 50 ร้าน ผ่าน
เกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย จำนวนทั้งหมด 19
ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 38.0 ซึ่งเกณฑ์ผ่านคือจะต้องไม่
พบการปนเปื้อน ร้อยละ 90 ขึ้นไป ดังรายละเอียด
ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ที่ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารของกรม
อนามัย

รายการ	จำนวนทั้งหมด	สภาวะสุขาภิบาลอาหาร	
		ผ่าน (จำนวน)	ร้อยละ
แผงลอยจำหน่ายอาหาร	50	19	38.0

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารแผงลอย
จำหน่ายอาหาร เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี จำนวน 50 ร้าน
พบว่า มีเพียง 19 ร้าน ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทางด้าน
กายภาพ อาจเนื่องมาจากผู้ประกอบการทั้ง 19 ร้าน
เคยผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหาร และผ่านการตรวจ
สุขาภิบาลสถานที่จำหน่ายอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ อรศรี ผลถาวร⁷ ได้ศึกษาปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับสภาวะสุขาภิบาลของร้านจำหน่าย
อาหารในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ร้าน
จำหน่ายอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนมาก
ไม่ได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติ พบเป็น 9.5 เท่า ของ
ร้านที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติด้านการสุขาภิบาล
อาหาร ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แผงลอยจำหน่ายอาหารที่
ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติ จะสามารถจัดการ

สุขาภิบาลให้เป็นไปตามข้อกำหนดการสุขาภิบาลอาหารได้ จากการประเมินสถานการณ์การสุขาภิบาลอาหารรายข้อ 12 ข้อ พบว่าแผงลอยจำหน่ายอาหารส่วนใหญ่ไม่ผ่านข้อกำหนดเรื่องการสวมหมวกหรือเนื้ทคลุมผม เนื่องจากความไม่เคยชินและสภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าว และการใช้ผ้ากันเปื้อนหลากสี แทนสีขาวทำให้ดูไม่สะอาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญญา พร้อมพิมพ์³ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหาร กับการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของอาหารที่ภาชนะและมือผู้ประกอบการ ในอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ การศึกษาค้นพบว่าข้อที่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ ข้อ (10) ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนและสวมหมวกหรือเนื้ทคลุมผม ร้อยละ 38.0

เมื่อพิจารณาสถานะสุขาภิบาลอาหารด้านชีวภาพของแผงลอยจำหน่ายอาหาร จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียง 19 ร้าน และเมื่อตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหาร ภาชนะใส่อาหารและมือผู้ปรุงอาหารพบว่า มีการปนเปื้อนที่มีผู้ปรุงอาหารมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อรศรี ผลถาวร⁷ ที่พบมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่อุ้งมือผู้ปรุงอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญานิศ ศรีใส และสุดาวดี ยะสะกะ¹ ที่พบการปนเปื้อน เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย พบในมือผู้ปรุงอาหารมากที่สุด ร้อยละ 54.0

ภาชนะที่มีการตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด ได้แก่ ถ้วย ซึ่งอาจปนเปื้อนมาจากผ้าที่ใช้เช็ดทำความสะอาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ น้อยถนอม⁸ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารตามสั่งบริเวณหาดเจ้าหลาว-แหลมเสด็จ อำเภอ ท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้ประกอบการร้อยละ 79.4 มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการใช้ผ้าเช็ดภาชนะให้แห้งภายหลังการล้าง เพราะเชื่อว่าการใช้ผ้าเช็ดจะทำให้สะอาดยิ่งขึ้น หรือมี

ความเชื่อว่าการพูดคุยกันขณะ ปรุงอาหารไม่น่าจะแพร่เชื้อโรคไปยังผู้บริโภคได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญานิศ ศรีใส และสุดาวดี ยะสะกะ¹ ผลการวิจัยพบว่า ภาชนะที่พบการปนเปื้อนมากที่สุด ได้แก่ ถ้วย ร้อยละ 67.4

ประเภทอาหารที่มีการตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด ได้แก่ อาหารประเภท ส้มตำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิรา มูลศรี⁴ โดยพบเชื้อ Staphylococcus aureus เกินค่ามาตรฐานทั้งหมดในส้มตำ ร้อยละ 97.2 ซึ่งเชื่อดังกล่าวพบได้ตามบาดแผล ผิวหนัง ในโพรงจมูกของคนทั่วไป จากการสำรวจผู้ประกอบการครั้งนี้พบว่า ผู้ปรุงไม่มีการสวมถุงมือขณะสับมะละกอ หรือเมื่อใช้มือบีบมะนาวแล้ว ใส่เปลือกลงไปด้วย ส้มตำเป็นอาหารดิบที่ปรุงหรือบริโภคได้ทันที ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าว จึงพบการปนเปื้อนในส้มตำสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับอาหารประเภทอื่น รองลงมาที่ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย คือ อาหารประเภทยำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจิต ป้อมอาสา และจินตนา บุณนา² ที่พบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ชนิดโคลิฟอร์มของตัวอย่างอาหารและภาชนะที่สัมผัสอาหารจาก แผงลอยร้านอาหารยามากที่สุด

การศึกษาค้นพบว่า แผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ข้อที่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ ข้อ (1) วางแผงลอยจำหน่ายอาหารทำจากวัสดุที่ทำความสะอาดง่ายมีสภาพดี มีระเบียบ อยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร ข้อ (3) สารปรุงแต่งอาหาร ต้องมีเลขทะเบียนตำรับอาหาร (อย.) และ ข้อ (12) ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มีมือต้องปกปิดแผลให้มิดชิด ร้อยละ 100 เท่ากัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคจากผู้สัมผัสอาหารไปสู่ผู้บริโภคได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีข้อกำหนดที่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ ข้อ (10) ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนและสวมหมวกหรือเนื้ทคลุมผม ร้อยละ 38.0 และ การศึกษาค้นวิจัยยังพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่อุ้งมือผู้ปรุงอาหารมากที่สุด ดังนั้น ควร



ให้สุขศึกษาในเรื่องการล้างมืออย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอน และใช้ผ้าเช็ดมือ แต่ถ้าใช้ผ้าเช็ดมือควรแยกให้เป็นสัดส่วน เช่น ผ้าเช็ดโต๊ะ ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ และควรซักทำความสะอาดและตากแดดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของการกำจัดมูลฝอยต้องทำให้ถูกหลักสุขาภิบาล ควรใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในถังขยะ และต้องมีฝาปิดถังขยะให้มิดชิด เวลาเก็บไปกำจัดควรผูกปากถุงให้แน่น และควรกำจัดทุกวัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรตรวจติดตามผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร ให้ได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง และควรให้ความรู้ ความเข้าใจ ในการผลิตอาหารที่ปลอดภัย

2. ควรให้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการกับผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารเกี่ยวกับการผลิตอาหารที่สะอาด ถูกสุขอนามัย และภัยอันตรายที่เกิดจากอาหาร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพียงการสำรวจสถานการณ์การสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารเบื้องต้น จึงควรมีการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียทางห้องปฏิบัติการโดยวิธี MPN เพื่อเป็นการยืนยันการพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบการปนเปื้อนที่มีผู้ปรุงอาหารมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ญาณิศา ศรีใส และสุดาตติ ยะสะกะ.สถานการณ์การสุขาภิบาลอาหาร บริเวณรอบ ๆ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. วารสารควบคุมโรค.2559;4:327-336.
2. ปานจิต ป้อมอาสา และจินตนา บุณนา.ศึกษาสภาพการณ์ด้านสุขาภิบาลร้านอาหารใต้ร่มและพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารใต้ร่มของประชาชนในเขตลาดกระบัง.วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม.2558;3:662-669.
3. เพ็ญญา พรหมพิมพ์.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารกับคุณภาพทางแบคทีเรียของ อาหารที่จัดจำหน่าย ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร ในอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สุรินทร์:มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์;2555.
4. มณฑิรา มูลศรี.สถานการณ์สุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในมหาวิทยาลัยขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2557.
5. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ.ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: <http://foodsafety.anamai.moph.go.th/main.php?filename=stand>
6. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ.หลักเกณฑ์ในการมอบป้าย “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย”. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: <http://www.food.thaboph.org/download/cfgt.doc>
7. อรศรี ผลถาวร.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขาภิบาลของร้านจำหน่ายอาหารในเขตหลักสี่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] ปทุมธานี:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2554.
8. อภิชาติ น้อยถนอม.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารตามสั่งบริเวณหาดเจ้าหลาว-แหลมเสด็จ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา;2546.
9. Department of Health, Ministry of Public Health. Academic Handbook of Food Sanitation for officials. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Association of Thailand Co., Ltd;2013.

10. Jankeaw, K. Environmental science. Bangkok: Kasetsart University; 2001.
11. Prommanee, P., (2019). Guidelines of Food Sanitation for Establishment of Street Food Stall, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. APHEIT Journal. 2019; 2:48-58.
12. Srinual, S., Tridech, P., Pandee. (2011). The factors related to the satisfaction of food establishment entrepreneurs with the food safety program in Bangkok Metropolitan Administration. Journal of Health and Nursing Research. 2011; 3: 1-11.
13. Sukhothai Thammathirat Open University. Documents for teaching courses Environmental health. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2016.
14. Yasaka, S., Mekrungrongwong, S., & Hinhumpatch, P. Factors affecting the food sanitation behavior among food handlers in food shops inside and outside Naresuan University, Phitsanulok, Thailand. Disease Control Journal. 2018; 2: 73 – 184.



ผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดสงขลา

Long term effects of COVID-19 after hospital in Songkhla Province.

(Received: February 8,2023 ; Revised: February 9,2023 ; Accepted: February 10,2023)

ศุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล¹

Suphachoke korwiwatsakun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลและศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเกิดภาวะ Long COVID ของผู้ป่วย COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลแห่ง หนึ่ง ในจังหวัดสงขลา จำนวน 381 ราย ในช่วง 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 21-30 ปี และมีค่าเฉลี่ยอายุ 39 ปี กลุ่มอาการที่พบได้หลัก ๆ 6 กลุ่มอาการ ตามลำดับ ดังนี้ 1). ระบบผิวหนังและเส้นผม 2). ระบบทางเดินหายใจ 3). อาการทั่วไปของร่างกาย 4). ระบบ ประสาท 5). ระบบหัวใจและหลอดเลือด และ 6). ระบบสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะ ลองโควิด (Long COVID) ภายหลังรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ และการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: ลองโควิด (Long COVID), กลไกการเกิดโรค, โรค COVID-19

ABSTRACT

This Survey research by Cross-sectional study have a purpose to study long term effects of COVID-19 after hospital and and to study factors related to long COVID status of patients with COVID-19 after being treatment to a hospital. in Songkhla province, 381 cases between 1 November 2021 and 30 June 2022.

Results: Patients with long term effects of COVID-19 after being treatment to a hospital Most of them were female, aged 21-30 years old, and the mean age was 39 years old. There were 6 main symptom groups, respectively, as follows: 1). Skin and hair system 2). Respiratory system 3). physical 4). nervous system 5). cardiovascular system and 6). mental health system. and factors related to Long COVID after being treatment to a hospital with statistical significance (p-value<0.05) consisted of sex, age, education level, status, occupation and exercise.

Keyword: Long COVID, disease mechanism, COVID-19

บทนำ

การติดเชื้อ COVID-19 (Coronavirus disease 2019) จัดเป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดขึ้นเมื่อ

เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ส่งผลให้ทั่วโลกมีการติดเชื้อและแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 170 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 3.5

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งเป็นการติดเชื้อจากไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรง ทั้งนี้แนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 คือจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน จึงจะสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้⁽²⁾ หลังการติดเชื้อนี้อาจจะเกิดภาวะ Long COVID ได้ ซึ่งภาวะนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามระยะเวลาการดำเนินโรค ได้แก่ 1) กลุ่มอาการที่ดำเนินไปในผู้ติดเชื้อระหว่าง 4 - 12 สัปดาห์ หลังเริ่มมีอาการ และ 2) กลุ่มอาการหลังการติดเชื้อที่ยังคงอยู่หลังจาก 12 สัปดาห์^(3,4) ซึ่งพบว่าผู้หายจากโรค COVID-19 ร้อยละ 15 ต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และมีผู้ป่วยโรค COVID-19 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.73⁽⁵⁾ โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพจิต

โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ทั้งกลุ่มผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ซึ่งจะให้การรักษาแบบแยกตัวกักที่บ้าน (HI/CI/OPSI) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเมื่อหายจากการติดเชื้อโรค COVID-19 แล้วในระยะหนึ่งจะกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลอีกด้วยอาการ มีไข้ คัดจมูกไม่ได้กลิ่น ปวดศีรษะ ระบายท้อง ท้องเสีย รับประทานอาหารได้น้อย หายใจลำบาก ปวดท้องนอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง รู้สึกสมองล้า และมีความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะจัดอยู่ในกลุ่มอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโรค COVID-19 (Post COVID syndrome) หรือ ภาวะ Long COVID การรักษาจะเป็นไปตามอาการที่พบ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาล ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ Long COVID และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวของ

การติดเชื้อโรค COVID-19 ไว้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการรักษาด้วย

จากความสำคัญที่กล่าวมาในข้างต้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดสงขลา ซึ่งผลการศึกษาจะเกิดประโยชน์ต่อการนำองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาและการวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 การแนะนำผู้ป่วยและลดปัจจัยการเกิดผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล สงขลา ในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเกิดภาวะ Long COVID ของผู้ป่วย COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา ในจังหวัดสงขลา

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Research Design) เพื่อศึกษาผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเกิดภาวะ Long COVID ของผู้ป่วย COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา ในจังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา ในจังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ส่วนหนึ่งของประชากรที่ติดเชื้อโรค COVID-19 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดสงขลา

เกณฑ์การคัดเข้า

1) อายุมากกว่า 18 ปี และสามารถสื่อสารได้ ได้ตอบได้

2) ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี Real-time polymerase chain reaction (PCR)

3) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 10 วัน

เกณฑ์การคัดออก

1) อายุต่ำกว่า 18 ปี หรือสื่อสาร ไม่ได้

2) ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัย COVID-19 ด้วยวิธี Real-time polymerase chain reaction (PCR)

3) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 10 วัน

4) ไม่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ หรือไม่สามารถในการให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง ใช้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณแบบประมาณค่า สัดส่วนของประชากร กรณีไม่ทราบจำนวนประชากร (บุญชม ศรีสะอาด, 2535)

โดยใช้สูตร

$$n = \frac{\alpha/2 P(1 - P)}{e^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน = 381 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัย ได้ปรับปรุงดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2558. ผลกระทบระยะยาวต่อ สุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 และแนวทางการ จัดบริการสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนด

รูปแบบ และกำหนดเนื้อหาของแบบสอบถาม ใน การวิจัยครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบ ความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้ การหาความตรงตามเนื้อหา(Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้แก้ไขตาม ข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความเหมาะสมด้านภาษา และความชัดเจนของเนื้อหา ทดสอบค่าความเที่ยง ได้ค่าCronbach's alpha เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน พิสัย และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test (ในกรณีที่ค่า Expected value น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20.0 ของจำนวน เซลล์ทั้งหมด) จากนั้นจะวิเคราะห์ขนาดของ ความสัมพันธ์โดยเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย Crude odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95 % (95%CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง 263 ราย ร้อยละ 69.0 อยู่ในช่วงอายุ 21 – 30 ปี เป็นส่วนใหญ่ ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 34 ปี (พิสัย 18 – 68 ปี) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 358 ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 61 - 70 กิโลกรัม ค่ามัธยฐานของน้ำเท่ากับ 57 กิโลกรัม (พิสัย 47 – 98 กิโลกรัม) จบชั้นประถมศึกษา 119 ราย ร้อยละ 31.2 มีสถานภาพสมรส 190 ราย ร้อย ละ 49.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 144 ราย ร้อยละ 37.8 ในส่วนของระยะเวลาที่พบอาการ แสดงหลังจากหายจากการติดเชื้อ COVID-19 พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการแสดงมากกว่า 4 สัปดาห์

(Long COVID) 262 ราย ร้อยละ 68.8 ในช่วงที่ติดเชื้อ COVID-19 พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง 381 ราย ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอาการร่างกายนาน ๆ ครั้ง 237 ราย ร้อยละ 62.2 ไม่สูบบุหรี่ 357 ราย ร้อยละ 93.7 และผู้ป่วยไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 381 ราย ร้อยละ 100.0

2 อาการและอาการแสดงในระบบต่าง ๆ จำแนกตามกลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่มีอาการ 1). อ่อนเพลียง่าย อ่อนล้า 2). ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 3). การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป หรือพบอาการชาที่ลิ้น 4). รู้สึกมีไข้ตลอดเวลาและคัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น 5). ปวดตามข้อ 6). ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย และแสบตา คันตา น้ำตาไหลตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นลองโควิด (Long COVID) พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการ 1). คัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 2). การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป หรือพบอาการชาที่ลิ้น 3). ปวดตามข้อ 4). อ่อนเพลียง่าย อ่อนล้า และรู้สึกจืด ๆ ตามร่างกาย หรือปลายมือ – เท้า 5). รู้สึกมีไข้ตลอดเวลา ตามลำดับ

2.2 กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่มีอาการ 1). เหนื่อยเรื้อรัง 2). ใจสั่น และกลุ่มที่ไม่เป็นลองโควิด (Long COVID) พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการ ใจสั่น เจ็บหน้าอก และเหนื่อยเรื้อรัง

2.3 กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่มีอาการ 1). เหนื่อยง่าย 2). อ่อนเพลีย 3). ไอเรื้อรัง 4). เหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน (หลังทำกิจกรรม) 5). หายใจลำบาก ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นลองโควิด (Long COVID) พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการ 1). อ่อนเพลีย 2). เหนื่อยง่าย และไอเรื้อรัง 3). หายใจลำบาก และเหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน (หลังทำกิจกรรม) ตามลำดับ

2.4 กลุ่มอาการทางระบบประสาท พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่มีอาการ 1). อาการหลงลืม ความจำสั้น สมาธิสั้น 2). เวียนศีรษะ 3). รู้สึกสมองล้า 4). ปวดศีรษะ 5). อ่อนแรงเฉียบพลัน ตามลำดับ และกลุ่มที่ไม่เป็นลองโควิด (Long COVID) พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการ 1). อาการหลงลืม ความจำสั้น สมาธิสั้น 2). เวียนศีรษะ 3). ปวดศีรษะ ตามลำดับ

2.5 กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มลองโควิด (Long COVID) มีอาการผดผื่นในบางราย และกลุ่มที่ไม่เป็นลองโควิด (Long COVID) ไม่พบมีอาการผดผื่น

2.6 กลุ่มอาการทางสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับ และผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่เป็นลองโควิด (Long COVID) ไม่พบอาการทางสุขภาพจิต (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาการและอาการแสดงในระบบต่าง ๆ จำแนกตามกลุ่ม

ลำดับ	ผลกระทบ	กลุ่ม จำนวน (ร้อยละ)			
		เป็น Long COVID (N=262)		ไม่เป็น Long COVID (N=119)	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย					
1	อ่อนเพลียง่าย อ่อนล้า	238 (90.8)	24 (9.2)	48 (40.3)	71 (59.7)
2	รู้สึกมีไข้ตลอดเวลา	119 (45.4)	143 (54.6)	47 (39.5)	72 (60.5)
3	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	167 (63.7)	95 (36.3)	95 (97.8)	24 (20.2)
4	ปวดตามข้อ	48 (18.3)	214 (81.7)	71 (59.7)	48 (40.3)
5	ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย	24 (9.2)	238 (90.8)	0 (0.0)	119 (100.0)



6	แสบตา คันตา น้ำตาไหล	24 (9.2)	238 (90.8)	0 (0.0)	119 (100.0)
7	คัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น	119 (45.4)	143 (54.6)	95 (79.8)	24 (20.2)
8	การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป หรือ พบอาการชาที่ลิ้น	142 (54.2)	120 (45.8)	72 (60.5)	47 (39.5)
9	รู้สึกจืด ๆ ตามร่างกาย หรือปลายมือ - เท้า	0 (0.0)	262 (100.0)	48 (40.3)	71 (59.7)
กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด					
10	ใจสั่น	48 (18.3)	214 (81.7)	24 (20.2)	95 (79.8)
11	เจ็บหน้าอก	0 (0.0)	262 (100.0)	24 (20.2)	95 (79.8)
12	เหนื่อยเรื้อรัง	120 (45.9)	142 (54.2)	24 (20.2)	95 (79.8)
13	ความดันโลหิตสูง	0 (0.0)	262 (100.0)	0 (0.0)	119 (100.0)
กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ					
14	เหนื่อยง่าย	215 (82.1)	47 (17.9)	72 (60.5)	47 (39.5)
15	อ่อนเพลีย	120 (45.8)	142 (54.2)	95 (79.8)	24 (20.2)
16	ไอเรื้อรัง	72 (27.5)	190 (72.5)	72 (60.5)	47 (39.5)
17	หายใจลำบาก	24 (9.2)	238 (90.8)	24 (20.2)	95 (79.8)
18	เหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน (หลังทำ กิจกรรม)	71 (27.1)	191 (72.9)	24 (20.2)	95 (79.8)
กลุ่มอาการทางระบบประสาท					
19	หลงลืม ความจำสั้น สมาธิสั้น	119 (45.4)	143 (54.6)	24 (20.2)	95 (79.8)
20	อ่อนแรงเฉียบพลัน	24 (9.2)	238 (90.8)	0 (0.0)	119 (100.0)
21	ปวดศีรษะ	95 (36.3)	167 (63.7)	23 (19.3)	96 (80.7)
22	เวียนศีรษะ	118 (45.0)	144 (55.0)	24 (20.2)	95 (79.8)
23	รู้สึกสมองล้า	96 (36.6)	166 (63.4)	0 (0.0)	119 (100.0)
24	กล้ามเนื้ออ่อนล้า	0 (0.0)	262 (100.0)	0 (0.0)	119 (100.0)
กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม					
25	ผดผื่น	120 (45.8)	142 (54.2)	0 (0.0)	119 (100.0)
กลุ่มอาการทางสุขภาพจิต					
26	วิตกกังวล	0 (0.0)	262 (100.0)	0 (0.0)	119 (100.0)
27	ซึมเศร้า	0 (0.0)	262 (100.0)	0 (0.0)	119 (100.0)
28	นอนไม่หลับ	23 (8.8)	239 (91.2)	0 (0.0)	119 (100.0)

จากการศึกษา อาการและอาการแสดงในระบบต่าง ๆ จำแนกตามกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อจำแนกรายกลุ่มอาการ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่จะมีอาการทางผิวหนังและเส้นผม ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 38.3 กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย ร้อยละ 37.4 กลุ่มอาการทางระบบประสาท ร้อยละ 28.8 กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ

16.0 และกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย ร้อยละ 44.4 กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 15.1 และกลุ่มอาการทางระบบประสาท ร้อยละ 9.9 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของอาการและอาการแสดงในระบบต่าง ๆ จำแนกรายกลุ่มอาการ

ลำดับ	ผลกระทบรายกลุ่ม	กลุ่ม (ร้อยละ)			
		เป็น Long COVID (N=262)		ไม่เป็น Long COVID (N=119)	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1	อาการทั่วไปของร่างกาย	37.4	62.6	44.4	55.6
2	อาการระบบหัวใจและหลอดเลือด	16.0	84.0	15.1	84.9
3	อาการระบบทางเดินหายใจ	38.3	61.7	48.2	56.8
4	อาการทางระบบประสาท	28.8	71.2	9.9	90.1
5	อาการทางผิวหนังและเส้นผม	45.8	54.2	0.0	100.0
6	อาการทางสุขภาพจิต	8.8	91.2	0.0	100.0

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ เพศ พบว่า มี OR: 1.75 โดยมี p - value = 0.015 (95% CI: 1.11 – 2.77) อายุ พบว่า มี OR: 1.77 โดยมี p - value = 0.010 (95% CI: 1.14 – 2.75) ระดับ

การศึกษา พบว่า มี OR: 3.30 โดยมี p - value = <0.001 (95% CI: 1.98 – 5.51) สถานภาพสมรส พบว่า มี OR: 1.84 โดยมี p - value = 0.006 (95% CI: 1.18 – 2.86) อาชีพ พบว่า มี OR: 2.64 โดยมี p - value = <0.001 (95% CI: 1.69-4.13) และการออกกำลังกาย พบว่า มี OR: 6.82 โดยมี p - value = <0.001 (95% CI: 4.21-11.06) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID)

ปัจจัย	Long COVID		OR	95% CI	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
เพศ					
หญิง	191 (72.6)	72 (27.4)	1.75	1.11-2.77	0.015
ชาย	71 (60.2)	47 (39.8)	1.00		
อายุ (ปี)					
> 38	143 (74.9)	48 (25.1)	1.77	1.14-2.75	0.010
≤ 38	119 (62.6)	71 (37.4)	1.00		
ระดับการศึกษา					
≥ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	120 (83.3)	24 (16.7)	3.30	1.98-5.51	<0.001
≤ มัธยมศึกษาตอนต้น	142 (59.9)	95 (40.1)	1.00		
สถานภาพสมรส					
สมรส	143 (75.3)	47 (24.7)	1.84	1.18-2.86	0.006
โสด หม้าย/หย่า/แยก	119 (62.3)	72 (39.7)	1.00		
อาชีพ					
เกษตรกร, รับจ้าง, อื่นๆ	166 (77.9)	47 (22.1)	2.64	1.69-4.13	<0.001

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID)

ปัจจัย	Long COVID		OR	95% CI	p-value
	เป็น	ไม่เป็น			
ค้าขาย, ว่างงาน	96 (57.1)	72 (42.9)	1.00		
การออกกำลังกาย					
≤ นานๆ ครั้ง	214 (82.0)	47 (18.0)	6.82	4.21-11.06	<0.001
≥ สัปดาห์ละ 1-3 วัน	48 (40.0)	72 (60.0)	1.00		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 69.0 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.0 มีน้ำหนักเฉลี่ย 61.3 kg ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 31.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 49.9 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรมและอื่น ๆ ในส่วนของระยะเวลาที่พบอาการแสดงหลังจากหายจากการติดเชื้อ COVID-19 พบว่า มีอาการแสดงมากกว่า 4 สัปดาห์ (Long COVID) ร้อยละ 68.8 และน้อยกว่า 4 สัปดาห์ ร้อยละ 31.2 สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 202 คน มีความชุกภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 64.9 ⁽⁶⁾ แตกต่างจากการศึกษาอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหลงเหลือ (ร้อยละ 54.6) และมีอาการหลงเหลือหลังจำหน่าย (ร้อยละ 45.4) และการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 2,649 คน พบว่า มีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 47.1 ⁽⁷⁾ ในช่วงที่ติดเชื้อ COVID-19 พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 62.2 การสูบบุหรี่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.7 และผู้ป่วยไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.0

2. อาการและอาการแสดงในระบบต่าง ๆ ที่พบ จำแนกตามกลุ่ม ในผู้ป่วยลองโควิด Long COVIDการศึกษาครั้งนี้ พบว่า 1). กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย พบว่า มีอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ร้อยละ 90.8 รองลงมาคือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 63.7 การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไป หรือพบอาการชาที่ลิ้น ร้อยละ 54.2 อาการรู้สึกมีไข้ตลอดเวลา ร้อยละ 45.4 อาการคัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ร้อยละ 45.4 อาการปวดตามข้อ ร้อยละ 18.3 และอาการปวดท้อง อาหารไม่ย่อย อาการแสบตา คันตา น้ำตาไหล ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่จะพบอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า สอดคล้องกับผลการศึกษา meta-analysis ของสถาบันต่าง ๆ ในต่างประเทศ พบว่า ความชุกตามกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย ร้อยละ 47 ⁽⁸⁾ และการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 2,649 คน พบอาการหลงเหลืออันดับแรก คือ อ่อนเพลีย ⁽⁷⁾ 2). กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยเรื้อรัง ร้อยละ 45.8 และอาการใจสั่น ร้อยละ 18.3 3). กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยง่าย ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 45.8 อาการไอเรื้อรัง ร้อยละ 27.5 อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน (หลังทำกิจกรรม) ร้อยละ 27.1 และอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ 4). กลุ่มอาการทางระบบประสาท พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหลงลืม ความจำสั้น

สมาธิสั้น ร้อยละ 54.6 รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 45.0 อาการรู้สึกสมองล้า ร้อยละ 36.6 อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 36.3 และอาการอ่อนแรงเฉียบพลัน ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ 5). กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม คือ ผมหร่วง พบว่าผู้ป่วยมีอาการผมหร่วง ร้อยละ 45.8 และ 6). กลุ่มอาการทางสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 8.9

3. เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาการ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่จะมีอาการทางผิวหนังและเส้นผม ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 38.3 กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย ร้อยละ 37.4 กลุ่มอาการทางระบบประสาท ร้อยละ 28.8 กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 16.0 และกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่า อาการที่บ่อย คือ ผมหร่วง (32.5%) ภาวะ PEM (32.0%) อาการหายใจลำบาก (21.6%) อาการเหนื่อยล้า (16.5%) และอาการนอนไม่หลับ (13.8%)⁽⁶⁾ ซึ่งจะแตกต่างกับการศึกษาผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 และแนวทางการจัดบริการสุขภาพ ที่พบว่า อาการที่พบในผู้ป่วย Long COVID ตามระบบต่าง ๆ จากการสำรวจ พบว่าระบบผิวหนัง ร้อยละ 22.8 (ผมหร่วง ผื่นแพ้) ซึ่งพบได้น้อยที่สุด⁽⁹⁾

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ($p=0.015$) ซึ่งพบว่าเพศหญิง มีแนวโน้มที่จะมีอาการภาวะลองโควิด (Long COVID) มากกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะหลังการ

ติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อ โควิด-19 ($p<0.001$)⁽⁶⁾ อายุ ($p=0.010$) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) จะมีอายุมากกว่า 38 ปี และมีแนวโน้มว่าอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีผลต่อการเกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) มากยิ่งขึ้น และอาชีพ ($p<0.001$) ระดับการศึกษา ($p<0.001$) สถานภาพสมรส ($p=0.006$) พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม, รับจ้าง, อื่น ๆ เป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลังเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะลองโควิดในกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มอาการทั่วไปของร่างกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อายุ อาชีพ และระดับความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽¹¹⁾ ซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของโรคติดเชื้อโควิด-19 และการออกกำลังกาย ($p<0.001$) จะพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด (Long COVID) ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง จึงอาจส่งผลให้มีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) ได้ สอดคล้องกับ⁽¹²⁾ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งฟื้นตัวจากโรคโควิด-19 สามารถทำได้ โดยการออกกำลังกายเบา ๆ ในสัปดาห์ที่ 3-4 แม้ร่างกายยังรู้สึกอ่อนเพลีย แต่ปอดเริ่มฟื้นตัวได้บ้าง จึงควรเริ่มออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เช่น การลุกเดินบ่อย ๆ เดินช้า ๆ จนสามารถเพิ่มความเร็วได้ หรือเริ่มวิ่งเหยาะ ๆ เป็นต้น



สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลกระทบระยะยาวของ COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ระยะเวลา มากกว่า 4 สัปดาห์และพบอาการต่อเนื่อง ถือว่าเป็นกลุ่มภาวะลองโควิด (Long COVID) โดยกลุ่มอาการที่พบได้หลัก ๆ 6 กลุ่มอาการ ซึ่งส่วนใหญ่พบอาการตามลำดับ ดังนี้ 1). อาการทางผิวหนังและเส้นผม 2). อาการระบบทางเดินหายใจ 3). อาการทั่วไปของร่างกาย 4). อาการทางระบบประสาท 5). อาการระบบหัวใจและหลอดเลือด และ 6). อาการทางสุขภาพจิต โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) ภายหลังรักษาในโรงพยาบาลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ และการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางระบบหรือพัฒนาระบบการติดตามอาการ/การดูแลต่อเนื่องภายหลังรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อ COVID-19 เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะลองโควิด (Long COVID) ที่เกิดขึ้น และวางแผนฟื้นฟูสภาพหรือให้การรักษาได้อย่างทันที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ชนิดและปริมาณของการได้รับยาต้านไวรัส เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาผลกระทบระยะยาวของโรค COVID-19 ภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มวัยเด็ก ต่ำกว่า 18 ปี กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มที่มีอาการรุนแรงขณะรักษา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. สืบค้นจาก <https://covid19.who.int/data>
2. กรมการแพทย์. (2565). การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/COVID.
3. Li X, Ma X. Acute respiratory failure in COVID-19: is it “typical” ARDS? Crit Care 2020;24(1):198.
4. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Rapid guideline: Managing the long-term effect of Covid-19. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nice.org.uk/guidance/ng188>.
5. Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC. Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. Ann Intern Med 2021;174(4):576-8.
6. เมธาวิ หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย และธนภณ ลีศรี (2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16(1).

7. Munblit, D., Bobkova, P., Spiridonova, E., Shikhaleva, A., Gamirova, A., Blyuss, O., Butnaru, D. (2021). Incidence and risk factors for persistent symptoms in adults previously hospitalized for COVID-19. *Clinical and Experimental Allergy*, 51(9), 1107-1120.
8. National Institute for Health and Care Excellence, Royal College of General Practitioners, Healthcare Improvement Scotland SIGN. COVID-19 rapid guideline: managing the long term effects of COVID-19. 2020.
9. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. ผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 และแนวทางการจัดบริการสุขภาพ. *วารสารกรมการแพทย์*. 2565; 47(2):5-8.
10. มณฑิรา ชาญณรงค์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1): 1-16.
11. Whitaker, M., Elliott, J., Chadeau-Hyam, M., Riley, S., Darzi, A., & Cook, G. (2022). Persistent COVID-19 symptoms in a community study of 606,434 people in England. *Nature Communication*, 13(1), 1957.
12. ภัทริรา ตันติภาสวสิน และ สิทธิชัย ตันติภาสวสิน. (2565). ภาวะโพสท์โควิด (ลองโควิด). *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 47(1) 67-84.



ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี 2562-2565

Larvae index and Dengue Fever in Nongbua Health Promoting Hospital,
Udonthani Municipality, 2019-2022

(Received: January 18,2023 ; Revised: January 27,2023 ; Accepted: January 30,2023)

วาทิต สุวรรณศรี¹

Wathit suwannasri¹

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อมาโดยยุงลายที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งมาตรการป้องกันควบคุมโรคเน้นที่การควบคุมยุงพาหะและลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ตั้งแต่ปี 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ได้ดำเนินการสุ่มประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่รับผิดชอบ การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลาย เพื่อศึกษาความชุกของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี และศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออก ในปี 2562-2565 ยกเว้นปี 2564 ซึ่งไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่าการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงสุด ในปี 2565 บ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (HI) สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 17.54 ภาชนะที่พบลูกน้ำ (CI) สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 5.73 ส่วนในปี 2563 จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน (BI) สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 22.00 การสำรวจภาชนะเสี่ยง พบว่าภาชนะเสี่ยงที่พบลูกน้ำมากที่สุดในภาพรวมตั้งแต่ ปี 2562-2565 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ได้แก่ ภาชนะที่ไม่ได้ใช้ ร้อยละ 22 รองลงมา ได้แก่ ภาชนะอื่นๆ ที่ใช้ประโยชน์ ร้อยละ 16 ที่รองน้ำหลังตู้เย็นและภาชนะน้ำใช้ ร้อยละ 14 เท่ากัน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value > 0.05)

คำสำคัญ: ไข้เลือดออก, ดัชนีลูกน้ำยุงลาย

Abstract

Dengue is an Aedes borne disease that has highly transmitted in urban areas. Prevention and control measures mostly focus on vector control and source reduction. Since 2019, Nongbua Health Promoting Hospital, Udonthani Municipality use to assess risk of dengue transmission after conducting larva survey in the responsibility area. This study compiled the Aedes larvae index data and analyzed to study aims to determine the relationship between larvae index and dengue fever in the year, 2019-2022. Except year 2021, which has no dengue fever. The results of the survey of Aedes Aegypti larvae breeding sites percentage of houses surveyed found the highest Aedes aegypti larvae (HI) accounted for 17.54% in 2022. The percentage of the container with the highest larvae (CI) was found as 5.73% in 2022. The

¹ หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข 3 (รพ.สต.หนองบัว) กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี

number of containers found by larvae per 100 houses (BI), the highest 22.00% in 2020. The container survey showed that the most risk container were found in larvae in the whole year. 2019-2022 in the area of Nongbua Health Promoting Hospital including containers that are not used accounted for 22 percent, followed by containers that are used accounted for 16 percent and refrigerator/water cooler and used water containers accounted for 14 and 14 percent respectively. The results of the study on the relationship between the relationship between larvae index and dengue fever showed that the incidence of dengue fever and Aedes aegypti larvae index (HI, CI and BI) were in the overall Nongbua Health Promoting Hospital, Udonthani Municipality was not statistically significant at a confidence level of 0.05 ($p\text{-value} > 0.05$).

Keyword: Dengue fever, Larvae index

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ทั้งกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนมากกว่า 125 ประเทศ^{11,13} นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแล้วหากเป็นแล้วอาจเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ เช่น ภาวะช็อกจากการมีเลือดออกที่อวัยวะภายใน จนนำไปสู่การเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วหากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันเวลาที่ด้วยเหตุผลดังกล่าว¹¹ ไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย พบเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี 2501 ที่กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปสู่จังหวัดต่างๆ ทุกภูมิภาคทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะในปี 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในประเทศไทยเท่าที่เคยมีรายงานพบผู้ป่วย จำนวน 174,285 ราย เสียชีวิตจำนวน 1,007 ราย ซึ่งการระบาดของโรคไข้เลือดออกจะมีการกระจายของโรคเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือภูมิทัศน์ทางานของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายสภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ การขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัด

แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง และความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและนโยบายของผู้บริหาร¹²

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยพบว่า มีอุบัติการณ์ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังอย่างต่อเนื่อง มาเป็นเวลาเกือบ 2 ปี (พ.ศ. 2563 – 2564) จึงมีโอกาสนี้ในปี พ.ศ. 2565 จะเกิดการระบาดมากขึ้น ซึ่งคาดการณ์ว่าตลอดทั้งปี อาจมีผู้ป่วยสูงถึง 45,000 ราย โดยช่วงไตรมาสแรกของปีมีแนวโน้มพบจำนวนผู้ป่วย ประมาณ 3,000 – 4,000 รายต่อเดือน และเริ่มสูงขึ้นในเดือนพฤษภาคม จนสูงที่สุดประมาณ 10,000 – 16,000 รายต่อเดือนในช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน – กันยายน) และจากการพิจารณาพื้นที่ระดับอำเภอเมือง อำเภอที่ตั้งของเทศบาลนคร หรืออำเภอที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 – 2564) มีแนวโน้มพบอำเภอที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดทั้งสิ้น จำนวน 308 อำเภอ จาก 928 อำเภอทั่วประเทศ¹

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2564 ในภาพรวมทั้งประเทศ (ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2564 – 1 มกราคม 2565) มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 9,798 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 14.74 ต่อประชากรแสนคน) มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย อัตราตาย 0.01 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.06 ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 23.34 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา



คือ ภาคกลาง (อัตราป่วยเท่ากับ 17.70 ต่อประชากรแสนคน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 9.28 ต่อประชากรแสนคน) และภาคใต้ (อัตราป่วยเท่ากับ 9.27 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดอุดรธานี ปี 2564 อัตราป่วยเท่ากับ 1.60 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอำเภอเมืองอุดรธานี ไม่พบผู้ป่วยปี 2565 อัตราป่วยไข้เลือดออกจังหวัดอุดรธานี ปี 2565 อัตราป่วยเท่ากับ 23.61 ต่อประชากรแสนคน อำเภอเมืองอุดรธานี 66.24 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว พบอัตราป่วย 10.74 ต่อประชากรแสนคน⁹ ซึ่งอัตราป่วยไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ อัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกปี ยกเว้นในปี 2564 ซึ่งพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ตั้งอยู่ในตำบลหมากแข้ง เขตเทศบาลนครอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมือง หรือพื้นที่ชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น และโรคไข้เลือดออกได้มีการกระจายสู่พื้นที่ชนบท เป็นเพราะการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็วขึ้นรวมถึงมีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรด้วย อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน พบว่า มีครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายในอัตราที่สูง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกยังมีไม่เต็มที่ นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วัสดุอุปกรณ์ เคมีภัณฑ์งบประมาณ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนเป็นเรื่องที่สำคัญเนื่องจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออก

ในประเทศไทย พบว่า มีอุบัติการณ์ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลังอย่างต่อเนื่อง มาเป็นเวลาเกือบ 2 ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔) จึงมีโอกาสนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จะเกิดการระบาดมากขึ้น¹ และอำเภอเมืองอุดรธานีเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ผู้ขอรับการประเมินในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ได้เล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงได้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อนำผลการดำเนินงานไปปรับใช้ในการวางแผนควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวทางส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องและยั่งยืนต่อไป

การควบคุมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายด้วยการสูบล้างค่าดัชนี ลูกน้ำยุงลายยังคงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างต่อไป การสำรวจยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก จึงเป็นขบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยผลการวิเคราะห์ที่ได้สามารถไปใช้ประโยชน์ในด้านการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างเหมาะสม

ดังนั้นการศึกษานี้จึงรวบรวมข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลาย และวิเคราะห์ผลเพื่อศึกษาความชุกของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี และศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2562-2565

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีลูกน้ำ
ยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยวิธีแบบย้อนหลัง (Retrospective) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ โดยมีหน่วยของการศึกษาเป็นพื้นที่ (Ecological study)

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาข้อมูลจากการสำรวจลูกน้ำยุงลายและการเกิดโรคไข้เลือดออกเฉพาะในพื้นที่เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยพื้นที่ในการศึกษาคือ

1. พ.ศ. 2562-2564 ก่อนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวถ่ายโอนตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 คือตำบลหมากแข้ง ได้แก่ ชุมชนหนองบัว 1-7 หมู่ที่ 1 และตำบลหนองบัว ได้แก่ บ้านโนนขมิ้น หมู่ที่ 2, บ้านนาทราย หมู่ที่ 3 และบ้านหนองขาม หมู่ที่ 4

2. พ.ศ. 2565 หลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวถ่ายโอนตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว สังกัดเทศบาลนครอุดรธานี ได้แก่ ชุมชนหนองบัว 1-7 หมู่ที่ 1 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย โดยใช้แบบบันทึกผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในปี พ.ศ. 2562-2565 และแบบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ของสำนักเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI, CI และ BI ของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี 2562-2565 จากการดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเก็บรวบรวมข้อมูลผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี

2. ข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562-2565 จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ของสำนักเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าดัชนีทางกีฏวิทยาเกี่ยวกับความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลจากการสำรวจ

House Index (HI) คือ ร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย

$$HI = \frac{\text{จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

Container Index (CI) คือ ร้อยละของภาชนะขังน้ำที่พบลูกน้ำยุงลาย

$$CI = \frac{\text{จำนวนภาชนะขังน้ำที่พบลูกน้ำยุงลาย}}{100}$$

จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด

Breteau Index (BI) คือจำนวนภาชนะขังน้ำที่พบลูกน้ำยุงลายต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน

$$BI = \frac{\text{จำนวนภาชนะขังน้ำที่พบลูกน้ำยุงลาย}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด

การแปลผล

1. หลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ จนได้ค่าดัชนีความชุกชุมของยุงพาหะทั้งในบ้านและ



โรงเรียน ไม่ว่าจะแยกรายพื้นที่และชุมชนแล้ว
สามารถแบ่งการแปลผล² ดังนี้

HI สูง CI สูง = ชุมชนนี้มีปัญหามากโดยรวม

HI ต่ำ CI ต่ำ = ชุมชนนี้มีปัญหาน้อย

โดยรวม

HI สูง CI ต่ำ = ชุมชนนี้มีปัญหาทั่วไป
กระจาย ทั่วหมู่บ้าน

HI ต่ำ CI สูง = ชุมชนนี้มีปัญหาเป็นบางจุด
ของ ชุมชน แก้ไขเฉพาะจุดได้

หมายเหตุ ระดับค่าเป้าหมาย: ค่า HI < ร้อย
ละ 10 และ CI = 0

2. ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ได้แก่
จำนวนผู้ป่วย อัตราป่วย อัตราตาย รายสัปดาห์
พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว
เทศบาลนครอุดรธานี ปี 2562-2565

3. เปรียบเทียบผลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และ
อัตราการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยวิเคราะห์ค่า
ความสัมพันธ์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
(กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่สำคัญ
0.05) ใช้สถิติ Inference Statistic Correlation
coefficient (r) ใน ส่วน ของ การ วิเคราะห์
สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) นั้น จะ
เลือกใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์
สัน (Pearson's Product Moment Correlation
Coefficient) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ของตัว
แปรสองตัวที่เป็นอิสระต่อกัน⁵

การแปลผลระดับความสัมพันธ์ จะใช้ตัวเลข
ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใช้เกณฑ์ดังนี้

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง
1 ค่าลบ แสดงความสัมพันธ์ทางลบหรือทางตรงกัน
ข้าม ค่าบวก แสดงความสัมพันธ์ทางบวกหรือทาง
เดียวกัน⁴

$r = .50$ ถึง 1.00 หรือ $r = -.50$ ถึง -1.00
ถือว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูง

$r = .30$ ถึง $.49$ หรือ $r = -.30$ ถึง $-.49$ ถือ
ว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

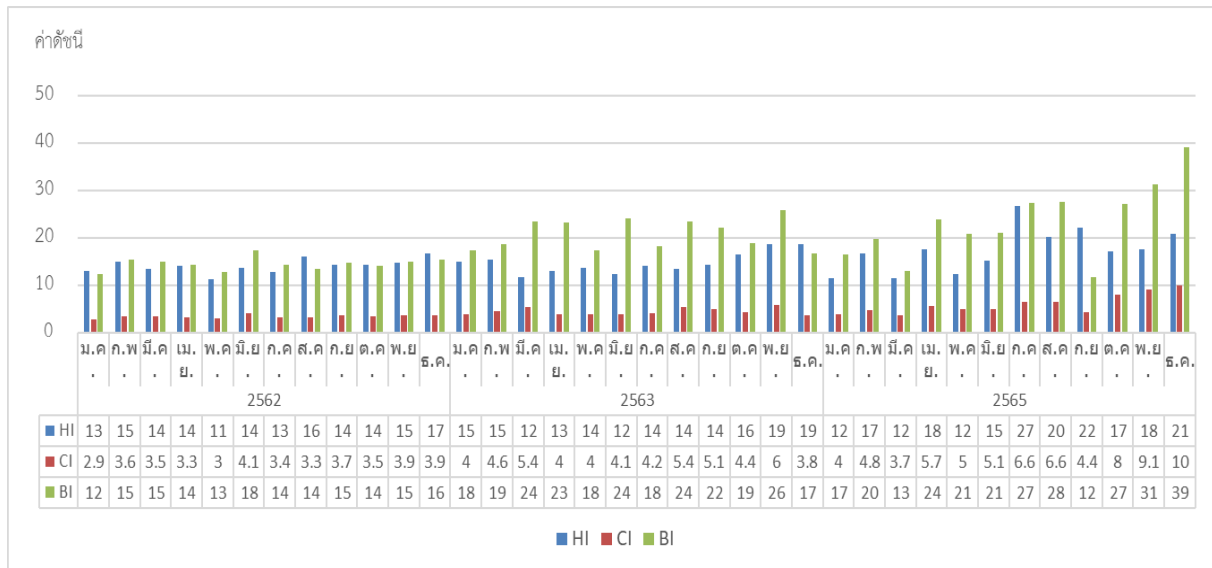
$r = .10$ ถึง $.29$ หรือ $r = -.10$ ถึง $-.29$ ถือ
ว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

$r = .00$ ถือว่าข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กัน

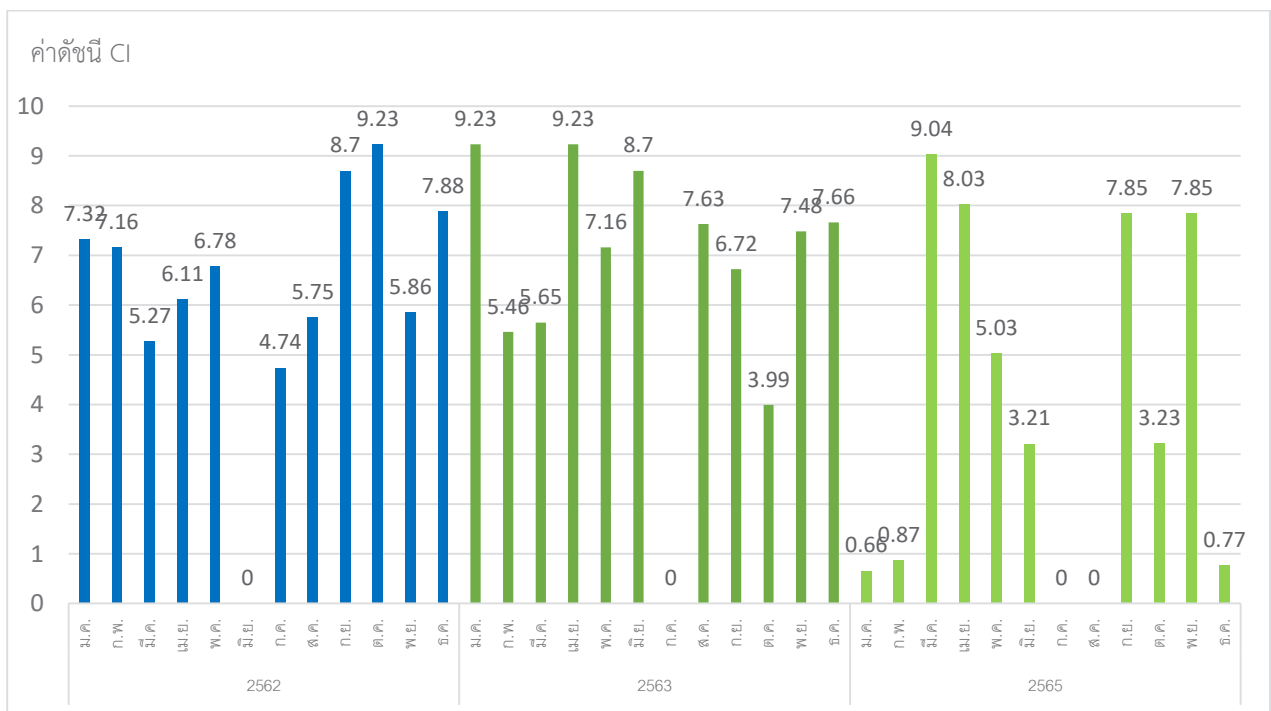
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล
แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI,
CI และ BI ของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี 2562-
2565 จากการดำเนินการของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเก็บรวบรวมข้อมูล
ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ในพื้นที่
รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี และข้อมูลอัตรา
ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนพื้นที่เขตสุขภาพ
ที่ 8 ปี 2562-2565 จากกระบบเฝ้าระวังทาง
ระบาดวิทยา (รายงาน 506) ของสำนักเขตสุขภาพ
ที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

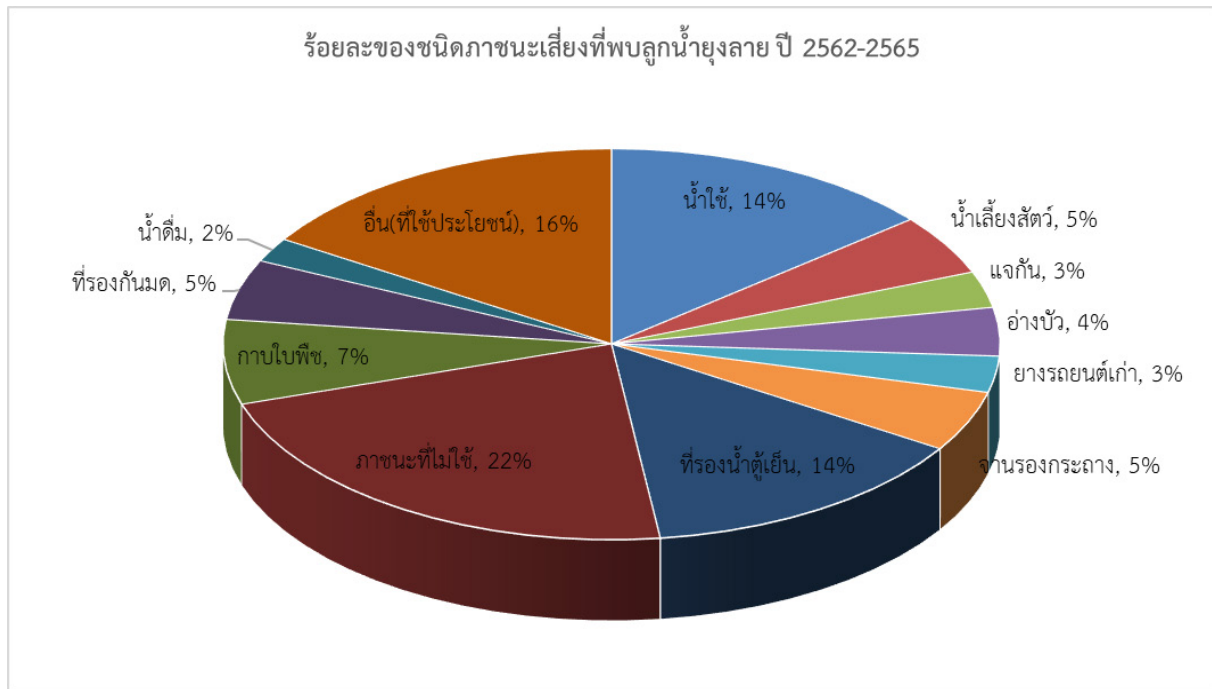
การประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House
Index และ Container Index) ในชุมชน และ
สถานที่ต่างๆในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี
พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2565 พบว่าค่า HI, CI และ BI
แตกต่างกัน ในแต่ละพื้นที่และช่วงเวลาสำรวจ
(ภาพประกอบที่ 1) ในทุกสถานที่ที่มีภาชนะที่พบ
ลูกน้ำยุงลายสูงกว่าค่าเป้าหมาย (มากกว่า 0)
(ภาพประกอบที่ 2) แสดงให้เห็นว่ามาตรการ
ผลักดันด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมไปยังชุมชนและ
หน่วยงานองค์กรต่างๆยังไม่เป็นไปตาม
วัตถุประสงค์ สำหรับภาชนะเสี่ยงที่พบลูกน้ำ
ยุงลายส่วนใหญ่ พบว่าเป็น ภาชนะที่ไม่ได้ใช้ ร้อย
ละ 22 รองลงมา ได้แก่ ภาชนะอื่นๆที่ใช้ประโยชน์
ร้อยละ 16 ที่รองน้ำหลังตู้เย็นและภาชนะน้ำใช้ ร้อย
ละ 14 เท่ากัน (ภาพประกอบที่ 3)



ภาพประกอบที่ 1 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index และ Container Index และ BI) ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และช่วงเวลาสำรวจ



ภาพประกอบที่ 2 การสุ่มสำรวจภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย (Container index) พ.ศ. 2562 - 2565 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี



ภาพประกอบที่ 3 ร้อยละของชนิดภาชนะเสี่ยงจากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี 2562-2565

ปี 2562-2565 ในภาพรวมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี พบว่ามีอัตราป่วยมากที่สุดในปี 2563 คิดเป็น 111.16 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาปี 2562 คิดเป็น 81.91 ต่อประชากรแสนคน และปี 2565 คิดเป็น 10.74 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายหมู่บ้าน ปี 2562 บ้านโนนขมิ้น มีอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็น 378.43 ต่อประชากรแสนคน ปี 2563

ชุมชนหนองบัว 1 มีอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็น 746.83 ต่อประชากรแสนคน (ตารางที่ 2) ในขณะที่ข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลายพบว่าสูงกว่าค่าเป้าหมายในทุกพื้นที่ และพบว่ามีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน (BI) ร้อยละบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (HI) และร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (CI) แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และช่วงเวลา ที่สำรวจ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) แยกรายหมู่บ้าน/ชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี พ.ศ. 2562-2565

หมู่บ้าน/ชุมชน	2562			2563			2565		
	HI	CI	BI	HI	CI	BI	HI	CI	BI
หนองบัว 1	16.58	5.81	22.23	14.83	6.01	23.92	24.58	8.09	28.50
หนองบัว 2	15.33	5.49	21.67	10.25	6.29	25.00	12.58	4.19	16.67
หนองบัว 3	10.25	3.93	16.25	12.67	4.92	20.58	16.17	5.34	20.17

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) แยกรายหมู่บ้าน/ชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี พ.ศ. 2562-2565

หมู่บ้าน/ชุมชน	2562			2563			2565		
	HI	CI	BI	HI	CI	BI	HI	CI	BI
หนองบัว 4	14.75	5.54	22.23	13.67	5.34	21.25	17.08	5.35	21.25
หนองบัว 5	12.08	4.69	19.25	17.25	5.54	23.92	14.08	4.74	20.00
หนองบัว 6	11.67	4.37	17.00	13.00	5.01	21.00	14.58	5.55	20.17
หนองบัว 7	15.25	5.31	21.25	14.75	4.69	19.17	23.67	7.18	27.25
โนนขมิ้น	12.25	4.80	19.92	13.67	5.44	22.83	พื้นที่นอกเขต หลังการถ่ายโอน รพ.สต.หนองบัว ให้เทศบาล นครอุดรธานี ตามพรบ.กระจายอำนาจฯ		
นาทราย	19.08	6.14	25.67	15.67	5.65	24.08			
หนองขาม	11.00	4.63	20.17	17.83	5.83	27.75			
ค่าเฉลี่ยรวมทุกหมู่	13.83	5.07	20.58	14.36	5.47	22.75	17.54	5.73	22.00

ตารางที่ 2 อัตราป่วยสะสมโรคไข้เลือดออก (DF, DHF, DSS) แยกรายหมู่บ้าน/ชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี 2562-2565

หมู่บ้าน/ชุมชน	อัตราป่วยต่อแสนประชากร		
	2562	2563	2565
หนองบัว 1	149.37	746.83	0
หนองบัว 2	0	0	0
หนองบัว 3	0	0	0
หนองบัว 4	54.61	0	0
หนองบัว 5	0	141.24	0
หนองบัว 6	0	0	66.84
หนองบัว 7	0	70.18	0
โนนขมิ้น	378.43	47.30	พื้นที่นอกเขต บริการ
นาทราย	0	0	

ตารางที่ 2 อัตราป่วยสะสมโรคไข้เลือดออก (DF, DHF, DSS) แยกรายหมู่บ้าน/ชุมชน เขตโรงพยาบาล
ส่งเสริม สุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ปี 2562-2565

หมู่บ้าน/ชุมชน	อัตราป่วยต่อแสนประชากร		
	2562	2563	2565
หนองขาม	80.02	160.04	
รวมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน	81.91	111.16	10.74

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

พ.ศ.	ดัชนีลูกน้ำยุงลาย	อัตราการเกิดโรค	
		Pearson Correlation (r)	p-value
2562	HI	-0.118	0.746
	CI	-0.017	0.962
	BI	0.022	0.952
2563	HI	0.283	0.427
	CI	0.397	0.256
	BI	0.261	0.466
2565	HI	-0.275	0.550
	CI	-0.073	0.887
	BI	-0.189	0.685

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายกับอัตราการเกิดโรค ปี พ.ศ. 2562-2565 (ในช่วงเวลาต่างกัน) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน แสดงในตารางที่ 3 ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของวีรพงษ์ ปง

จันตา⁸ พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI และ CI ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออก และสอดคล้อง กับการศึกษาของรุจิรา เลิศพร้อม⁷ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมลูกน้ำยุงลายกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรค พบว่าอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) ทั้งรายจังหวัดและในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 4 ไม่มี

ความสัมพันธ์กัน อาจเนื่องจากช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลของทั้งสองตัวแปรไม่อยู่ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน⁸ แม้การศึกษานี้ได้หาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายกับอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกในช่วงเดือนถัดจากสัปดาห์ที่ทำการสำรวจ แต่ทั้งนี้ทฤษฎีการเกิดโรคไข้เลือดออกมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ คน เชื้อไวรัสเด็งกี และยุงลาย ซึ่งอาจไม่มีเชื้อไวรัสเด็งกี ตลอดจนประชาชนมีภูมิคุ้มกันต่อโรคไข้เลือดออก (Partial Immunity) จากการได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีมาก่อน

ผลสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี พบค่าเฉลี่ยดัชนีลูกน้ำยุงลาย คือ ค่า HI และ CI ปี พ.ศ. 2562-2565 พบว่า ค่า HI และค่า CI อยู่ในระดับเสี่ยงสูง แปรผลได้ว่า ชุมชนนี้มีปัญหามากโดยรวมแสดงให้เห็นว่าผู้รับผิดชอบหรือผู้กำหนดมาตรการนโยบายยังขาดการนำข้อมูลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคในพื้นที่ประกอบด้วยมีการวิเคราะห์การพยากรณ์โรคล่วงหน้าเพื่อเตรียมการรับสถานการณ์ของโรค และต้องมีการระดมทีมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในทุกพื้นที่ในปีต่อไป ส่วนภาชนะเสี่ยงที่พบลูกน้ำมากที่สุด ในภาพรวมตั้งแต่ ปี 2562-2565 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ได้แก่ ภาชนะที่ไม่ได้ใช้ ร้อยละ 22 รองลงมาได้แก่ ภาชนะอื่นๆที่ใช้ประโยชน์ ร้อยละ 16 ที่รองน้ำหลังตู้เย็นและภาชนะน้ำใช้ ร้อยละ 14 เท่ากัน ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาไสว และคณะ¹⁰ ปี 2558 พบว่าภาชนะเสี่ยงที่พบลูกน้ำมากที่สุดในการสำรวจช่วงฤดูกาลก่อนการระบาดของไข้เลือดออก ได้แก่ ขาตุ้กันมด คิดเป็นร้อยละ 13.89 รองลงมาได้แก่ แจกันรองกระถาง ต้นไม้และแจกันดอกไม้คิดเป็นร้อยละ 9.84 และ 8.87 ตามลำดับ อาจเนื่องจากเป็นพื้นที่เขตชนบทซึ่งมีลักษณะการดำรงชีวิตที่คล้ายกัน¹⁰

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมลูกน้ำยุงลายกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรค พบว่า อัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา เลิศพรพร้อม⁷ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการควบคุมลูกน้ำยุงลายกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรค พบว่าอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) ทั้งรายจังหวัดและในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 4 ไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่แตกต่างจากการศึกษาของดารินทร์ อารีโยชัย⁶ หาความสัมพันธ์ของค่า HI และอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกในช่วง 4 สัปดาห์ถัดจากสัปดาห์สำรวจลูกน้ำยุงลายในภาพรวมของ ประเทศและรายภาค พบว่ามีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นมาตรการควบคุมยุงพาหะและลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จึงยังเป็นมาตรการหลักในปัจจุบันที่จะป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าระดับของค่า HI ที่สูงกว่าร้อยละ 5 แต่ไม่เกินร้อยละ 10 จะทำให้เกิดอุบัติการณ์เกิดโรคไข้เลือดออกในช่วง 4 สัปดาห์ ถัดจากสัปดาห์ที่ทำการสำรวจสูงขึ้นได้ถึง 1.8 เท่า และความเสี่ยงของการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อระดับของค่า HI สูงขึ้น³

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ดังนี้

1.1 จากการศึกษาที่ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความชุกชุมลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตามการควบคุมยุงพาหะเป็นมาตรการหลักที่สำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการจัดการภาชนะเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์เป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง ดังนั้นควรดำเนินการสุ่มสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง

1.2 การนำค่า HI CI มาใช้ในการประเมินมาตรการลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีความสำคัญต่อการลดโรคจากการศึกษาครั้งนี้ ควรดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ค่า HI ไม่เกินกว่าร้อยละ 10 และค่า CI ไม่เกินกว่าร้อยละ 5 เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคให้ได้มากที่สุดโดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรวดเร็ว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป



2.1 การศึกษาครั้งต่อไปที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก ควรทำการศึกษา “ปัจจัยที่ทำให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน” เนื่องจากพื้นที่มีสภาพภูมิศาสตร์และลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน แต่ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายที่มีค่าดัชนีแตกต่างกัน เพื่อนำผลการศึกษาไปดำเนินการ

ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ที่พบปัญหาการเกิดโรคไข้เลือดออกต่อไป

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่รูปแบบหรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2565).สถานการณ์โรคติดต่อฯโดยแมลง.สืบค้น 1 ธันวาคม 2565.จาก <https://ddc.moph.go.th/dvb/>.
2. กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย.(2560).ดำเนินงานเรื่องโรคไข้เลือดออก ปงบประมาณ 2561.สืบค้น 1 ธันวาคม 2565.จาก<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER9/DRAWER022/GENERAL/DATA0000/00000749.PDF>.
3. กองระบาดวิทยา. (2563) .ระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506). สืบค้น 1 ธันวาคม 2565 จาก <http://www.boe.moph.go.th/>.
4. กัลวัฒน์ มัญชะสิงห์.2557.การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) . สืบค้น 1 ธันวาคม 2565 จาก <http://kalawatblog.blogspot.com/2014/07/correlation-analysis.html>
5. ชูศรี วงศ์รัตน์ (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย . พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ ฯ :ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
6. ดารินทร์ อารีย์โชคชัย. (2561). ระดับของดัชนีลูกน้ำยุงลายจากแอปพลิเคชันทันระดับกับความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ในเขตเมือง. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข, 49(23), 353-359.
7. รุจิรา เลิศพร้อม.(2563).ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปี พ.ศ.2560-2562.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,1(2),59-66.
8. วีรพงษ์ ปังจินดา. (2549). ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายกับการเกิดโรคไข้เลือดออกของจังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2(3), 230-235.
9. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.ระบบรายงาน R8 506.สืบค้น 1 ธันวาคม 2565 จาก https://r8506.moph.go.th/r8_506_rep/index.php.
10. ไสว โพธิ์มิล และ สุภาภรณ์ โคตรมณี. (2558). การสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2554-2557. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 22(1),42-48.
11. Bhatt, S., Gething, P.W., Brady,O.J., Messina, J.P., Farlow, A.W., Moyes, C.L. and Hay, S.I., (2013). The global distribution and burden of dengue, Nature, 496: 504-507.
12. Department of Disease Control. (2020). Dengue Fever Forecast Report 2020. (2020). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
13. World Health Organization. (2018). Dengue Fever Fact Sheet. Geneva, Switzerland. Retrieved 19May 2018 from http://www.searo.who.int/entity/vector_borne_tropical_diseases./entity/vector_borne_tropical_diseases.

ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม (Depression Anxiety and stress in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in NakornpathomHospital)

(Received: February 2,2023 ; Revised: February 8,2023 ; Accepted: February 9,2023)

วงศ์พร เจริญวัฒนาวิทย์¹

WarongpornChiarawattanavit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง(Cross sectional study)มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ดำเนินการระหว่าง 10 กันยายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้า 21 คำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ร้อยละและค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 150 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ67.3) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ 51 ปี ผลภาวะภาวะซึมเศร้า DASS-21 พบมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 90คน(ร้อยละ60) ผลภาวะวิตกกังวล DASS-21 พบมีความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล 92คน(ร้อยละ61.3) ผลความเครียด DASS-21 พบมีความเสี่ยงภาวะเครียด 55คน(ร้อยละ36.7) พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล สถานภาพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วย การศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดต่างๆร่วมด้วย อาการปัจจุบันของผู้ป่วยความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็นความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยเคยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้านจิตเวช ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการมารับบริการ และสังคม/ชุมชนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลและความเครียดในผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญคล้ายคลึงกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This Cross sectional study research aimed to study Depression, Anxiety and Stress and factor affecting the risk of Depression, Anxiety and Stress in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Nakornpathom Province. The sample were 150 elderlies. The conducted during 10 September 2022 – 31 December 2022. The tool of this study was the were DASS-21 screening questionnaire. Collecting data by evaluation from and analyzed by frequency, percentage and chi-square

The result following: This research aimed to study Depression, Anxiety and Stress in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Nakornpathom Province were found most of the samples were female(67.3%), average of age are 51 years. From screening with DASS-21, we found 90 persons with depression risk(60%). From screening with DASS-21, we found 92 persons with anxiety risk(61.3). From screening with DASS-21, we found 55 persons with stress risk(36.7). Significant factors affecting

¹ พบ. โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

the depression risk were age of caregiver, caregiver status, relation with patients, education, right of treatment, income, family income is sufficient to cover all expenses, congenital disease, patient care time per day, patient's history of violence, patients using drugs, patients current symptoms, feeling of the other towards the patients, patient's history of admit, length of travel time, length of service and society/community provides assistance and support in caring for patients. Significant factors affecting the anxiety risk and stress were analogous to significant factors affecting the depression risk.

keyword: Depression, anxiety and stress in primary Caregivers of Schizophrenia Patients

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาราวอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย พืชจากยา หรือสารเสพติด ทำให้เกิดปัญหาด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตัวเอง จัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อสังคมโดยมีอัตราการความชุกประมาณร้อยละ 0.5 – 1.5 ของประชากรทั่วโลก^{1,2} ส่วนในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์กับหน่วยงานในสังกัดของกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปี 2558–2563 มีรายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยรวมที่เข้ารับบริการทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าตัวในช่วงหกปีที่ผ่านมา จาก 1.4 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.7 ล้านคนในปี 2563 โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 283,065 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปีถัดไป

การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งปัญหาการดำเนินชีวิตจากการที่ในชุมชนหวาดกลัวผู้ป่วย สูญเสียรายได้ เนื่องจากต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ภาระการดูแลเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล ความเบื่อหน่ายซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล ทำให้อาจมีปัญหาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด⁴ ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ยังเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับความตระหนัก เนื่องจากอาการของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด อาจไม่ได้แสดงออกชัดเจน และผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยจนไม่ได้ใส่ใจกับภาวะผิดปกติของอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ทำให้ปัญหาถูกมองข้ามไปซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่

ก่อให้เกิดภาวะทุกข์ทรมานมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ สำหรับกลุ่มโรคจิตเภทก็จะเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุด⁵⁻⁷ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยเช่นกันและเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการที่มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 25.0 ของผู้ดูแลจิตเภทครบการวินิจฉัยสำหรับโรคทางจิตเวช¹⁵ และในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ โดยการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการเกิดกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 18.3¹⁷ และพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40¹⁸ อีกทั้งมีหลายงานวิจัยที่ทำการศึกษาทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามีปัจจัยที่แตกต่างกันที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด มีคุณภาพชีวิตที่เสื่อมถอย รวมถึงการเป็นภาระในการใช้ชีวิต¹⁹⁻²⁴ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าแต่ละท้องที่ที่ทำงานวิจัยได้ค่าภาวะของโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน ตั้งแต่ ร้อยละ 15.7¹² , 11.4¹¹ , 10.1¹³ , 5.9²⁶ , 78.3²⁸

โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าข้อมูลประชากรประจำปี 2564 จังหวัดนครปฐมมีประชากรจำนวน 922,171 คน มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 4,364 คน มีผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสะสมทั้งหมด 12,205 คน ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นเรื่องที่ยังถูกละเลย ไม่ได้รับความสนใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดไม่รู้ตัว ซึ่งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และ

ความเครียดจะทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันและหน้าที่การงานแล้ว ยังเป็นเหตุที่นำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการที่ผู้ดูแลมีภาวะไม่สุขสบายทางใจนั้น อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำได้เต็มที่ ทำให้การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปได้ยากขึ้นอีกด้วย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง(descriptive cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่พาผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าวิจัย(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม
2. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. อายุ 20ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร(Exclusion Criteria)

1. มีภาวะโรคทางกายที่ยังไม่คงที่ จนทำให้การเข้าร่วมงานวิจัยเป็นไปด้วยความยากลำบาก เช่น มีภาวะปวดหลังมากจนไม่สามารถนั่งทำแบบทดสอบเป็นระยะเวลานานมาก

2. มีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือ มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) ได้ใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน(แบบไม่ทราบประชากร)

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม

P คือ ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ซึ่งเท่ากับ 0.183 เมื่ออ้างอิงจากวรรณกรรม¹⁸

Z คือ ค่าสัมประสิทธิ์ได้โค้งปกติมาตรฐานที่มีความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

e² คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 143 ราย และทำการเก็บเพิ่มเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ จึงใช้ผู้ร่วมเข้างานวิจัยทั้งสิ้น 150 ราย

การจัดผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัครเข้ากลุ่ม

(Subject Allocation)

- ไม่มีการแบ่งกลุ่ม (ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการปฏิบัติเหมือนกันตลอดการเข้าร่วมวิจัย)

การดำเนินการหากผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

- ไม่ต้องรับผู้เข้าร่วมวิจัยทดแทน เนื่องจากคำนวณเผื่อ drop out ไว้แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร และแบบยินยอมอาสาสมัคร

2. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิต

3. แบบสอบถามDASS-21 เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียด ประกอบไปด้วยคำถาม 21 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ โดย 0 หมายถึงไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย และ 3 หมายถึงตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาจำนวนและข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ย้อนหลัง ศึกษาความรู้ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองและให้การดูแลภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

จัดทำเอกสารในการใช้สอบถามและการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด ซึ่งประกอบไปด้วย เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบแสดงความยินยอมให้ทำวิจัยจากอาสาสมัคร และแบบเก็บข้อมูล และ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด

ระยะที่ 2 ประชุมทีมผู้รับผิดชอบแผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช)โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่จะทำหน้าที่เชิญชวนผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นอาสาสมัคร ประกอบด้วย พยาบาลประจำคลินิก จำนวน 7 คน และนักจิตวิทยา จำนวน 2 คน ที่หมั่นเฝ้าทำหน้าที่คัดกรองคนไข้แผนกจิตเวชวันละ 4 คนผู้วิจัยจัดทำแนวทางการตอบแบบสอบถามและการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช)โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา(Inclusion criteria) จากนั้นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ยินยอมในการเป็นอาสาสมัคร จะให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร

3. ให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถาม และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล

และความเครียด หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะโรคจิตเภทจะทำการอ่านแบบสอบถามให้ และบันทึกข้อมูลตามที่ยืนยันวิจัยให้คำตอบ

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลผล นำข้อมูลการประเมินทั้งหมดที่ได้รับมาตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS และนำเสนอผลงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านการเข้าถึงการรับบริการ/รักษา กับภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดย univariate analysis และ 95% confident interval จากนั้นนำปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิตหากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท มาวิเคราะห์ต่อยอดด้วยวิธี multiple logistic regression analysis โดยค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัย

อาสาสมัคร(ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท)จะได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการการคัดกรองภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อาสาสมัครจะได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยโดยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อไหร่ก็ได้ถ้าไม่ประสงค์เข้าร่วมโดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม2565 ถึง 29ธันวาคม2565 มีผู้เข้าเกณฑ์การวิจัย

150 คน เป็นเพศชาย 49 คน(ร้อยละ32.7) เพศหญิง 101 คน(ร้อยละ67.3) อายุของผู้ดูแลจิตเภทน้อยสุด 24 ปี อายุมากที่สุด 79ปี อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 51.43 ปี สถานะโสด 27คน สมรส115คน หม้าย5คน หย่า2คน แยกกันอยู่ 1 คน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าเป็นบิดาของผู้ป่วย 6 คน(ร้อยละ 4) มารดาของผู้ป่วย38คน(ร้อยละ 25.3) สามี/ภรรยาของผู้ป่วย 65 คน (ร้อยละ43.3) บุตรของผู้ป่วย 21คน(ร้อยละ14) ญาติของผู้ป่วย16คน(ร้อยละ10.7) อื่นๆ 4คน(ร้อยละ2.7) ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลจิตเภทส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา 70คน(ร้อยละ46.7) มัธยมศึกษาตอนต้น 29คน(ร้อยละ19.3) มัธยมศึกษาตอนปลาย 33คน(ร้อยละ 22) และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 18คน(ร้อยละ12) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย 147คน(ร้อยละ98) จีน 3คน(ร้อยละ2) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 134คน(ร้อยละ89.3) ศาสนาคริสต์15คน(ร้อยละ10)และศาสนาอิสลาม1คน(ร้อยละ0.7) สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ประกอบด้วย บัตรทอง 103คน(ร้อยละ68.7) ประกันสังคม 27คน(ร้อยละ18) เบิกจ่ายตรง 13คน(ร้อยละ8.7) และอื่นๆ 7คน(ร้อยละ4.7) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทำงานเต็มเวลา 96คน(ร้อยละ64) ว่างาน 45 คน(ร้อยละ30) ทำงานไม่เต็มเวลา3คน(ร้อยละ2) และอื่นๆ6คน(ร้อยละ4) รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000บาท/เดือน จำนวน 66คน(ร้อยละ 44) 5,000-10,000บาท/เดือน จำนวน59คน(ร้อยละ39.3) 10,000-15,000บาท/เดือน จำนวน 18คน(ร้อยละ12) และมากกว่า 15,000บาท/เดือน จำนวน 7คน(ร้อยละ 4.7) จากการตอบแบบสอบถามพบว่ารายได้ของครอบครัวเพียงพอ 95คน(ร้อยละ 63.3) ไม่เพียงพอ 55 คน(ร้อยละ36.7) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว 99คน(ร้อยละ66) มีโรคประจำตัว 1 โรค 35คน(ร้อยละ23.3) และมีโรคประจำตัวมากกว่า1โรค 16คน(ร้อยละ10.7)ส่วนใหญ่มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย 124คน(ร้อยละ82.7) ไม่มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย 26คน (ร้อยละ17.3) ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่มากกว่า 2 ปี 125คน(ร้อยละ83.3) 1-2ปี 18คน(ร้อยละ

12) 6เดือน-1ปี 5คน(ร้อยละ3.3) และ1-6เดือน 2คน(ร้อยละ1.3) เวลาในแต่ละวันที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 6-12ชั่วโมง(ร้อยละ39.3) รองลงมาคือ 12-18ชั่วโมง 44คน(ร้อยละ29.3) 1-6ชั่วโมง 32คน(ร้อยละ21.3) และ 18-24ชั่วโมง 15คน(ร้อยละ15)ตามลำดับ

จากข้อมูลพบผู้ป่วยจิตเภทมีประวัติเคยทำร้ายร่างกายหรือทำลายทรัพย์สิน 67คน(ร้อยละ44.7) พบผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด65คน(ร้อยละ43.3) ประกอบด้วยสุราร้อยละ 6.7 บุหรี่/ยาเส้นร้อยละ10.7 ยาบ้า ร้อยละ 5.3 กัญชาร้อยละ 0.7 และใช้ร่วมกันตั้งแต่สองอย่างขึ้นไปร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาการสงบสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ยังไม่สามารถหารายได้ได้ รองลงมาอาการ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถหารายได้ได้ มีจำนวน 76คน(ร้อยละ50.7)และ26คน(ร้อยละ17.3) ตามลำดับ พบอาการสงบแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 23คน(ร้อยละ15.3) อายุยังไม่สงบแต่ไม่เป็นอันตราย 22คน(ร้อยละ14.7) อาการไม่สงบและเป็นอันตราย 3คน(ร้อยละ2) ความรู้สึกส่วนใหญ่ของผู้ติดต่อผู้ป่วยไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้จำนวน 82ราย(ร้อยละ54.7) และพบ 10ราย(ร้อยละ6.7)เป็นที่หวาดกลัวไม่ควรอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับรักษาต่อในโรงพยาบาล 64คน(ร้อยละ42.7) ที่เหลือเคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และเคยมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 49คน(ร้อยละ32.7) และ 37คน(ร้อยละ24.7) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน 91คน(ร้อยละ60.7)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล 31-60 นาที(93คน ร้อยละ62) มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางส่วนใหญ่ 50-100บาท(71คน ร้อยละ47.3) ใช้เวลารวมในการรับบริการส่วนใหญ่ 1-2 ชั่วโมง(92คน ร้อยละ61.3) จากข้อมูลพบผู้ดูแลจิตเภทมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และมีความเสี่ยงต่อความเครียดจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 150 คนดังตารางต่อไปนี้



ตารางที่ 1 จำนวนอาสาสมัครที่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดตามแบบทดสอบ DASS-21

อาการ	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ	60(40%)	58(38.7%)	95(63.3%)
มีอาการเล็กน้อย	19(12.7%)	21(14%)	10(6.7%)
มีอาการปานกลาง	26(17.3%)	15(1%)	13(8.7%)
มีอาการมาก	16(10.7%)	13(8.7%)	28(18.6%)
มีอาการมากที่สุด	29(19.3%)	43(28.6%)	4(2.7%)
รวม	150	150	150

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง	25 35	24 66	0.055	29 38	20 63	<0.05*	25 37	24 64	0.09
2. อายุ (1) 24-41 ปี (2) 42-59 ปี (3) 60-77 ปี	20 32 8	14 39 37	<0.05*	21 36 10	13 35 35	<0.05*	21 32 9	13 39 36	<0.05*
3. สถานภาพ (1) โสด, หม้าย, หย่า, แยกทาง (2) สมรส	19 41	16 74	<0.05*	19 48	16 67	<0.05*	19 43	16 72	0.47
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (1) บิดา, มารดาของผู้ป่วย (2) สามี/ภรรยาของผู้ป่วย (3) บุตรของผู้ป่วย (4) ญาติของผู้ป่วย, อื่นๆ	11 24 14 11	33 41 7 9	<0.05*	12 28 15 12	32 37 6 8	<0.05*	12 24 16 10	32 41 5 10	<0.05*
5. การศึกษาสูงสุด (1) ประถม (2) มัธยมต้น (3) มัธยมปลาย/ปวช. (4) ปริญญาตรี	16 15 18 11	54 14 15 7	<0.05*	21 15 18 12	49 13 15 6	<0.05*	15 15 19 13	55 14 14 5	<0.05*
6. ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์, อิสลาม	52 8	82 8	0.23	58 9	76 7	0.99	53 9	81 7	0.94
7. สิทธิการรักษาของผู้ป่วย (1) 30 บาท (2) ปกส. (3) ประกัน, อื่นๆ	29 19 12	74 8 8	<0.05*	35 19 13	68 8 7	<0.05*	30 19 13	73 8 7	<0.05*
8. งาน (1) ว่างงาน	15	30	0.53	14	31	<0.05*	10	35	<0.05*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
(2) ทำงาน	45	60		53	52		52	53	
9. รายได้			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) น้อยกว่า 5,000บาท/เดือน	14	52		17	49		11	55	
(2) 5,000-10,000บาท/เดือน	31	28		33	26		34	25	
(3) มากกว่า10,000บาท/เดือน	15	10		17	8		17	8	
10. รายได้ของครอบครัว เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) เพียงพอ	51	44		55	40		53	42	
(2) ไม่เพียงพอ	9	46		12	43		9	46	
11. โรคประจำตัว			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ไม่มี	51	48		54	45		53	46	
(2) มีโรคประจำตัวตั้งแต่1โรคขึ้นไป	9	42		13	38		9	42	
12. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแล ผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน			0.26			<0.05*			<0.05*
(1) 1 เดือน – 2 ปี	14	11		16	9		12	13	
(2) มากกว่า 2 ปี	46	79		51	74		50	75	
13. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) 1-6 ชั่วโมง	18	14		21	11		21	11	
(2) 6-12 ชั่วโมง	26	33		31	28		27	32	
(3) 12-24 ชั่วโมง	16	43		15	44		14	45	
14. ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ไม่เคย	49	34		56	27		52	31	
(2) เคย	11	56		11	56		10	57	
15. ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดต่างๆ ร่วมด้วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ไม่มี	50	35		57	28		54	31	
(2) ใช้ร่วมกันตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป	10	55		10	55		8	57	
16. อาการปัจจุบันของผู้ป่วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) อาการยังไม่สงบ/อาการรุนแรงเป็นอันตราย, อาการยังไม่สงบแต่เป็นอันตราย, อาการสงบแต่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้	6	42		5	43		6	42	
	35	41		42	34		36	40	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
(2) อาการสงบ สามารถช่วยตนเองได้ แต่ยังไม่สามารถหารายได้ได้ (3)อาการสงบ สามารถช่วยตนเองได้ และสามารถหารายได้ได้	19	7		20	6		20	6	
17.ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/ โรคที่ผู้ป่วยเป็น (1) เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น ไม่ควรอยู่ในชุมชน,เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่นแต่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ (2)ไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้	5	57	<0.05*	6	56	<0.05*	6	56	<0.05*
18. ผู้ป่วยเคยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้านจิตเวช (1) เคย (2) เคยมากกว่า 1 ครั้ง (3) ไม่เคย	15	34	<0.05*	16	33	<0.05*	16	33	<0.05*
19. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ (1) ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 50 บาท (2) ค่าใช้จ่าย 50-100 บาท (3) ค่าใช้จ่ายมากกว่า100บาท	9	8	0.12	9	8	0.41	10	17	0.93
20. ระยะเวลาในการเดินทาง (เฉพาะเวลาเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล) (1) น้อยกว่า 30 นาที (2) มากกว่า30นาที	20	14	<0.05*	19	15	0.08	18	16	0.09
21. ระยะเวลาในการมารับบริการ(ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล) (1) น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	48	62	<0.05*	55	58	<0.05*	51	59	0.26

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
(2) มากกว่า 2 ชั่วโมง	12	28		12	28		11	29	
22. สังคม/ชุมชนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ได้รับความช่วยเหลือ	47	12		47	12		48	11	
(2) ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ	13	78		20	71		14	77	

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 60 ภาวะวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 61.3 และความเครียด ร้อยละ 36.7 ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในประชากรไทยซึ่งได้จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของประเทศในในปี พ.ศ. 2556 ด้วยเครื่องมือ World Mental Health – Composite International Diagnosis Interview version 3.0(WMH-CIDI 3.0) โดยพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ในประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 1.6²⁷ และความชุกของโรควิตกกังวล (Any anxiety disorder) ในประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 3.1²⁷ ส่วนความเครียดจากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตในปี 2539 พบว่าประชาชนในประเทศไทยที่มีอายุ 12-60 ปี มีความเครียดถึงร้อยละ 67.6 อย่างไรก็ตามความชุกของการศึกษานี้สูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในประชากรไทยค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะพบปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลมากกว่าคนทั่วไป บุคลากรสุขภาพจิตจึงควรตรวจและเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มนี้

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มีความแตกต่างกันออกไปตามการศึกษาต่างๆ เช่น การศึกษาของ Wongchai ซึ่งใช้แบบประเมินภาวะ

ซึมเศร้าของเบ็คและพบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 78.3²⁸ หรือการศึกษาของ Sandy และคณะที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.0 จากการใช้เครื่องมือ CES-D ในการประเมิน¹⁸ หรือการศึกษาของ พิชญ์ ที่ใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.9 หรือการศึกษาของ ธิติพันธ์ และคณะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.7 จากการใช้เครื่องมือ THAI HADS ในการประเมิน¹² จะเห็นได้ว่าในภาพรวมความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลจิตเภทนั้นค่อนข้างสูง แต่ความชุกอาจจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดที่ใช้ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ในการศึกษาที่ทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแผนกจิตเวช ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือยังมีความจำเป็นต้องพบจิตแพทย์เพื่อทำการดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อคนไข้อาการคงที่อาการสงบไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ทางแผนกจะทำการส่งต่อมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มนี้ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ก็พบว่ามี ความแตกต่างกันออกไปตามการศึกษาต่างๆ เช่นกัน เช่น การศึกษาของ ธิติพันธ์ และคณะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 28.3 จากการใช้เครื่องมือ

THAI HADS ในการประเมิน¹² หรือการศึกษาของ Sharma และคณะที่ใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวลของbeckในการประเมิน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 29¹⁴ ซึ่งคล้ายกับภาวะซึมเศร้าคือในภาพรวมความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลจิตเภทนั้นค่อนข้างสูง แต่ความชุกอาจจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดที่ใช้ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ผลการศึกษาความชุกของความเครียด ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ก็พบเช่นเดียวกันว่ามีความชุกของความเครียดที่สูง เช่นในการศึกษาของ Sharma และคณะ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 72¹⁴ ทั้งนี้แต่ความชุกอาจจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดที่ใช้ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

จากการวิจัยนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลคืออายุของผู้ดูแล สถานภาพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วย การศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดต่างๆร่วมด้วย อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยเคยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้านจิตเวช ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการมารับบริการ และสังคม/ชุมชนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ผลลัพธ์ที่หลากหลาย เช่นการศึกษาของ Hatamu¹⁹ และคณะพบว่าสถานภาพโสดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่การศึกษาของพิชญ์²⁶ ไม่พบว่ามีสถานภาพโสดไม่มีปัจจัยที่มีผล หรืออายุ

ของผู้ดูแลมีการศึกษาพบว่าอายุของผู้ดูแลที่น้อยมีโอกาเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่า¹⁸ แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากกว่ามีโอกาเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า⁴ บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้าเลย^{29,30} ด้านปัจจัยอื่นๆส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่นสุขภาพกายที่ไม่ดี²⁹ การศึกษาที่ไม่สูง¹¹ รายได้และความเพียงพอของรายได้³⁰ ในบางการศึกษาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า แต่ในขณะเดียวกันก็มีหลายการศึกษาที่พบว่าไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวกับภาวะซึมเศร้า^{17,18,29,30} ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาที่รายงานว่า ระยะเวลาที่มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย^{17,30} และระยะเวลารวมที่ดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล¹⁷ แต่ก็มีหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้^{18,29,30} บางการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช เช่นการอาการทางจิตที่รุนแรงในผู้ป่วย¹⁷ และการที่ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหายก็ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้³⁰ ในขณะเดียวกัน หลายการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับการเกิดภาวะซึมเศร้า^{17,18,29,30}

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ คล้ายคลึงกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตผู้ดูแลในหลายแง่มุมซึ่งบุคคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยเช่นกัน ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้นไม่สามารถระบุความสัมพันธ์แบบเหตุและผล(causative relationship)ได้ และ การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลนครปฐม เท่านั้น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ดังนั้นการศึกษาไปใช้ในพื้นที่อื่นๆจึงควรพิจารณาถึง

บริบทที่แตกต่างจากการศึกษาคั้งนี้ นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคั้งนี้เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดไม่ใช่การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรศึกษาที่มีความเสี่ยงควรได้รับการตรวจตามมาตรฐานจากแพทย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้จัดทำวิจัยได้ทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไขเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ดีขึ้นทั้งในเรื่องคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่ได้พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดจึงควรมีการติดตามออกเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจคัดกรองภาวะทางจิตเวช โดยประสานให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกเยี่ยมคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัย หากผู้ป่วยมีประวัติเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ใช้ยาเสพติด เคยรักษาตัวในโรงพยาบาลทางจิตเวช อาการปัจจุบันของผู้ป่วยยังไม่สงบ ผู้อื่นมีความรู้สึก

ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชนไม่ได้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยควรคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลในผู้ดูแลด้วย

3. จัดเพิ่มวันให้บริการนัดติดตามการรักษาของผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย รวมถึงจัดสรรเวลาในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

4. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษารูปแบบ multicenter เพื่อความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะทำให้ผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเขตตัวเมืองและชนบท

5. ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดที่ไม่ได้ทำการศึกษา เช่น การถูกตีตราด้วยตัวโรค วิธีเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคจิตเภท หรือความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งควรศึกษาต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครปฐมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. Wu EQ, Shi L, Bimbaum H, Hudson T, Kessler R. Annual prevalence of diagnosed schizophrenia in the USA: a claims data analysis approach. Psychol Med. 2006 Nov;36(11):1535-40.
2. Moreno-Kustner B, Martin C, Pastor L Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analysis. PlosOnw. 2018,13(4):e0195687
3. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK, 2010; Sobieraj M, Williams J, Marley J, Ryan P.,1998
4. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK, 2010; Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P.,2016
5. Sadock BJ, Sandock VA. Anxiety disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins; 2007. P. 581-634.
6. Han J, Park M, Hales RE. Anxiety disorders. In: McCarron RM, Xiong GL, Bourgeois JA, editors. Lippincott's primart care psychiatry. China: Lippincott William & Wilkins; 2009. P. 61-79.



7. Brinkrant J, Carlsen A. Crash course psychiatry. Philadelphia, PA: Mosby; 2007
8. Caqueo-Urizer A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. Health Qual life Outcomes. 2009 Sep 11;7:84.
9. Aarti, Ruchika, Kumar R, Varghese A. Depression and Quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness. Int J Community Med Public Health. 2019 Jan 24;6(2):715-20
10. Sangsirat S. Burden Among Caregivers of Schizophrenia Patient. Med J SRISAKET SURIN BURIRUM Hosp. 2016;31(3):139-48
11. Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. Prevalence of depression and its Associated Factors among Caregivers of Patients with Schizophrenia. J MrdAssoc Thai. 2018 Jan 1;101(1):S16-6.
12. อติพันธ์ ธาณินทร์มเหศวรลักษณ์ พนิธอังกูรม ตันติมา ดำรงโยธาม อุบุญรัตน์ ฐีรราชและปิยนุช กิมเสาว. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(4): 319-330
13. สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบภทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, อีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาลและวรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. ความทุกข์ของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 89-98
14. Sharma R, Sharma SC, Pradhan SN. Assessing Caregiver Burden in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Kathmandu medical College. J Nepal Health Res Counc. 2018 Jan 1;15(3):258-63
15. Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IRH, Kydd RR. Caregiver' Stresses when Liver Together or apart from Patients with Chronic Schizophrenia. Community Ment Health J 2002; 38: 303-10
16. Kogovsek B, Dolnicar B. Depression in the families of patients with psychosis. Phychiatr Danub 2009; 21: 73-6
17. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. CurrPsychiatr 2010; 17: 15-25
18. Magana SM, Ramirez Garcia JI, Hernandez MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with Schizophrenia: The roles of burden and stigma. Psychiatr Serv 2007; 58: 378-84
19. Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, addisu F, Soboka M. Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. BMC Psychiatry. 2017 09;17(1):88.
20. Victor Olufolahan Lasebikan, Olatunde Olayinka Ayinde. Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. Indian J PsychoMed 2013 Jan-Mar; 35(1): 60-66.
21. เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540
22. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in care givers of patients with schizophrenia: A literature review. Health and Quality of Life Outcomes 2009; 7: 84.

23. ทศนีย์ กุลจนะพงษ์พันธ์, กฤตณัย แก้วยศ, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, เกียรติมาศ อยู่ถิน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2559;10(2): 23-35
24. งามอาจ เชียงแขม ชัยชนะ นิ่มนวล. ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษา อยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551 ก.ย.-ต.ค.;52(5):379- 91
25. FetenFekih-Romdhane, Sana Ben Ali, Nada Ghazouani, Salma Tira, MajdaCheour. Burden in Tunisian Family Caregivers of Older Patients with Schizophrenia Spectrum and Bipolar Disorders; Associations with Depression, Anxiety, Stress, and Quality of Life. Clinical Gerontologist. 2020; 43(5): 545-557
26. พิชญ์ วชิราภกร. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอสี่หมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2564;6(2):82-91
27. Kittirattanpaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national survey 2013. Journal of mental health of Thailand 2017; 25 : 1-19
28. Wongchai C. Depression Among Caregivers of person with schizophrenia.(Master's thesis). Chaimai: Chaimai University; 2003
29. Thanyadee C, Sitthimongkol Y, Sabgon S, Chai-Aroon T, Hegadoren KM. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregiver of individuals with schizophrenia Nursing & Health Sciences. 2015; 17: 412-9
30. Rodrigo C, Fernando T, Rajapakse S, De Silva V, Hanwella R. Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. Int J Mental Health Syst 2013; 7: 2



การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโรคนิ้วล็อกระหว่างการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังอย่างเดียวกัการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์ ในโรงพยาบาลกมลาไสย

Outcome of Percutaneous trigger finger release with concurrent steroid injection in Kamalasai Hospital

(Received: January 9,2023 ; Revised: January 19,2023 ; Accepted: January 22,2023)

ณัฐวุฒิ สุขกรม¹
Nattawut Sookgrom¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในผลการรักษาโรคนิ้วล็อกด้วยการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังร่วมกับการฉีดยาสเตียรอยด์กับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง เพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยนิ้วล็อกจำนวน 54 ราย ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาก่อน ที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 โดยรับการรักษาที่ต่างกันแบบสุ่ม และมีการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาที่สัปดาห์ที่ 1,3 และ 6 มีการเก็บข้อมูล คือ 1) ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด 2) ความพึงพอใจในการรักษา 3) ระยะเวลาที่สามารถกลับมาทำงานได้ (วัน) 4) ภาวะแทรกซ้อน (ถ้ามี) ใช้สถิติ chi-square , fisher's exact test และ Independent t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา หลังจากการผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มมีผลการรักษาที่ดี แต่กลุ่มที่มีการฉีดยาสเตียรอยด์ร่วมด้วยมีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด, ระยะเวลาที่สามารถกลับมาทำงานได้ ดีกว่าอีกกลุ่มโดยมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ในความพึงพอใจในการรักษากลุ่มที่มีการฉีดยาสเตียรอยด์ร่วมด้วยดีกว่าอีกกลุ่มโดยมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ที่สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ในกลุ่มที่มีการฉีดยาสเตียรอยด์ร่วมด้วยมีภาวะติดเชื้อ 1 ราย

คำสำคัญ: โรคนิ้วล็อก การผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง การฉีดสเตียรอยด์

Abstract

This study is a randomized controlled trial to compare the differences of outcomes in adults with trigger finger treated with combination of percutaneous release and steroid injection to those treated with percutaneous release alone. 54 trigger digits with actively correctable triggering or severer symptoms without previous surgical release in Kamalasai hospital Kalasin province between September 2022 and December 2022 were randomized to either percutaneous A1 pulley release alone or release of the A1 pulley with a steroid injection. Patients returned for follow-up 1 week, 3 weeks, and 6 weeks after the procedure. Outcomes measured were 1) visual analogue scale for pain (VAS) 2) Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale 3) time to return to work 4) complications. The study uses chi-square, fisher's exact test and Independent t-test to analyse data.

Result. Post-procedure, in steroid group showed significant improvement in pain relief and earlier return-to-work ($p<0.05$) at all time intervals and better Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale in the 1st and 3rd week ($p<0.05$) Furthermore, one patient from the steroid group

¹ พบ., วว. (ออร์โธปิดิกส์) โรงพยาบาลกมลาไสย kamalasai hospital ณัฐวุฒิ สุขกรม artdo060@hotmail.com

experienced local wound infection and required subsequent surgical debridement and intravenous antibiotic treatment.

Keywords: trigger finger, Percutaneous trigger finger release, steroid injection

บทนำ

โรคนิ้วล็อก (Trigger Finger) เป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเจ็บปวดบริเวณมือที่พบในวัยผู้ใหญ่ และบางครั้งส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตได้¹ มีการรายงานว่าสามารถพบได้ถึงร้อยละ 2 ในประชากรทั่วไป² แต่สามารถพบได้มากขึ้นในผู้ประชากรที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน โรคเกาต์ โรคไตวายเรื้อรัง และโรครูมาตอยด์ โดยพบว่าสามารถพบได้ถึงร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1³ โดยจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2-6 เท่าตัว และมักจะเกิดในผู้หญิงที่อายุ 45 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคนิ้วล็อกในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกมลลาไสย ซึ่งพบว่าอาชีพที่เกิดอาการนิ้วล็อก อันดับแรกคือ อาชีพแม่บ้าน เกษตรกร อาจารย์ นักวิชาการ ข้าราชการเกษียณ และพ่อครัว แม่ครัว และกิจกรรมที่ทำบ่อยที่สุดคือ การซักผ้าหรือบิดผ้า การทำอาหาร การหิ้วถุงหรือกระเป๋า และการเขียนหนังสือ โดยรูปแบบการใช้มือทำกิจกรรม ของผู้ป่วยที่พบบ่อยคือการกำและการหิ้ว⁴ ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบคลุมแทบทุกอาชีพในสังคมไทย และในปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทในการใช้ชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะการเล่นสมาร์ทโฟน และแท็บเล็ตเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยนิ้วล็อกเพิ่มขึ้น และสามารถส่งผลให้มีอุปสรรคในการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันได้

จากรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2557 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคนิ้วล็อกมีการพบในผู้ป่วยนอกเป็นอันดับที่ 2 รองจากภาวะปวดหลัง คิดเป็นอัตราป่วยต่อ 100,000 คนเท่ากับ 72.45 และจังหวัดกาฬสินธุ์พบมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ⁵ กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด

คือ กลุ่มอาชีพเกษตรกรผู้ปลูกพืชผักและพืชไร่ คิดเป็นร้อยละ 63.22

ปัญหาเรื่องโรคนิ้วล็อกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในสังคมวัยทำงานในประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะมีภาวะทุพพลภาพ ลดประสิทธิภาพในการทำงานลงได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจะได้รับผลกระทบทั้งด้านคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ รวมทั้งครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม ซึ่งการรักษาในปัจจุบันก็ไม่ได้มีความซับซ้อนแต่อย่างใด แต่ปัญหาคือการเข้าถึงการรักษามากกว่า ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวโรคจะทำให้หายขาดได้และไม่เป็นระยะที่รุนแรงมากขึ้น จึงเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวควรที่จะทราบแนวทางรักษาและป้องกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคนิ้วล็อกเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วจะทำให้โรคนิ้วล็อกไม่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นอาชีพที่มีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศ เช่น เกษตรกรที่เป็นอาชีพหลักของประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อได้ข้อมูลประกอบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ในการรักษาผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกนั้น การรักษาที่เป็นมาตรฐานมาอย่างยาวนานนั้นคือ การผ่าตัดแบบเปิด (Open surgical release) เป็นการรักษาที่มีผลการรักษาที่ดีมาก คือ ประสบผลสำเร็จถึง ร้อยละ 94-100^{9,10,11} เพราะว่ามี การตัดปลอกหุ้มเอ็น A1 pulley ภายใต้การมองเห็นที่ชัดเจน แต่การผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง (Percutaneous release) ซึ่งมีความนิยมมากขึ้นในช่วงหลัง ก็มีผลการรักษาที่ดีไม่แตกต่างกัน และมีภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำกว่า^{12,13} ซึ่ง

เปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิด การผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับแผล (Incision wound related complication) เช่น การเกิดพังผืดเรื้อรังของเส้นเอ็น, ความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะข้อนิ้วมือติดได้ ซึ่งก็ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานขึ้น และการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง ก็มีระยะเวลาการฟื้นตัวที่เร็วกว่า¹⁴ และ ยาสเตอรอยด์ซึ่งก็เป็นยาที่ทราบดีว่าเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ^{14,15,16} ซึ่งก็มีการนำมาใช้ในการรักษาโรคนิ้วล็อก และก็มีการศึกษาของ Wang¹⁷ และคณะ ซึ่งก็ได้ศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial และรายงานไว้ว่า ผลการรักษาที่ไม่สามารถดีไปกว่าการรักษาโดยการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นแบบเปิดหรือแบบเจาะผ่านผิวหนัง นอกจากนี้ก็มีหลายๆการศึกษาที่เปรียบเทียบการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง เพียงอย่างเดียวกับการรักษาโดยการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง ร่วมกับการฉีดยาสเตอรอยด์หลังผ่าตัด แต่เท่าที่ผ่านมาก็ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีผลต่างกันอย่างไร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เพื่อเปรียบเทียบ (Randomized Controlled Trial) ในผู้ป่วยนิ้วล็อก ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยนิ้วล็อก แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกการศึกษาที่กำหนดดังนี้

- 1) อายุ ≥ 20 ปี
- 2) มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป ไม่เคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมาก่อน
- 3) ไม่จะเป็นการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง หรือการผ่าตัดแบบเปิดแผลไมใช่นิ้วล็อกจากอุบัติเหตุ หรือนิ้วล็อกจากโรคข้ออักเสบ

4) มีการมาติดตามการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด คือ 1 สัปดาห์, 3 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์

แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง (Percutaneous Trigger Finger Release) เพียงอย่างเดียว 2) กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง (Percutaneous Trigger Finger Release) ในการรักษาโรคนิ้วล็อก ร่วมกับมีการฉีดยาสเตอรอยด์หลังการผ่าตัดทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูล ที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยาข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่ การรักษาที่เคยได้รับมาก่อน นิ้วและข้างที่เป็น จำนวนนิ้วที่เป็นระยะเวลาที่เป็นนิ้วล็อก วิธีการผ่าตัด หลังจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ภายใต้การปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด ขณะผ่าตัดจะให้มือของผู้ป่วยอยู่ในท่าเหยียดของข้อ Metacarpophalangeal และใช้ผ้าผ่าตัดม้วนรองเพื่อให้เส้นเลือดและเส้นประสาทนิ้วเคลื่อนไปทาง หลังมือก่อนทำหัตถการจะให้ยาชา 1% Lidocaine 3 มิลลิกรัม ที่ผิวหนังและใต้ปลอกหุ้มเอ็นหลังจากนั้นจะใช้เข็มฉีดยาเบอร์ 18G เจาะและขูดตัดปลอกหุ้มเอ็นโดยตอนแรกจะแทงเข็มเข้าไปในเนื้อเอ็นเพื่อทดสอบการยับยั้งของเข็มขณะที่มีการงอและเหยียดนิ้ว หลังจากนั้นจะค่อยๆถอยปลายเข็มออกมาจากเนื้อเอ็น และทำการเคลื่อนเข็มไปตามแนวตามยาวของเส้นเอ็นโดยผู้ทำการผ่าตัดจะรู้สึกถึงการขูด หลังจากความรู้สึกนี้หมดไป จะให้ผู้ป่วยงอและเหยียดนิ้วดูว่าไม่มีการล็อกแล้ว ผู้ทำการผ่าตัดจะทำการยืนยันว่ามีการตัดปลอกหุ้มเอ็นที่สมบูรณ์โดยทำการทดสอบ compression-confirming test (CCT) ถึงเป็นการยืนยันว่ามีการตัดปลอกหุ้มเอ็นที่สมบูรณ์แล้ว หลังจากนั้นจะทำการฉีดยา Triamcinolone Acetonide 10 มิลลิกรัม/1 มิลลิกรัม (Kenolone) 1 มิลลิกรัม เข้าที่บริเวณใต้ปลอกหุ้มเอ็นในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังร่วมกับมีการ

ฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดทันทีเพียงกลุ่มเดียว หลังจากทำการผ่าตัด จะมีการให้แก้ปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าหาความตรงเชิงเนื้อหาทำได้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6 -1 และค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอรันบาค เมื่อนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตัวแปรทุกตัวได้รับการวิเคราะห์การกระจายปกติด้วยการทดสอบ Shapiro-wilk สถิติเชิงพรรณนาเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโรคนิ้วล็อกในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังและฉีดสเตียรอยด์ร่วมด้วยและกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังเพียงอย่างเดียว ระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้ chi-square และ fisher's exact test และ Independent t-test วิเคราะห์อายุ ระยะที่เป็นนิ้วล็อก ระยะเวลากลับมาทำงานเฉลี่ย (วัน), ระดับคะแนนความเจ็บปวด (visual analog scale: VAS), และ ระดับความพึงพอใจในการรักษา (Patients'

Global Impression of Change (PGIC) scale) หลังการรักษาโรคนิ้วล็อกที่สัปดาห์ที่ 1,3 และ 6 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยนิ้วล็อกอายุตั้งแต่ 35-65 ปีทั้งหมด 54 รายเป็นเพศชาย 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 เพศหญิง 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.89 นิ้วที่มีอาการมากที่สุดคือนิ้วกลางและนิ้วนาง คิดเป็นร้อยละ 70.37 ส่วนนิ้วที่มีอาการที่พบน้อยที่สุดคือนิ้วก้อยคิดเป็นร้อยละ 3.70 ตามลำดับ ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง (Percutaneous Trigger Finger Release ร่วมกับการฉีดสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดทันที (steroid group) และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่เปิดแผล (Percutaneous Trigger Finger Release) เพียงอย่างเดียวในการรักษาโรคนิ้วล็อก (Non steroid group) มีการกระจายของเพศ อายุ นิ้วที่มีอาการ ระยะที่เป็นนิ้วล็อกและระยะเวลาการผ่าตัด (นาทีก) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง (N=54)

ข้อมูลอาสาสมัคร	กลุ่มที่ 1 (Steroid group)		กลุ่มที่ 2 (Non steroid group)		p-value
	N (%)	Mean (SD) (95%CI)	N (%)	Mean (SD) (95%CI)	
เพศ					
หญิง	24 (88.89)		24 (88.89)		
ชาย	3 (11.11)		3 (11.11)		
อายุ (ปี)		51.74 (8.82) (48.25-55.23)		51.78 (8.49) (48.42-55.14)	0.986
นิ้วที่มีอาการ					
นิ้วหัวแม่มือ (1)	3 (11.11)		2 (7.41)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง (N=54)

ข้อมูลอาสาสมัคร	กลุ่มที่ 1 (Steroid group)		กลุ่มที่ 2 (Non steroid group)		p-value
	N (%)	Mean (SD) (95%CI)	N (%)	Mean (SD) (95%CI)	
นิ้วชี้ (2)	4 (14.81)		5 (18.52)		
นิ้วกลาง (3)	11 (40.74)		8 (29.63)		
นิ้วนาง (4)	8 (29.63)		11 (40.74)		
นิ้วก้อย (5)	1 (3.70)		1 (3.70)		
ระยะที่เป็นนิ้วล็อก		3.07 (0.55) (2.86-3.29)		3.04 (0.59) (2.80-3.27)	0.814
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)		7.52 (0.80) (7.20-7.84)		7.56 (0.69) (7.28-7.83)	0.852

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการทดลอง การเก็บข้อมูล แยกเป็น 2 ส่วน คือ Patient's Global Impression of Change (PGIC) scale หรือระดับความพึงพอใจในการรักษา คือ 1= ผลการรักษาไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง (No change or condition has got worse) ไปเรื่อยๆ จนถึง 7= ผลการรักษาดีที่สุด (A great deal better, and a considerable improvement that has made all the difference) และระดับความเจ็บปวด (visual analog scale: VAS) โดยมีคะแนนในช่วง 0-10 คือ 0= ไม่มีความเจ็บปวดเลย (No pain) ไปเรื่อยๆ จนถึง 10= เจ็บมากที่สุด (Worse pain) ในแต่ละช่วงเวลาหลังการรักษาโรคนิ้วล็อกของกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 เป็นดังนี้

ในการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการรักษา หรือ Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale หลังการรักษาโรคนิ้วล็อกในสองกลุ่ม พบว่า ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ทั้งสองกลุ่มมีการเพิ่มระดับความพึงพอใจในการรักษาที่สูงขึ้นหรือ

มีความพึงพอใจในการรักษาที่มากขึ้น โดยในกลุ่มที่ 1 (Steroid group) มีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ 2 (Non steroid group) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่มมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ในสัปดาห์ที่ 6 พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการเพิ่มระดับ ความพึงพอใจในการรักษาที่มากขึ้น แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ระดับความเจ็บปวด (visual analog scale: VAS) ในแต่ละช่วงเวลาหลังการรักษาโรคนิ้วล็อกของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6 ทั้งสองกลุ่มมีการเพิ่มความเจ็บปวด (visual analog scale: VAS) ที่ลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป โดยในกลุ่มที่ 1 (Steroid group) มีระดับคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 (Non steroid group) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่มมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจในการรักษาและคะแนนความเจ็บปวดแต่ละช่วงเวลา หลังการรักษาโรคนิ้วล็อกของกลุ่มที่ 1 (Steroid group) และ กลุ่มที่ 2 (Non steroid group)

ข้อมูลอาสาสมัคร	กลุ่มที่ 1 (Steroid group)	กลุ่มที่ 2 (Non steroid group)	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
	(95%CI)	(95%CI)	
Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจในการรักษาและคะแนนความเจ็บปวดแต่ละช่วงเวลา
หลังการรักษาโรคนี้่วลื้อของลุ่มที่ 1 (Steroid group) และ ลุ่มที่ 2 (Non steroid group)

ข้อมูลอาสาสมัคร	ลุ่มที่ 1 (Steroid group)	ลุ่มที่ 2 (Non steroid group)	p-value
	Mean (SD) (95%CI)	Mean (SD) (95%CI)	
สัปดาห์ที่ 1	5.67 (0.48) (5.48-5.86)	4.33 (0.62) (4.09-4.58)	<0.001*
สัปดาห์ที่ 3	6.81 (0.39) (6.66-6.97)	5.18 (0.39) (5.03-5.34)	<0.001*
สัปดาห์ที่ 6	7 (0) (7.00-7.00)	6.89 (0.32) (6.76-7.02)	0.083
ระดับความเจ็บปวด (visual analog scale: VAS)			
สัปดาห์ที่ 1	1.07 (0.38) (0.92-1.23)	3.29 (1.03) (2.59-3.07)	<0.001*
สัปดาห์ที่ 3	0.44 (0.51) (0.24-0.64)	1.74 (0.59) (1.50-1.98)	<0.001*
สัปดาห์ที่ 6	0.04 (0.19) (-0.04-0.11)	0.56 (0.51) (0.36-0.76)	<0.001*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาที่กลับมาทำงานหลังการรักษาโรคนี้่วลื้อของทั้งสองลุ่ม พบว่า ลุ่มที่ 1 (Steroid group) มีระยะเวลาที่กลับมาทำงานเฉลี่ย 1.81 วัน (1.48-2.14 วัน) ซึ่งสั้นกว่าในลุ่มที่ 2 (Non steroid group) ที่มี

ระยะเวลาที่กลับมาทำงานเฉลี่ย 3.29 วัน (2.99-3.60 วัน) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างลุ่มทั้งสองลุ่มมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาที่กลับมาทำงานหลังการรักษาโรคนี้่วลื้อของลุ่มที่ 1 (Steroid group) และ ลุ่มที่ 2 (Non steroid group)

ข้อมูลอาสาสมัคร	ลุ่มที่ 1 (Steroid group)	ลุ่มที่ 2 (Non steroid group)	p-value
	Mean (SD) (95%CI)	Mean (SD) (95%CI)	
ระยะเวลาที่กลับมาทำงาน (วัน)	1.81 (0.83) (1.48-2.14)	3.29 (0.78) (2.99-3.60)	<0.001*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลุ่ม

และเมื่อมาเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโรคนี้่วลื้อในทั้งสอง พบกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อน 1 รายคือการติดเชื้อ (Infection) ในลุ่มที่ 1 (Steroid group) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ใดๆในลุ่มที่ 2 (Non steroid group) ซึ่งเมื่อมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโรคนี้่วลื้อในทั้งสองลุ่มได้พบว่าไม่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโรคนิ้วล็อกในกลุ่มที่ 1 (Steroid group) และ กลุ่มที่ 2 (Non steroid group)

ตัวแปร	กลุ่มที่ 1 (Steroid group)		กลุ่มที่ 2 (Non steroid group)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโรคนิ้วล็อก					
มีภาวะแทรกซ้อน	1	3.70	0	0.00	NA
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	26	96.30	27	100.00	

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ในการรักษาผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกนั้น การรักษาที่เป็นมาตรฐานมาอย่างยาวนานนั้นคือ การผ่าตัดแบบเปิด (Open surgical release) เป็นการรักษาที่มีผลการรักษาที่ดีมาก คือ ประสบผลสำเร็จถึง ร้อยละ 94-100^{9,10,11} เพราะได้มีการตัดปลอกหุ้มเอ็น A1 pulley ภายใต้การมองเห็นที่ชัดเจน แต่การผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง (Percutaneous release) ซึ่งก็มีความนิยมมากขึ้นในช่วงหลัง ก็มีผลการรักษาที่ดีไม่แตกต่างกัน และมีภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำกว่า^{12,13} ซึ่งเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิด การผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับแผล (Incision wound related complication) เช่น การเกิดพังผืดเรื้อรังของเส้นเอ็น, ความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด ซึ่งอาจจะนำไปสู่ภาวะข้อนิ้วมือติดได้ ซึ่งก็ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานขึ้น และการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง ก็มีระยะเวลาฟื้นตัวที่เร็วกว่า¹⁴

ในการศึกษาที่ทำการทำการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง ทำโดยแพทย์ผ่าตัดเพียงคนเดียว โดยในขณะที่ทำการผ่าตัดเสร็จ แพทย์จะทำการยืนยันว่ามีการตัดปลอกหุ้มเอ็นที่สมบูรณ์โดยทำการทดสอบ compression-confirming test (CCT) ซึ่งในการศึกษานี้มีความสำเร็จร้อยละ 100 และไม่พบภาวะ ข้อนิ้วติดอย่างถาวร แต่เมื่อพิจารณาตามการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาของ Favre and Kinnen⁶ ซึ่งพบว่าการเกิดภาวะข้อ PIP ติด ซึ่งเกิดจากภาวะ การอักเสบที่เรื้อรัง ทำให้เกิดความเสื่อมของเส้นเอ็น flexor digitorum superficialis (FDS) ซึ่งพบในการศึกษานี้ได้ถึงร้อยละ 28

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Kim⁷ และคณะ ก็ได้รายงานว่าพบภาวะ ข้อ PIP ติดแต่เกิดจากพังผืดจากเส้นเอ็นทั้ง flexor digitorum superficialis (FDS) และ flexor digitorum profundus (FDP) ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการรักษาแก้ไขโดยวิธี open synovectomy และ tenotomy ของเส้นเอ็นทั้งสองเส้น

ยาสเตียรอยด์ซึ่งก็เป็นที่ทราบดีว่าเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ^{14,15,16} ซึ่งก็มีการนำมาใช้ในการรักษาโรคนิ้วล็อก และก็มีการศึกษาของ Wang¹⁷ และคณะ ซึ่งก็ได้ศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial และรายงานว่า ผลการรักษาก็ไม่สามารถดีกว่าการรักษาโดยการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นแบบเปิดหรือแบบเจาะผ่านผิวหนัง นอกจากนี้ก็มีหลายๆการศึกษาที่เปรียบเทียบการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง เพียงอย่างเดียวกับการรักษาโดยการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง ร่วมกับการฉีดยาสเตียรอยด์หลังผ่าตัด แต่เท่าที่ผ่านมาก็ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีผลแตกต่างกันอย่างไร

เช่นในการศึกษาแบบ prospective cohort study หนึ่งได้เปรียบเทียบการรักษาโรคนิ้วล็อกโดยเปรียบเทียบการรักษาโดยการแบบผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง เพียงอย่างเดียวกับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง ร่วมกับการฉีดยาสเตียรอยด์หลังผ่าตัด ซึ่งรายงานผลว่า มีผลประสบความสำเร็จในการรักษาร้อยละ 89 ในกลุ่มที่ไม่ได้ฉีดยาสเตียรอยด์(92/105) และประสบความสำเร็จในการรักษาร้อยละ 96 ในกลุ่มที่มีการฉีดยาสเตียรอยด์ร่วมด้วย (115/120) ซึ่งก็ได้ผลการรักษาที่ดีกว่าอย่างมี

นัยสำคัญ ($p=0.040$)¹⁷ และนอกจากนี้ก็ยังมีการศึกษา meta-analysis ได้รายงานผลการศึกษามีผลประสบความสำเร็จในการรักษาร้อยละ 94.3 ในกลุ่มที่ฉีดยาสเตียรอยด์(1550/1633) และผลประสบความสำเร็จในการรักษาร้อยละ 94.9 ในกลุ่มที่ไม่ได้ฉีดยาสเตียรอยด์เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.650$) Midum Jage⁸ และคณะ ได้รายงานการศึกษาที่คล้ายกันก็คือ ศึกษาในผู้ป่วยนิ้วล็อค 112 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่มีการฉีดยาสเตียรอยด์ จะมีผลที่ดีกว่าในช่วงหลังผ่าตัดช่วงแรกเท่านั้น

จากการศึกษานี้ผู้ป่วยนิ้วล็อคได้ผลการศึกษาที่บอกว่าในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง ร่วมกับการฉีดยาสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดที่มีผลการรักษาที่ดีกว่าอย่างชัดเจน คือจากการเก็บข้อมูลเรื่อง visual analogue scale for pain (VAS) ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเก็บข้อมูลทั้งระยะเวลา 1 สัปดาห์, 3 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์

ส่วนระยะเวลาที่สามารถกลับไปทำงานได้ (Time To Return To Work) ในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนัง ร่วมกับการฉีดยาสเตียรอยด์

เตียรอยด์หลังการผ่าตัดทันที ก็สามารถกลับมาทำงานได้เร็วกว่า (1.81 วันและ 3.29 วัน)

ส่วนในการวัดระดับความพึงพอใจในการรักษา หรือ Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale หลังการรักษาโรคนิ้วล็อคในสองกลุ่ม พบว่า ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ในกลุ่มที่มีการฉีดยาสเตียรอยด์ร่วมด้วยก็พบว่ามีพึงพอใจ ถึงแม้ว่า ในสัปดาห์ที่ 6 จะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มากกว่าอีกกลุ่ม

ในกลุ่มที่มีการฉีดยาสเตียรอยด์ร่วมด้วยพบผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อ 1 ราย ซึ่งก็ได้รับการรักษาด้วยการตัดและยาปฏิชีวนะแบบฉีด

การศึกษานี้ เพื่อเปรียบเทียบ (Randomized Controlled Trial) ในผู้ป่วยนิ้วล็อคที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และได้ผลการศึกษาว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังร่วมกับการฉีดยาสเตียรอยด์หลังการผ่าตัดทันทีมีผลการรักษาที่ดีกว่าอีกกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการรักษานิ้วล็อคก็อาจจะไม่เหมือนกันทุกประการ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับ บริบทของโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษา และเจ้าหน้าที่อื่นๆ รวมถึงอาการของผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกันรวมถึงโรคประจำตัวและยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ การรักษาจึงควรพิจารณาเป็นรายๆไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.Ryzewicz M, Wolf JM. Trigger digits: principles, management, and complications. J Hand Surg [Am]. 2006 Jan;31(1):135-46.
- 2.Moore JS. Flexor tendon entrapment of the digits (trigger finger and trigger thumb). J Occup Environ Med 2000; 42:526.
- 3.Saldana MJ. Trigger digits: diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop Surg 2001; 9:246.
- 4.Chantrachamnong S. Survey of factors affecting trigger finger in out-patients at leard-sin hospital [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol university; 2007.
- 5.รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2557 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 6.Favre Y, Kinnen L. Resection of the flexor digitorum superficialis for trigger finger with proximal interphalangeal joint positional contracture. J Hand Surg Am 2012;37: 2269e72.



7. Kim J, Rhee SH, Gong HS, Oh S, Baek GH. Biomechanical analyses of the human flexor tendon adhesion models in the hand: a cadaveric study. *J Orthop Res* 2014.
8. Midum Jegal, Sung Jong Woo, Hyun Il Lee. Effects of simultaneous steroid injection after percutaneous trigger finger release: a randomized controlled trial. December 17, 2018 Research Article Find in PubMed. <https://doi.org/10.1177/1753193418813771>.
9. Eastwood DM, Gupta KJ, Johnson DP. Percutaneous release of the trigger finger: an office procedure. *J Hand Surg Am* 1992;17:114e7.
10. Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg Am* 1997;22:138e44.
11. Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of surgical treatment of trigger finger. *J Hand Surg Am* 1997;22: 145e9.
12. Will R, Lubahn J. Complications of open trigger finger release. *J Hand Surg Am* 2010;35:594e6.
13. Sato ES, Gomes Dos Santos JB, Belloti JC, Albertoni WM, Faloppa F. Treatment of trigger finger: randomized clinical trial comparing the methods of corticosteroid injection, percutaneous release and open surgery. *Rheumatology (Oxford)*.
14. Sato ES, dos Santos JB, Belloti JC, Albertoni WM, Faloppa F. Percutaneous release of trigger fingers. *HandClin* 2014;30:39e45.
15. Salim N, Abdullah S, Sapuan J, Haflah NH. Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers. *J Hand Surg Eur Vol* 2012;37: 27e34.
16. Dala-Ali BM, Nakhdejvani A, Lloyd MA, Schreuder FB. The efficacy of steroid injection in the treatment of trigger finger. *Clin Orthop Surg* 2012;4:263e8.
17. Wang J, Zhao JG, Liang CC. Percutaneous release, open surgery, or corticosteroid injection, which is the best treatment method for trigger digits? *Clin Orthop Relat Res* 2013;471: 1879e86.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน:
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care of Diabetic Patients Who cannot Control their Blood Sugar in the Chronic Disease
at Clinic Phrayuen Hospital: Comparative with Two Case Studies

(Received: January 20,2023 ; Revised: January 27,2023 ; Accepted: January 30,2023)

สกวเดือน สํารวย¹

Sakawoduean Sumruay¹

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง สูญเสียค่าใช้จ่าย จึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า การวินิจฉัยรายที่ 1 เป็น Diabetes mellitus type 2 with DM Foot with Chronic Kidney Disease stage 3 รายที่ 2 เป็น Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Chronic Kidney Disease stage 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2) เกิดภาวะแทรกซ้อน 3) ไม่สบาย 4) มีความวิตกกังวล 5) เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ รายที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากมองเห็นไม่ชัดเจน รายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน รายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5 ข้อ รายที่ 2 มี 8 ข้อ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันตามปัญหาและสาเหตุ

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, น้ำตาลในเลือดสูง, ไตเรื้อรัง

Abstract

Diabetes is a public health problem that threat in Thai people with a high tendency due to the lack of proper care. That is the result of the decreasing quality life and getting loss both direct and indirect cost. Objective to study the nursing care of diabetic patients who cannot control their blood sugar two comparative case studies.

The results of research showed that case 1 was diagnosed with Diabetes mellitus type 2 with DM foot with chronic kidney disease stage 3 and case 2 was diagnosed with Diabetes mellitus type 2 with Hypertension Chronic Kidney Disease stage 4. Having the same result of diagnoses: 1) hyperglycemia 2) complications 3) discomfort 4) concerned 5) risk of not receiving glycemic injections according to the treatment plan, and the different diagnosed in case 1: risk of injury due to blurred vision case 2: high blood pressure 2) Risk of tissue hypoxia due to anemia. The summarization is the case 1 has 5 diagnoses, case 2 has 8 diagnoses and caring time spending is upon the number of problem and origin of symptom.

Used nursing process to care patients for set nursing goals, so that it possible to solve problems and achieve goals can be referred to a chronic disease clinic nurse. For care and change for a better

¹พย.ม. โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น



patient's health behavior and they will have a good quality of life, slow down the deterioration of the kidneys, reduce costs and will have in line with the National Health Service system development plan.

Key words: nursing process, Type 2 Diabetes Mellitus, Hyperglycemia, chronic kidney disease

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปพบว่าโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.9 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2561-2563 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 586.13, 539.39, 522.28 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และในอำเภอพระยืนปี พ.ศ. 2561-2563 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 579.54, 525.88, 505.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ¹ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมานาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดี และไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกายได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา² ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม³ โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ เข้ารับการตรวจรักษาช้า ทำให้การดำเนินการของโรคมักขึ้นนำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ทำให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิมต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญกับการบำบัดและการเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงเศรษฐกิจของผู้ป่วยเองและประเทศชาติ⁴

โรงพยาบาลพระยืน เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

ทางไตในพื้นที่อำเภอพระยืน ในปี พ.ศ. 2561 – 2563 ร้อยละ 5.67, 5.63 และ 6.09 ตามลำดับ⁵ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระยืน รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้จึงได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา คาดว่า จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น ที่ให้การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยืน เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย กลุ่มประชากร เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ตามทะเบียนการรับบริการของคลินิกเบาหวาน

สถานที่และวันเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 14 มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 147 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 18 มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 152 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกทางการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล แบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 1) ดำเนินการศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ในพื้นที่อำเภอพระยืน ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง 2) ประสานงานพยาบาลที่รับผิดชอบในคลินิกเบาหวานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลพระยืน 3) ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (1) ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (2) ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล (3) วางแผนการพยาบาล (4) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (5) ประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 4) สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เผยแพร่ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลพระยืน และทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาคนที่ 1 ชายไทยคู่ อายุ 69 ปี มาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และไตเรื้อรังระยะที่ 3 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีแผลที่นิ้วนางเท้าขวาอุณหภูมिर่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 82 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร รอบเอว 100 เซนติเมตร BMI= 30.12 cmmp แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2

with DM Foot with Chronic Kidney Disease stage3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Glucose 278 mg% Hb A1C 9.40% eGFR (54.70ml/min/1.73m) Creatinine (2.30 mg/dl) ได้รับการรักษาด้วย Mixtard 70/30 8 ยูนิต SC ac เข้า 4 ยูนิต SC ac เย็น และ Dressing แผลทุกวัน OD ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า มีภาวะสุขภาพที่มีปัญหา คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เรื่องอาหารการออกกำลังกาย การรับประทานยาชุดแก้ปวดเข่า อาจได้รับอันตรายจากอาการปวดเข่า และตาพร่ามัว แบบแผนที่ 2 โภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์จากการรับประทานยาชุดแก้ปวดแบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกายแบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน มีความวิตกกังวล เรื่องปวดเข่า การใช้ยาผิด ทำให้นอนหลับๆตื่นๆ บางวันแบบแผนที่ 6 ความคิดและการรับรู้- ตาเป็นต้อกระจก น้ำตาไหลบางครั้ง มองตัวหนังสือไม่ชัดเจนแบบแผนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์นี้ถูกตัดไป 1 นิ้วทำให้เสียภาพลักษณ์ แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหา และความอดทนต่อภาวะเครียด วิตกกังวลเรื่องปวดเข่า การฉีดยา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาคนที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 63 ปี มาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีอาการบวมที่ขาทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/89 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร รอบเอว 78 เซนติเมตร BMI = 20.96 แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2 with Hypertension with Chronic Kidney Disease stage 4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Glucose 290mg% Hb A1C 10.10% eGFR



28.70ml/min/1.73m Creatinine 2.86 mg/dl Hb 7.50/dl Hct 28.80% ได้รับการรักษาด้วย Mixtard 70/30 20ยูนิต SC ac เข้า 4 ยูนิต SC ac เย็น Atenolol 1x1 pcASA (81) 1x1pc Furosemide 40 mg 2x1 pcHydralazine Hcl 1x1 pc และ FBC รับประทาน วันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้าได้

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า มีภาวะสุขภาพที่มีปัญหา คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสม

พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม แบบแผนที่ 2 โภชนาการ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาชุดแก้ปวดเข้า อาจได้รับอันตรายจากอาการปวดเข้า แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อนมีความวิตกกังวลเรื่องปวดเข้า การใช้ยาลด ค่าใช้จ่าย ทำให้นอนหลับๆ ตื่นๆ บางวันแบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหา และความอดทนต่อภาวะเครียด วิตกกังวลเรื่องปวดเข้า การฉีดยา ค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน
ข้อมูลสนับสนุน	- เป็นเบาหวานมา 17 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ - คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกายก็ได้ - ปรุงอาหารด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา/ซีอิ๊ว รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ชอบรับประทานอาหารทอดและมัน ชอบหวาน มัน เค็ม ต้มเหล้าดองยาบางวัน ครั้งละ 30 ซีซี รับประทานยาชุดแก้ปวด ไม่ออกกำลังกายเมื่อปวดเข้า - แรกรับ DTX 278mg%, HbA1C 9.40%	- เป็นเบาหวานมา 16 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ - คิดว่าไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกายก็อยู่ได้ - ปรุงอาหารด้วยผงชูรส ชอบอาหารรสเค็ม เติมน้ำปลา/ซีอิ๊วในอาหารที่มีรสจืด รับประทานยาชุดเมื่อปวดขา คิดว่าทำงานคือการออกกำลังกาย - แรกรับ DTX 290 mg%, Hb A1C 10.10%
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน
เกณฑ์การประเมินผล	- มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ - ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว	- มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ - ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว
กิจกรรมการพยาบาล	1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวาน และจัดโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถ ทักษะการดูแลตนเอง การจัดการกับอาหาร การเคลื่อนไหว อารมณ์ ความเครียด เป็นต้น 2. เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการโรคเบาหวาน และจัดโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถ ทักษะในการดูแลตนเอง การจัดการกับอาหาร การเคลื่อนไหว อารมณ์ ความเครียด เป็นต้น 2. เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
	3. ปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยใหม่โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคลโดยใช้แนวคิดประเมินความเสี่ยงตามป้องกันจรรยา 4. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานอาหารเป็นเวลา งดตึมน้ำหวาน อาหารรสหวาน มัน เค็ม 5. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 6. แนะนำการออกกำลังกาย 7. แนะนำการใช้จ่ายตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 8. ให้หลีกเลี่ยงการใช้จ่ายชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ รมั้ดระวังการใชัสมุนไพรร เพราะทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น 9. แนะนำผู้ป่วยงด/ลดตึมน้ำหวานดองยา เพราะอาจมีสารสเดียรอยด์ ทำให้ไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น 10. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด	3. ปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยใหม่โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคลโดยใช้แนวคิดประเมินความเสี่ยงตามป้องกันจรรยา 4. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานอาหารเป็นเวลา งดตึมน้ำหวาน อาหารรสหวาน มัน เค็ม 5. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 6. แนะนำการออกกำลังกาย 7. แนะนำการใช้จ่ายตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 8. ให้หลีกเลี่ยงการใช้จ่ายชุดแก้ปวดยาลดการอักเสบ รมั้ดระวังการใชัสมุนไพรร เพราะทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น 9. แนะนำผู้ป่วยงด/ลดตึมน้ำหวานดองยา เพราะอาจมีสารสเดียรอยด์ ทำให้ไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น 10. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการมาพบแพทย์/พยาบาลตามนัด
การประเมินผลการพยาบาล	- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้จ่ายเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ Triglyceride (158 mg/dl), Cholesterol (189mg/dl), LDL (125 mg/dl), BP (130/80 mmHg) ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการรับควันทูหรือออกกำลังกายตามคำแนะนำ วันละ 50 นาที - DTX มาตามนัดครั้งที่ 5 = 185 mg% (เดิม 278%) - ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวน้ำแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเร็ว	- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้จ่ายเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ Triglyceride(188 mg/dl), Cholesterol (197 mg/dl), LDL (128mg/dl), systolic BP (130 mmHg), BMI (20.96 กก./ม²) รอบเอว (80 ซม.) ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการรับควันทูหรือออกกำลังกายตามคำแนะนำวันละ 30 นาที - DTX นัดครั้งที่ 5 = 230 mg% (เดิม 290%) - ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวน้ำแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเร็ว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2		มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมลดการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง
ข้อมูลสนับสนุน		- แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง - แรกปรับไว้ในความดูแลความดันโลหิต 150/89 mmHg, Cholesterol 198 mg/dl - ชอบอาหารทอดมันและเค็ม - ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ
วัตถุประสงค์		- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
เกณฑ์การประเมินผล		- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย - ความดันโลหิต ค่า BMI และเส้นรอบเอว ไม่เพิ่มมากกว่าเดิม



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล		1. ให้ความรู้สาเหตุความดันโลหิตสูง มีสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและอ้วนลงพุง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2. สอนการวัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนัก 3. แนะนำการใช้ยา Atenolol และ Hydralazine Hcl ตามแผนการรักษาและการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา 4. ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและสอบถามความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ
ประเมินผลการพยาบาล		- ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลา งดของหวาน ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต ไชมันและโซเดียมลดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ลดการรับประทานอาหารทอดและมัน ออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 50 นาที รับประทานยาตามแผนการรักษา - ระดับความดันโลหิตไม่สูงกว่าเดิม (140/90mmHg) ค่า BMI เท่าเดิมเล็กน้อย(20.96) รอบเอวลดลง(78 ซม.)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3		เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีด
ข้อมูลสนับสนุน		- เกล็ดตาซีด - Hct 28.8% : Hb 7.50g/dl - แพทย์ให้การรักษาด้วย Folic acid (5 mg) และ FBC รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - ไตเรื้อรังระยะที่ 4 (e-GFR = 28.70)
วัตถุประสงค์		- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด
เกณฑ์การประเมินผล		- ไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ เกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจวัตรประจำวัน
กิจกรรมการพยาบาล		1. ประเมินภาวะซีดจากการสอบถามอาการและการตรวจร่างกาย 2. ค้นหาสาเหตุอื่นๆ เช่น ประวัติการถ่ายดํา เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร 3. ให้ความรู้เรื่องอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง 4. แนะนำการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. การป้องกันการติดเชื้อ โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี 6. การป้องกันอุบัติเหตุ ถ้าหน้ามืด เวียนศีรษะให้รีบหยุดกิจกรรม และนั่งพัก
ประเมินผลการพยาบาล		- ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ หรือเกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจวัตรประจำวัน - Hb 11g/dl, Hct 31%,

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม
ข้อมูลสนับสนุน	- การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาชุดแก้ปวด ดื่มน้ำอัดลม - ไตเสื่อมระยะที่ 3 (eGFR = 54.70) - Creatinine 2.37mg/dl	- การดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค เช่น รับประทานอาหารรสเค็ม ดื่มน้ำปลา/ซีอิ๊วในอาหาร ดื่มเหล้าดองยาทุกวัน รับประทานยาชุดแก้ปวด คิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย - ขาบวม กดปุ่มทั้ง 2 ข้าง - ไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR 28.70) - Creatinine = 2.86mg/dl - ซีด (Hct ปี 2563 = 25.1 vol% : ปี 2564 = 28.8 vol%)
วัตถุประสงค์	- เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากไตเสื่อม	- เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากไตเสื่อม
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา - สัญญาณชีพปกติ - อัตราการกรองของไต ระดับ Creatinine และระดับไขมัน LDL cholesterol ดีขึ้น - ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดปุ่ม น้ำหนักตัวขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย	- ผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา - สัญญาณชีพปกติ - อัตราการกรองของไต ระดับ Creatinine และระดับไขมัน LDL cholesterol ดีขึ้น - ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดปุ่ม น้ำหนักตัวขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย
กิจกรรมการพยาบาล	1. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่น การจำกัดโปรตีน การเลือกไขมันอิ่มตัว การจำกัดโซเดียมการดื่มน้ำ 2. ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย มีแบบแผนชัดเจนเหมาะสมกับสภาพร่างกาย 3. การรับประทานยาตามแผนการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 mmHg 4. แนะนำการรับประทานยาในการควบคุมระดับไขมัน 5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ ใช้ยาสมุนไพรอย่างระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น	1. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่น การจำกัดโปรตีน การเลือกไขมันอิ่มตัว การจำกัดโซเดียม การดื่มน้ำ 2. ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย มีแบบแผนชัดเจนเหมาะสมกับสภาพร่างกาย 3. การรับประทานยาตามแผนการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 mmHg 4. แนะนำการรับประทานยาในการควบคุมระดับไขมัน 5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ ใช้ยาสมุนไพรอย่างระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น
ประเมินผลการพยาบาล	- ผู้ป่วยรับประทานตรงเวลา รับประทานข้าวสวย/ข้าวกล้อง งดของหวาน ลดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊วในอาหาร ลดการรับประทานอาหารทอด และมัน ออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 50 นาที รับประทานยาตามแผนการรักษา งดยาชุดแก้ปวด และเหล้าดองยา - สัญญาณชีพ อ่อนนุ่ม ชีพจร และการหายใจปกติ ความดันโลหิตปกติ - อัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 3 (eGFR = 53.25), cholesterol ปกติ (189mg/dl) - ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดปุ่ม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย น้ำหนักตัว (79kg) ค่าBMI (29.02) และรอบเอว 98 เซนติเมตร ลดลงทั้ง 3 ค่า	- ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลา ไม่รับประทานข้าวเหนียวในมื้อเย็นรับประทานข้าวสวย/ข้าวกล้อง งดของหวาน ลดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊วในอาหาร ออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 30 นาที รับประทานยาตามแผนการรักษา ลดการรับประทานยาชุดแก้ปวด - สัญญาณชีพปกติ - อัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 4 (eGFR = 29), (Cr 2.68 mg/dl) cholesterol (197mg/dl) - แขนขาบวมลดลง กดไม่ปุ่ม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย น้ำหนักตัว (55kg) และค่าBMI (20.96) คงเดิม



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5	ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า	ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า
ข้อมูลสนับสนุน	- มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน (BMI30.47) - มีอาการปวดเข่า รับประทานยาชุดแก้ปวดเดือนละ 2-3 ครั้ง และดื่มยาตบเป็นบางครั้ง - ผู้ป่วยบอกว่าปวดข้อเข่า ทำทางเดินลำบาก สิ้นหน้ำไม่สดชื่น - Pain score = 3 คะแนน	- ปวดเข่าขวา Pain score = 3 คะแนน - ซ้อมยาชุดแก้ปวดมารับประทาน (ประมาณเดือนละ 2-3 ครั้ง)
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น อาการปวดเข่าลดลง Pain score น้อยกว่า 3 คะแนน - ไม่รับประทานยาชุดแก้ปวด หรือรับประทานยาชุดแก้ปวดน้อยลง	- ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น อาการปวดเข่าลดลง Pain score น้อยกว่า 3 คะแนน - ไม่รับประทานยาชุดแก้ปวด หรือรับประทานยาชุดแก้ปวดน้อยลง
กิจกรรมการพยาบาล	1. แนะนำการลด/บรรเทาอาการปวดเข่า 2. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า 3. แนะนำการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร 4. แนะนำการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย ปรับสิ่งแวดล้อมภายในภายนอกบ้าน 5. แนะนำการใช้ยาแก้ปวด ลดยาชุดแก้ปวดเพราะมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และมีผลต่อการทำงานของไต	1. แนะนำการลด/อาการปวดเข่า 2. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า 3. แนะนำการใช้ยาแก้ปวด ลดการใช้ยาชุดแก้ปวด เพราะมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และมีผลต่อการทำงานของไต 4. แนะนำการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย และการปรับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน
ประเมินผลการพยาบาล	- ผู้ป่วยมีอาการสุขสบายขึ้น อาการปวดของเข่าลดลง Pain score 2 คะแนน - ผู้ป่วยยังซื้อยาชุดแก้ปวดรับประทานเมื่อมีอาการปวด แต่ลดลงเหลือเดือนละครั้ง แนะนำให้งดการใช้ยาชุดแก้ปวดเพราะมีผลต่อการทำงานของไต ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น	- ผู้ป่วยมีอาการสุขสบายขึ้น อาการปวดของเข่าลดลง Pain score 2 คะแนน - รับประทานยาชุดแก้ปวดลดลงจากเดือนละ 2-3 ครั้ง เป็นเดือนละ 1 ครั้ง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดเข่าและการฉีดยา	มีความวิตกกังวลเรื่องปวดเข่า การฉีดยา และปัญหาเศรษฐกิจ
ข้อมูลสนับสนุน	- ผู้ป่วย บอกว่า “ปวดเข่า เดินไม่สะดวกไปไหนลำบาก บางครั้งปวดจนเดินไม่ได้ เดือนหนึ่งปวด 2-3 ครั้ง” - สอบถามวิธีการฉีดยา เตรียมยาไม่ถูกวิธี - ผลการประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า ข้อ 3 หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไปเป็นบางวัน เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการการปวดเข่า - ผู้ป่วยมีท่าทางเดินลำบาก เวลาเดินยกขาขึ้นข้างยาก	- กังวลกับอาการปวดเข่าทำให้ทำงานบ้านได้น้อยลงเป็นภาระกับครอบครัวบางครั้งต้องหยุดงานมาดูแล ทำให้รายได้ลดลง และค่าเล่าเรียนของหลาน - สอบถามวิธีการฉีดยา เตรียมยาไม่ถูกวิธี - ประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q พบ 1 ข้อ รู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน - ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q พบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร เป็นบางวันและข้อ 3 หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ เป็นบางวัน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล - ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ไม่พบความผิดปกติ - สิ้นหน้ำสดชื่น คลายความวิตกกังวล	- ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล - ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ไม่พบความผิดปกติ - สิ้นหน้ำสดชื่น คลายความวิตกกังวล

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล	1. ให้ความสนใจและให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ 2. ให้คำแนะนำการเตรียมยาฉีดที่ถูกต้องพร้อมทั้ง สาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง 3. ส่งเสริมให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อลดอาการวิตกกังวล 4. ให้คำแนะนำวิธีจัดการความวิตกกังวล 5. ชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	1. ให้ความสนใจและให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ 2. ให้คำแนะนำการเตรียมยาฉีดที่ถูกต้องพร้อมทั้ง สาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง 3. ส่งเสริมให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อลดอาการวิตกกังวล 4. ให้คำแนะนำวิธีจัดการความวิตกกังวล 5. กรณีเศรษฐกิจ ให้คำแนะนำแนวทางในการแก้ไขภาวะเศรษฐกิจครอบครัวเรื่องค่าใช้จ่ายในการเรียนของหลาน 6. ชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
ประเมินผลการพยาบาล	- ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ทำงานซ่อมเล็กๆน้อยๆ ฟังวิทยุ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ นอนหลับได้วันละ 4-5 ชม. - ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ไม่พบความผิดปกติ - สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล	- ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ทำงานบ้าน ฟังวิทยุ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ - ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่า เบื่อ เป็นบางวัน และ 9 คำถาม (9Q) พบข้อ 3 หลับๆตื่นๆ หลับยากเป็นบางวัน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7	เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจน	เสี่ยงต่อการได้รับยาฉีดควบคุมระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา
ข้อมูลสนับสนุน	- ตามมองเห็นแต่ไม่ชัด ตาทั้ง 2 ข้างเป็นต้อกระจกแต่ยังไม่สุก (Mild NPDR) ตาซ้ายมีต้อเนื้อร่วมด้วย	- เตรียมยาฉีดอินซูลินช่วงเย็นไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งการรักษา
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากการมองเห็นไม่ชัด	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากการมองเห็นไม่ชัด ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม	- สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เรื่องวิธีการเตรียมยาฉีด การฉีดยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากการฉีดยา การจัดเก็บยา
กิจกรรมการพยาบาล	1. ให้คำแนะนำการป้องกันการหกล้มที่บ้าน: การจัดสภาพแวดล้อมภายในและรอบบ้านให้เหมาะสม เสื้อผ้า รองเท้าอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว	- ทบทวน/ให้คำแนะนำในการใช้ยาฉีดอินซูลินเรื่องวิธีการเตรียมยาฉีด การฉีดยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากการฉีดยา การจัดเก็บยา
กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)	2. ให้ความรู้อื่นๆที่เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม อาหาร การรับประทานยา การเปลี่ยนอิริยาบถ 3. ประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน กู้ชีพ/กู้ภัย อสม. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ เมื่อเกิดอุบัติเหตุ และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชนได้	
ประเมินผลการพยาบาล	- ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าภรรยาและญาติช่วยจัดสภาพแวดล้อมภายในและรอบบ้านแล้ว ไม่มีสิ่งกีดขวาง ภรรยาจัดห้องให้ผู้ป่วยพักด้านล่าง ผู้ป่วยแต่งกายเหมาะสมกับสภาพอากาศ สวมรองเท้าขนาดพอดีกับเท้า เคลื่อนไหว/เปลี่ยนอิริยาบถมีความระมัดระวัง	- ผู้ป่วยอธิบายวิธีการในการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้อง ดูแลยาได้ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งการรักษา จัดเก็บยาไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา สังเกตอาการผิดปกติหลังฉีดยาทุกครั้ง และไม่มีอาการผิดปกติ - จัดการขยะจากการฉีดยาถูกต้อง โดยทั้งสำลีชุบแอลกอฮอล์ และกระบอกฉีดยาในขวดน้ำพลาสติกมีฝาปิด



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
	และทราบถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถขอรับความช่วยเหลือ ได้แก่ ผู้นำชุมชน กู้ชีพ/กู้ภัย อสม. เมื่อเกิดอุบัติเหตุ - ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม	นำส่งให้พยาบาลชุมชนทุกวันพุธ เพื่อนำไปจัดการตามระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8		เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากมีอาการขาบริเวณปลายมือและเท้าทั้งสองข้าง
ข้อมูลสนับสนุน		- ประสาทรับความรู้สึกที่มือและเท้าผิดปกติ มีอาการขาที่ปลายมือและเท้าทั้ง 2 ข้าง - ผู้ป่วยชอบสวมรองเท้าฟองน้ำแบบคับ ไม่มีรองเท้าปลายปิด - ผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้จะดูแลมือเท้าอย่างไร
วัตถุประสงค์		- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากอาการขาบริเวณปลายมือและเท้า
เกณฑ์การประเมินผล		- ไม่เกิดอันตรายจากอาการขาบริเวณปลายมือและเท้าได้แก่ มือและเท้ามีบาดแผล การพลัดตกหกล้ม
กิจกรรมการพยาบาล		1. ให้ความรู้เรื่องการดูแลมือและเท้า การตรวจมือ/เท้า สอนการทำความสะอาดผิวหนังตามข้อพับต่างๆ ให้ความรู้เรื่อง การตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง การเลือกรองเท้า การบริหารมือ/เท้า อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์/พยาบาล 2. ให้คำแนะนำการป้องกันการหกล้มที่บ้าน ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน เลือผ้า/รองเท้า การออกกำลังกาย การใช้ยา/อาการข้างเคียงของยา การเคลื่อนไหวแหล่งประโยชน์ในชุมชน 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีกระดูกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรง 4. ให้ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม 5. แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน กู้ชีพ/กู้ภัย อสม. และพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ และสามารถใช้บริการประโยชน์ที่มีในชุมชนได้
ประเมินผลการพยาบาล		- ผู้ป่วยสามารถดูแลมือและเท้าได้ ไม่มีแผลที่มือและเท้า และจากการสอบถามสามีของผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยดูแลมือและเท้าได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยบอกว่าปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านสะอาด เป็นระเบียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง ผู้ป่วยและสามีจัดห้องพักอยู่ชั้นล่าง แต่งกายเหมาะสมกับสภาพอากาศ สวมรองเท้าขนาดพอดีกับเท้าปลายปิด เคลื่อนไหว/เปลี่ยนอิริยาบถด้วยความระมัดระวัง - ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลพระยีน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและมีโรคแทรกซ้อนเหมือนกัน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แม้ว่าจะระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานต่างกัน 1 ปี แต่ความรุนแรงแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 เป็นโรคเบาหวานมา 17 ปี มีแผลที่นิ้วเท้า มีภาวะอ้วน ได้รับการรักษาเบาหวาน และ ควบคุมน้ำตาลด้วยยาฉีด ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคเบาหวานมา 16 ปี มีโรคร่วมที่รุนแรงกว่า คือ Hypertension และ Chronic Kidney Disease stage 4 การรักษาเบาหวานได้ยาฉีดขนาดต่างกัน และได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนอีก 4 รายการรวมถึงมีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ร่วมด้วย ทั้ง 2 ราย รับยาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 มีประวัติขาดนัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคิดเห็นต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นเหมือนกัน คือ ทราบว่าเป็นโรคที่ต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย แต่ก็ไม่ควบคุมอาหาร และไม่ออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะอ้วน รายที่ 2 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ พฤติกรรมของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรัสวดี พนมแก่น และคณะ⁴ นิภา ทองทับ⁵ และสุริรัตน์ ปิงสุทธีวงศ์⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ลืมรับประทานยาหรือการใช้สมุนไพรหรือยาอื่นร่วมด้วยโดยไม่ปรึกษาแพทย์ รับประทานอาหารไม่ถูกส่วน อาหารรสเค็ม หวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และดื่มสุรา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้องสอดคล้องกับโรคที่เป็น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด ตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน² ในกรณีศึกษารายที่ 1 ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ Triglyceride (158 mg/dl), LDL (125 mg/dl), cholesterol (189 mg/dl), systolic BP (130 mmHg), diastolic (80 mmHg) ออกกำลังกายตามคำแนะนำวันละ 50 นาที กรณีศึกษารายที่ 2 ควบคุมได้ตามเป้าหมาย ได้แก่

Triglyceride (188 mg/dl), LDL (128 mg/dl), cholesterol (197 mg/dl), BMI (20.96 กก./ม.2) รอบเอว (80 ซม.) ออกกำลังกายตามคำแนะนำวันละ 30 นาที ประเด็นที่กรณีศึกษาควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน² กรณีศึกษารายที่ 1 ได้แก่ DTX (176mg%), HbA1C (8.9%), eGFR (53.25 mL/min/1.73 m) Creatinine (2.50mg/dl), BMI (29.02 กก./ม.2) รอบเอว (98 ซม.) กรณีศึกษารายที่ 2 ได้แก่ DTX (223%), HbA1C (9.4 %), eGFR (29. mL/min/1.73m), Creatinine (2.68 mg/dl) ผู้ศึกษาได้ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาให้พยาบาลในคลินิกและ รพ.สต. เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ดังนั้น การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โดยการประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาล ปัญหาที่ยังคงอยู่ต้องดูแลต่อเนื่อง มีข้อมูลที่ครบถ้วน ชัดเจน ส่งต่อให้แก่พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลใน รพ.สต. และ อสม. เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชะลอการเสื่อมของไต ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและประเทศชาติสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล service plan⁷ ซึ่งการนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษานี้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังและพยาบาลใน รพ.สต. ให้มีความรู้ความเข้าใจมั่นใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคอื่นๆ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในชุมชนให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลชุมชน ในการนำองค์ความรู้มาดูแลผู้ป่วย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย โดยนำผลการศึกษาเผยแพร่ที่ Website ของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เป็นแนวทางการปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยใหม่ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสียงรายบุคคลโดยใช้แนวคิดประเมินความเสี่ยงตามปิงปองจราจร และเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพจัดบริการโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยเพิ่ม ทักษะในการดูแลตนเอง การจัดการกับอาหาร การเคลื่อนไหว อารมณ์ ความเครียด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง ให้มีความรู้ความสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคไตเรื้อรังได้ทุกราย จะทำให้การพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและประเทศชาติ
2. ควรพัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน ให้ใช้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานบูรณาการทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเช่นใช้แนว

ทางการประเมินทางคลินิกเมื่อแรกวินิจฉัยโรคเบาหวาน ในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ ใช้ Early warning signs ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อเฝ้าระวัง ช่วยเหลือและแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นต้น

3. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน ใช้วิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิค motivational interviewing เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และมีทักษะสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้จริง สามารถขยายผลในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ด้วยตามเป้าประสงค์ของการปรับเปลี่ยนระบบบริการ (Goal of Reorienting the model of care) และมีการติดตามกำกับโดยหัวหน้างาน

4. ควรมีการจัดการรักษาระบบบริการใหม่ (Redressing of intervention and system) ในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบป้องกันความเสี่ยงตามหลัก 2P Safety (Patients Personnel safety)

เอกสารอ้างอิง

- 1.คลังข้อมูลการแพทย์ และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center: HDC. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- 2.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
- 3.เฉลาศรี เสงี่ยม. การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ศิริอร สิ้นธุ และพิเชต วงรอด (บรรณาธิการ). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย; 2558; 9-46.
- 4.สุรัสวดี พนมแก่น, ปราณี แสตกง, สมใจ เจียรพงษ์ และจรรยา คนใหญ่. บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2559; 34(4): 14-18.
- 5.นิภา ทองทับ. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์; 2558; 30(3): 191-202.
- 6.สุรรัตน์ ปิงสุทวิช. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน. 2562; 2(3): 59-74.
- 7.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์ สือตะวัน จำกัด; 2561.

ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง

Effective of Health Behavior Modification Program in Virtual Clinic.

(Received: January 11,2023 ; Revised: January 19,2023 ; Accepted: January 22,2023)

กนกศรี จาดเงิน¹, วิชชุดา ปุณณโทก²

Ganoksri Jard-ngoen, Witchuda Poonnotok

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Retrospective Cohort Study แบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่าง คือข้อมูลที่ถูกบันทึกในฐานข้อมูลเวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วยคลินิก DPAC ปีงบประมาณ 2563 - 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.98 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 3) แบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 4) แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 และ 5) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.97 ค่าประสิทธิภาพของโปรแกรม E1 : E2 เท่ากับ 82.50 : 85.50 สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม แบบ nonparametric คือ Wilcoxon Signed-Rank Test ส่วนสถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คือ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีความรู้ หลังการทดลองแตกต่างจากผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง

Abstract

This This study was a Retrospective Cohort Study, quasi experimental design. Research was conducted to study effective of Health Behavior Modification Program in Virtual Clinic. The study sample consisted of 20 of Data recorded in the medical record database and patient reports of DPAC clinic, fiscal year 2020 – 2022 and selected into 2 groups. The data were collected using (1) Comparative data collection on the effectiveness of a health behavior change program that Index of Item Objective Congruence IOC 0.98 . (2) Assessment of health literacy and health behaviors Cronbach's alpha coefficient at 0.91 . and (3) Health Behavioral Skills Test Form Cronbach's alpha coefficient at 0.75 (4) a questionnaire to assess satisfaction with the model and possibility of use that IOC.at 1.00. (5) Health

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

² งานสุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลบางปะกง

Behavior Modification Program in Virtual Clinic, CVI at 0.97 and E1 : E2 = 82.50:85.50. Statistics employed in the research were frequency, percentage, mean, standard division Wilcoxon Signed-Rank Test and Mann-Whitney U test .

The result reveals that, both of control and experimental group had efficient by the post-learning achievement of the samples were significantly higher than their pre-learning achievement at the 0.05 level. The both group had reduced blood sugar and blood pressure efficient by the post- activity lower than their pre- activity achievement at the 0.05 level. After the experiment, the mean score of knowledge of experimental group was significantly higher than control group at the 0.05 level.

Keywords : Effective of Health Behavior Modification Program, Virtual Clinic

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases ; NCDs) เป็นปัญหาใหญ่ที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization ; WHO) รายงานสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs มีมากถึง 38 ล้านคนในแต่ละปี และเป็นสาเหตุ 3 ใน 4 ส่วนจากการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs จึงถูกยกระดับเป็นวาระทางการเมืองที่สำคัญ ระดับโลก โดยสมัชชาองค์การสหประชาชาติ ได้จัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศและรับรอง “ประกาศปณณัติการเมือง ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (political declaration)” ในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ภายในปี 2598¹ และประเทศไทยได้ทำการรับรองเป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายของประเทศสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ประมาณ 3.9 แสนคน คิดเป็น ร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และยังพบว่า มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่ความพิการ เช่น ตาบอด ไตวาย หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และการตัดขาส่วนล่าง ฯ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีมากกว่า 422 ล้านคน และมีความชุก

เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น พบว่าในปี 2562 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 9 โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานโดยตรงประมาณ 1.5 ล้านคน ในประเทศไทย มีการรายงานในฐานข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แห่ง (Health data center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน 1,191,782 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบว่าคนไทยที่ป่วยด้วยโรคนี้ เกือบ 11 ล้านคน เสียชีวิต 5,165 คน และพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 แสนคน และร้อยละ 50 ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคนี้²

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลบางปะกง พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน รับการรักษาในโรงพยาบาลมากถึง 3,049 คน ในจำนวนนี้มีทั้งผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่น ที่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ไตวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง ไทรอยด์เป็นพิษ โรคหัวใจ มีภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่อย หรือไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ด้วยยาชนิดรับประทานจำเป็นต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล จำนวนมากจนกลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย โดยพบว่าโรคเหล่านี้ก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) มากถึงร้อยละ 71 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด³ โดยตลอดเวลาได้มีการจัดการกับโรค

เหล่านี้อย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ โดยอัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความชุกของการป่วยและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์บริบท ด้านปัจจัยการเกิดโรค พบว่า โรคเหล่านี้เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลด้านพฤติกรรมสุขภาพ สามารถป้องกันความรุนแรงได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเบาหวานชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในคนไทย พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินอย่างเหมาะสม (relative insulin deficiency) สัมพันธ์กับประวัติเบาหวานในครอบครัว และมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน เช่น อายุมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย⁴

โรงพยาบาลบางปะกงได้จัดบริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Diet & Physical Activity : DPAC) ขึ้น โดยเน้นให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเน้นหลัก 3อ.2ส.1พ โดยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ลดการกินอาหารหวาน มัน เค็ม ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รู้จักจัดการอารมณ์และหมั่นดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน โดยจัดบริการในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ พบว่าสามารถช่วยลดการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติลงได้ ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมหาศาล สอดคล้องกับการศึกษาของคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง เรื่อง การพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลบางปะกง พบว่า เจ้าหน้าที่รพ.บางปะกงมีช่วงอายุถือเป็นเป็นวัยทำงาน และอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ เหมือนผู้รับบริการในคลินิก ซึ่งการจัดกิจกรรมและรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของวัยผู้ใหญ่ จึงจะสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning)⁵ ซึ่งวัยผู้ใหญ่ต้องการรู้เหตุผลในการเรียนรู้และผู้ใหญ่จะ

เรียนรู้ก็ต่อเมื่อเขาต้องการจะเรียนเนื่องจากผู้ใหญ่รู้ว่าตนเองมีความรับผิดชอบต่อผลของการตัดสินใจของตนเองได้ ก่อนการเรียนรู้ผู้ใหญ่ มักต้องการจะรู้ว่าเพราะเหตุใด หรือทำไมเขาจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ เขาจะได้รับประโยชน์อะไร และจะสูญเสียประโยชน์อะไรถ้าไม่ได้เรียน นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) ที่พัฒนาโดย De Shazer ในปี 1980 ให้สอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นหลัก 3อ.2ส.1พ โดยการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) มีหลักการอยู่บนสมมติฐานของการมองโลกในแง่ดี ที่ว่ามนุษย์เต็มไปด้วยพลังและศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (solution) ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขา บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา คือ การช่วยให้ผู้รับบริการรู้ถึงพลังและศักยภาพที่อยู่ในตัวเขา เช่น ความยืดหยุ่น ความกล้าหาญ และความมีปัญญาที่จะแก้ไขปัญหาด้วยการสนทนา ผู้รับบริการเห็นภาพของตนเองที่กำลังทำอะไรอยู่ในชีวิต ความเป็นไปในอนาคต และอะไรที่จะนำพาเขาไปสู่ความสำเร็จ ด้วยวิธีการ ดังนี้ 1) ค้นหาสิ่งที่สมาชิกกลุ่มต้องการ แทนที่จะค้นหาสิ่งที่พวกเขาไม่ต้องการ 2) ไม่ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุในตัวสมาชิก เพราะจะเป็นการลดทอนความสามารถของพวกเขา แต่มองไปยังสิ่งที่กำลังทำงานอยู่ในตัวของพวกเขา และกระตุ้นให้กำลังใจพวกเขาทำต่อไป 3) ถ้าสิ่งที่สมาชิกกำลังทำอยู่ไม่เกิดผลให้กำลังใจพวกเขา ลองทำสิ่งที่แตกต่างออกไป⁶ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีการให้คำปรึกษา เพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) มีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการไปใช้ ระดับมากที่สุด⁷



นอกจากนี้สถานการณ์แพร่ระบาดอย่างรุนแรงของโควิด - 19 ส่งผลกระทบต่อการมารับบริการที่คลินิก DPAC เนื่องจากการไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์นั้นว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสามารถลดการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วย ลดอุบัติเหตุ การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติลงได้ ต้องใช้เวลาในการปรับพฤติกรรมเป็นระยะทั้งสิ้น 6 เดือน โดยผู้บำบัดจะนัดผู้รับบริการมาพบในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามช่วงเวลา การหยุดให้บริการจึงนับว่าเป็นความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษา ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำ คลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีเพื่อบำบัดผู้ป่วยทางไกลแบบ Real-time และทำให้การพบผู้บำบัดเป็นเรื่องง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เทคโนโลยีเพื่อบำบัดผู้ป่วยทางไกลแบบ Real-time ในรูปแบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) โดยที่คนไข้กับผู้รักษาอยู่ต่างสถานที่กัน และใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีเพื่อสื่อสารกันในระยะไกล สามารถเห็นภาพ พูดคุยกันได้เหมือนอยู่ในคลินิก โดยมีหลักในการพัฒนาระบบการบำบัดแบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic)^๑ ดังนี้ 1) การใช้แอปพลิเคชันที่ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน และมีประสิทธิภาพ 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการมีกิจกรรมของตนเองได้ 3) การสื่อสารแบบเรียลไทม์ (ระหว่างสมาชิกกับผู้บำบัด) 4) การใช้แอปพลิเคชันที่สอดคล้องกับกลุ่มวัย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การโทรวิดีโอคอลด้วยไลน์แอปพลิเคชัน เนื่องจาก เป็นที่นิยมในหมู่ผู้รับบริการของโรงพยาบาลบางปะกง เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่าย สามารถสื่อสาร แบบเรียลไทม์และดำเนินกิจกรรมได้เหมือนมาพบผู้ให้บริการในคลินิก จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงและคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัย Retrospective Cohort Study แบบกึ่งทดลอง (quasi experimental) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเดิม โดยใช้แบบเก็บข้อมูลด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวัดผลก่อนและหลังทดลองในระยะเวลาบำบัด 6 เดือนต่อคน ระยะเวลาการศึกษา ติดตามข้อมูลย้อนหลังระยะเวลา 3 ปีงบประมาณที่ผ่านมา (2563 – 2565) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ในการศึกษาวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลที่ถูกบันทึกในฐานข้อมูลเวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการรักษาที่รพ.บางปะกงและได้รับการส่งต่อเข้าคลินิก DPAC และเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวนทั้งสิ้น 22 คน ในจำนวนนี้มีกลุ่มที่มาใช้บริการต่อเนื่องที่คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) จำนวนทั้งสิ้น 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลที่ถูกบันทึกในฐานข้อมูล เวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาที่รพ.บางปะกงและได้รับการส่งต่อเข้าคลินิก DPAC และเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2565 ทั้งกลุ่มที่มาใช้บริการต่อเนื่องที่คลินิก DPAC และกลุ่มที่มาใช้บริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) โดยสุ่มตัวแทนประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตร คำนวณกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กของเครจซี่และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan) โดยใช้การประมาณค่า สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ระดับ ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความ เชื่อมั่น 95% การศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ต้องการ ศึกษาในกลุ่มที่มารับบริการต่อเนื่องแบบคลินิกเสมือน จริง (Virtual Clinic) จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ผู้วิจัยนำมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 9.77 คน จึงกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างรวมทั้งสิ้นกลุ่มละ 10 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากได้กลุ่ม ตัวอย่างจากผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องที่คลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มควบคุม รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ และกลุ่มที่มารับบริการต่อเนื่องที่คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เสมือนจริง (Virtual Clinic) โรงพยาบาลบางปะ กง โดยเลือกทุกคน จำนวน 10 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลอง รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง รวมเป็นกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1) เวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการส่งต่อเข้าคลินิก DPAC โรงพยาบาลบาง ปะกง ตามแนวปฏิบัติ

2) เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางปะ กง

3) มีประวัติรับการรักษาต่อเนื่องในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกงในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2565

4) สามารถใช้เครื่องมือสื่อสาร ใช้ไลน์ แอปพลิเคชันและอินเทอร์เน็ตได้

5) สามารถวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาล ปลายนิ้วได้ทุกวันโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล

6) ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่มีโรคร่วม อื่นที่จำเป็นต้องรับการรักษาเฉพาะ ในโรงพยาบาล เช่น ไทรอยด์เป็นพิษ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฤๅลมโป่งพอง ไตวาย (ตั้งแต่ระยะ 4 ขึ้นไป) และหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา ไม่ต่อเนื่องใน ปีงบประมาณ 2563 - 2565

2) ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อ หรือเปลี่ยนแปลง สถานพยาบาลในช่วงเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ

1.1 แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผล

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบเก็บ ข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ เข้ารับบริการ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว น้ำหนัก BMI. และความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.98

1.2 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน

คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเสมือนจริง เป็น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยสุชน คุณรักษาและกนกศรี จาตุจิน 7 โดยนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Diet & Physical Activity : DPAC) จากคลินิก DPAC มาพัฒนาร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning)⁹ และแนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อ หาทางออก (Solution-focused counseling) ที่พัฒนา โดย De Shazer ในปี 1980 ให้สอดคล้องกับแนวคิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นหลัก 3อ. 2ส. 1 พ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ภาพรวมเท่ากับ 0.97 ค่าประสิทธิภาพของ โปรแกรม E1 : E2 เท่ากับ 82.50 : 85.50 ประกอบด้วย กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา 6 เดือน โดยนัดพบกลุ่มครั้งที่ 1 แบบเผชิญหน้าในคลินิก จากนั้นผู้วิจัยให้สมุดคู่มือและผู้วิจัยนำมาสันทนา กับ



กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มควบคุมมาพบผู้วิจัยที่คลินิก ส่วนกลุ่มทดลองพบผู้วิจัยทางคลินิกเสมือนจริงผ่านสื่อออนไลน์ ตามระยะเวลา 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 1 เดือน, 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน ดังนี้

ครั้งที่ 1

ก. การรับรู้และแปลผลสุขภาพ และการปรับแนวคิดเพื่อสร้างพลัง ดึงศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (solution) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบำบัดแบบเผชิญหน้า ทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี และแบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเป็นข้อมูลเบื้องต้น ใช้เวลา 15 นาที จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลผลการตรวจร่างกาย นำมาประเมินผลของตนเองว่าอยู่กลุ่มใด ผู้วิจัยให้ความรู้แปลผลสุขภาพ ใช้เวลา 10 นาที จากนั้นเข้าสู่กระบวนการสร้างแนวคิดเพื่อสร้างพลัง ดึงศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (solution) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลา 30 นาที ในขั้นตอนนี้แต่ละคนจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองสู่ และตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในครั้งแรก ผู้วิจัยแจกสมุดประจำตัว ให้ประเมินคะแนนตนเองว่าอยู่ที่คะแนนเท่าไร ทำอะไรมาบ้างแล้ว และต้องทำอะไรเพิ่ม และให้นำกลับไปทำเป็นการบ้าน ผู้วิจัยแอดไลน์ สอนการบำบัดผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ทดสอบจนกลุ่มตัวอย่างมั่นใจ นัดเวลาเพื่อการบำบัดผ่านไลน์ครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2-6

ข. ในการบำบัดผ่านไลน์เยี่ยม 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 1 เดือน, 1 เดือน, 3 เดือน ทุกครั้งจะมีการสรุปผลจากการตั้งเป้าหมาย การประเมินตนเองจากผลการชั่งน้ำหนัก ตรวจน้ำตาลและความดันโลหิต การให้คะแนนตนเอง สรุปผลสำเร็จ จากนั้นนำผลจากกิจกรรมในรอบที่ผ่านมา นำมาตั้งเป้าหมายใหม่ ผู้วิจัยให้แนวทางด้านวิชาการในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่มีเพียงพอ การประเมินความก้าวหน้าด้วยตนเองและค้นหาทางออกที่จะพัฒนาความก้าวหน้าและจัด

กิจกรรมของตนเองในสัปดาห์ต่อไป ใช้เวลา 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อ 1 คน จนครบ 3 เดือน

ค. เมื่อครบ 3 เดือน ผู้วิจัยตั้งประเด็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากที่ทำกิจกรรมรายบุคคลที่สอดคล้องกับการแปลผลทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ และตั้งเป้าหมายต่อเนื่องเพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพ และตั้งเป้าหมายต่อเนื่องเพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ส่งการบ้านผ่านไลน์ทุกสัปดาห์ จนครบ 6 เดือน หากมีข้อสงสัยให้นัดเวลาในการบำบัดได้ผ่านไลน์

ครั้งที่ 7 เมื่อบำบัดครบ 6 เดือน มีการสรุปผลจากการตั้งเป้าหมาย การประเมินตนเองจากผลการชั่งน้ำหนัก ตรวจน้ำตาลและความดันโลหิต การให้คะแนนตนเอง สรุปผลสำเร็จ จากนั้นกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี และแบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลา 15 นาที เพื่อสะท้อนผลการกระทำหรือปรับพฤติกรรมของตนเองทำให้ทราบว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลงจากการทำพฤติกรรมนั้น ๆ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมา หลังจากนั้น สรุปผลการคงพฤติกรรมในอนาคต ทำแบบประเมินความพึงพอใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (5 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. (10 ข้อ)

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (3 ข้อ)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ)

ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficiency) ตามวิธีของครอนบาค11 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

2.2 แบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบประเมินกิจกรรมก่อนและหลังการบำบัด เพื่อวัดทักษะการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert Scaling) จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบลักษณะความถี่ในการแสดงพฤติกรรม ดังนี้

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมสม่ำเสมอทุกวัน

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมมาก (5 วันขึ้นไป)

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมปานกลาง (3-4 วัน)

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมน้อย (1-2 วัน)

ระดับความคิดเห็น 0 หมายถึง ไม่มีการแสดงพฤติกรรมเลย

ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficiency) ตามวิธีของครอนบาค11 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.75

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมหลังการบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert Scaling) จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง มีความต้องการมากที่สุด

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง มีความต้องการมาก

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง มีความต้องการน้อย

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง มีความต้องการน้อย

การแปลผล

ระดับคะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ระดับคะแนน 1.81– 2.60 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

ระดับคะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง มีพึงพอใจระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

ระดับคะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 1

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ภายหลังโครงการวิจัยอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกงขออนุญาตดำเนินการวิจัย ขอใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน และรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการรักษาที่คลินิก DPAC รพ.บางปะกง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและรวบรวมบันทึกในแบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลา 1 วัน

3. ผู้วิจัยจัดทำรายงานและเผยแพร่ผลงาน

4. ผู้วิจัยรายงานผลต่อคณะกรรมการเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพื้นฐาน สถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม แบบ nonparametric ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test สถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่าง



ระหว่างกลุ่ม แบบ nonparametric ได้แก่ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ PH_CCO_REC001/2566 วันที่รับรอง 6 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ เป็นเพศหญิง 7 คน

คิดเป็นร้อยละ 70 เพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 อายุอยู่ระหว่าง 45-54 ปี มากที่สุด จำนวน 5 คน ร้อยละ 50 รองลงมา 55 – 64 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 30 และ 35 – 44 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 20

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง เป็นเพศหญิง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 เพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 อายุอยู่ระหว่าง 35 – 44 ปี มากที่สุด จำนวน 6 คน ร้อยละ 60 รองลงมา 25 – 34 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 20 และ 45-54 กับ 55 – 64 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 10

2. ประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=10)

ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	3.60	1.35	4.70	0.82	-2.63	0.01*
กลุ่มทดลอง	4.00	0.66	5.50	0.52	-2.71	0.01*

*p<.05

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองที่

ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=10)

ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	20.90	4.01	23.5	2.01	-1.36	0.17*
กลุ่มทดลอง	20.20	3.55	24.60	1.83	-2.50	0.01*

*p<.05

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยทักษะหลังเข้า

โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	10	7.75	7.75	-2.31	0.02*
กลุ่มทดลอง	10	13.25	13.25		

* P <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	10	8.90	89.75	-1.23	0.21
กลุ่มทดลอง	10	12.10	121.00		

* P <.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาล (DTX.) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=10)

ระดับน้ำตาล (DTX.)	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	125.10	28.01	94.60	5.35	-2.80	0.01*
กลุ่มทดลอง	107.50	23.19	91.60	5.87	-2.71	0.01*

*p<.05

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาล (DTX.) หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาล (DTX.) หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ (n=10)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	156.00	11.64	119.80	9.90	-2.80	0.01*
กลุ่มทดลอง	155.90	6.19	115.80	10.57	-2.80	0.01*



* $p < 0.05$

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความพึงพอใจ

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ของกลุ่มตัวอย่างหลัง เข้าร่วมกิจกรรม (n =20)

รายการ	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
รูปแบบการจัดกิจกรรมโครงการ	4.00	0.53	มาก
ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ	4.25	0.56	มากที่สุด
ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	4.15	0.58	มาก
ท่านคิดว่าโครงการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้	4.00	0.45	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ	4.05	0.39	มาก
รวม	3.75	0.33	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.75 , 0.33 ($\bar{X}$,SD.) แยกรายด้าน ความพึงพอใจต่อ รูปแบบการจัดกิจกรรมโครงการ อยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00, 0.53 ($\bar{X}$,SD.) ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ อยู่ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.25, 0.56 ($\bar{X}$,SD.) ด้านระยะเวลาในการจัดกิจกรรม อยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.15, 0.58 ($\bar{X}$,SD.) ด้านประโยชน์ของโครงการและการนำไปใช้ประโยชน์ อยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00, 0.45 ($\bar{X}$,SD.) และด้านภาพรวมความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการอยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.05, 0.39 ($\bar{X}$,SD.)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง และได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง มีความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 2 กลุ่ม

เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนด้านทักษะพบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีทักษะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพียงกลุ่มเดียว แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง มีทักษะเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะก่อนเข้าโปรแกรม เท่ากับ 20.90 , 4.01 ($\bar{X}$,SD.) และหลังเข้าโปรแกรม เท่ากับ 23.50 , 2.01 ($\bar{X}$,SD.) ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจาก โปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งการมีความรู้ ความเข้าใจที่เพิ่มสูงขึ้นจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจาก กระบวนการที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการนำแนวคิดการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่มาสร้างกระบวนการซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทาง

ออก (Solution-focused counseling) ที่นำศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้ และหาทางออกที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จนตกผลึกองค์ความรู้ด้วยตนเอง เกิดการเรียนรู้และพัฒนาจากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีความรู้และจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือการมีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่สุขภาพที่ถูกต้องได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงและได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกจะมี ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 2 กลุ่ม เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก โปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถเลือกทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการเกิดพฤติกรรม การจัดการตนเอง (self-management) ในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อีกทั้งการที่ผู้บำบัดนำเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) มาใช้ในการตั้งศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับประสบการณ์ของตนเอง โดยเน้นการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ทำได้จริง และเน้นวิธีการตั้งเป้าหมายที่ควรมีลักษณะ ดังนี้ 1) เป้าหมายต้องเป็นเชิงบวกและเข้าใจได้ง่ายด้วยภาษาของสมาชิกเอง 2) เป็นกระบวนการและทำได้จริง 3) เป็นปัจจุบันไม่เพ้อ

ฝัน 4) เป็นรูปธรรม เจาะจง และเห็นผลสำเร็จแน่นอน 5) ทำด้วยตัวสมาชิกเอง (Walter & Peller ,1992) และต้องมาจากกลุ่มตัวอย่างเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายตามเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) ได้มาจากการให้คะแนนตนเอง (Scaling) ร่วมกับการติดตามประเมินตัวเอง (Self Monitoring) ผ่านผลระดับน้ำตาลและความดันโลหิตที่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างทำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลง จากการทำพฤติกรรมนั้น ๆ นำไปสู่การเรียนรู้และปรับกระบวนการหรือทักษะของตนเอง จากวิธีการดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเพิ่ม นั่นคือทักษะการตัดสินใจ (decision skill) จากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือมีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ มีทักษะการตัดสินใจในระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง (self-management) มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีความรู้ หลังการทดลองแตกต่างจากผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้เช่นเดียวกันแต่ผู้เข้าโปรแกรมฯ เสมือนจริง จะได้รับการนำความรู้ ใส่ไว้ในไลน์แอปพลิเคชัน ทำให้สามารถ

ทบทวนได้ตลอดเวลา ส่งผลให้จดจำความรู้ได้มากกว่า มาที่คลินิก และสามารถปรึกษาผู้บำบัดผ่านไลน์ได้จึงเสมือนมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลแต่ไม่ต้องเดินทาง ส่งผลให้ความรู้ในกลุ่มได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีทักษะ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ทั้งสองกลุ่มใช้โปรแกรม ฯ ที่กระบวนการที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ โปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถเลือกทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง (self-management) ในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อีกทั้งการที่ผู้บำบัดนำเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) ที่นำศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้ และหาทางออกที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กวินทิพย์ จันทนิยม เพ็ญนภา กุลนาคด และดลดาว วงศ์ธีระธรณ์¹² ที่ศึกษาเรื่อง ผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พนักงานบริษัทเอกชนฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ที่มีคะแนนความเครียดในการทำงานตั้งแต่ 79 คะแนนขึ้นไปจำนวน 20 คน และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความเครียดในการทำงานและโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยให้การปรึกษาแก่กลุ่มทดลองจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษาใดๆ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี นิวแมน – คูลส์ ผลการศึกษาพบว่า พนักงานบริษัทกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการทำงานต่ำกว่าพนักงานบริษัทกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพนักงานบริษัทกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการทำงานในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการสื่อสารทางไลน์เป็นการได้รับการบำบัดจากผู้บำบัดโดยตรงเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่มารับบริการที่คลินิก ทำให้ไม่มีความแตกต่างของการบำบัดรักษา จึงส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์ สุทธิพร มุลศาสตร์และกฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรชา¹³ ที่ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก ผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งถูกเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นตามแบบจำลองแรงจูงใจ มี

ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการทบทวนความรู้ สร้างแรงจูงใจและติดตามพฤติกรรมลดน้ำหนัก 2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการลด น้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนัก 3) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ 4) สายวัดรอบเอว แบบสอบถามแรงจูงใจ ในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนักมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และ 0.89 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที และสถิติอนุพัราเมตริก

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาของสุตาสินี สุทธิฤทธิ์ ดวงกลม ปิ่นเฉลิยมและทิพย์ขัมพร เกษโกมล¹⁴ ที่ทำการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม ด้วยการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 24 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยประยุกต์ใช้การกำกับตนเองของแคนเฟอร์ ประกอบด้วยแผนการสอน คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และสมุดบันทึกการกำกับตนเอง 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงไปใช้อาจนำไปปรับให้เหมาะกับบริบทในแต่ละกลุ่มประชากรและความพร้อมในการใช้เครื่องมือสื่อสารและระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้น ไปศึกษาที่เจาะลึกในกลุ่มที่มีปัญหาในการมารับบริการ เช่น กลุ่มที่เคยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาแล้วแต่ไม่สามารถทำตามวินัยได้ เป็นต้น
2. นำไปศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. การพัฒนากระบวนการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์



เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค.(2565).หลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิต (ระดับกลาง).กรุงเทพฯ : e-learning ; เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=19813&deptcode=dncd&news_views=36.
- 2.ไชยยา จักรสิงโต.(2560).ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน.วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยราชภัฏราชบุรี.
- 3.กรมอนามัย.(2561).คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง Diet & Physical Activity(DPAC).กรุงเทพฯ: บ.ทีเอสอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.
- 4.เสกสรร ไช้เจริญ กนกศรี จาดเงิน, พรวิจิตร ปานนาค และ พรวิมล ขาวทอง.(2565).ประสิทธิผลการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัวบางบัว.ฉะเชิงเทรา : โรงพยาบาลบางปะกง.
- 5.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560.3.ปฐมธานี:ร่มเย็น มีเดีย.
- 6.Walter, J.L., & Peller, J.E. (1992). Becoming Solution-focused in Therapy. New York : Brunner/Mazel, INC.
- 7.สุนัน คุณรักษา, กนกศรี จาดเงิน.การพัฒนาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลบางปะกง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏราชบุรี. 2564;13(2):106-124.
- 8.นันทวัน ป้อมคำย อภิชาติ แสงสว่าง และปัญญา ชูเลิศ.(2564) Virtual Community (ชุมชนเสมือนจริง) ...ทางเลือกวิถีกระฉับกระเฉง. ; เข้าถึงได้จากhttps://tpak.or.th/th/article_print/378
- 9.mediathailand Thailand.(2020).Adult Learning Theory. Retrieved Febuary 20,2020. From http://mediathailand.blogspot.com/2012/05/blog-post_1880.html
- 10.Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control.(2020). Strategic Plan for Prevention and Control of Non-communicable diseases at the national level for 5 years (2017-2020). Nonthaburi : The company Emotionart Co., Ltd. (In Thai).
- 11.Cronbach, L. J. (1970). Essentials of Psychological Test (5th ed.). New York. Harper Collins.
12. กวินทิพย์ จันทนิม เพ็ญญา กุลนาคและดลดาว วงศ์ธีระธรรณ.(2563).ผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท.วารสารการวัดผลการศึกษา.37(101) : 114-126.
- 13.อดุลย์ วุฒิจูพันธ์ สุทธิพร มูลศาสตร์และกฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรขา.(2562).ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล.35(2) : 57-70.
- 14.สุดาสินี สุทธิฤทธิ์ ดวงมล ปิ่นเฉลียวและทิพย์ขัมพร เกษโกมล.(2561).ประสิทธิผลโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารพยาบาลตำรวจ.10 (2) : 330-339.
- 15.De Shazer, S.(1991). Putting Difference to Work. New York: W.W. Norton & Company.
- 16.Health Education Team. (2019). Health behavior modifying of Bangpakong hospital public health personel Reports.Chachoengsao : Bangpakong Hospital.(In Thai).

การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด

The Fact Inquiry on Liability for Wrongful Acts

(Received: January 16,2023 ; Revised: January 27,2023 ; Accepted: January 30,2023)

อุดม พิสุทธธำภา¹

Udom Pisut arpa¹

บทคัดย่อ

การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง เป็นการดำเนินการตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 รวมทั้งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 กล่าวคือ ผู้ผ่านการฝึกอบรมจะได้รับวุฒิบัตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง ไม่เป็นการฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ตามความหมายของระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ผู้เข้ารับการอบรมจึงมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายตามระเบียบดังกล่าวได้ ทั้งนี้ กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลาง ได้ตรวจสอบและวินิจฉัยว่า กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมยังถือไม่ได้ว่าได้มีการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จึงไม่มีผู้ใดต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเสียหายแก่ทางราชการ และผลการวิจัยสรุปว่า คำสั่งอนุมัติให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการฝึกอบรมและอนุมัติให้เบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง นั้น เป็นคำสั่งทางปกครองที่ให้เงินหรือให้ทรัพย์สินหรือให้ประโยชน์ที่อาจแบ่งแยกได้ อันมีลักษณะเป็นการให้ประโยชน์ หากหัวหน้าส่วนราชการยังมิได้ห้ามเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าว และผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความเชื่อโดยสุจริตในความคงอยู่ของคำสั่งที่อนุมัติให้เข้ารับการอบรมและมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายจากทางราชการได้ เมื่อได้อนุมัติให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้นำเงินไปชำระเป็นค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตรดังกล่าวจนครบถ้วนไม่มีเงินเหลืออยู่ และได้เบิกค่าลงทะเบียนหรือค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหรือได้หักล้างเงินยืมตามสัญญาเงินยืมราชการแล้ว จึงเป็นการกระทำไปโดยสุจริต หากไม่มีการเพิกถอนคำสั่งที่อนุมัตินั้น หรือหากภายหลังได้มีการเพิกถอนคำสั่งที่อนุมัติดังกล่าว แต่ไม่มีเงินเหลืออยู่แล้วผู้เข้ารับการฝึกอบรมก็ไม่ต้องคืนเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมที่ได้เบิกจ่ายไปแล้ว ซึ่งผู้ผ่านการฝึกอบรมได้เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกอบรมนั้นตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ.2549 ไม่ถือว่ากระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จึงไม่มีผู้ใดต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเสียหายแก่ทางราชการ แต่ยังมีได้มีการวินิจฉัยถึงนิยามความหมายโดยตรงของการฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จนทำให้เกิดปัญหาทางกฎหมายที่ไม่อาจหาข้อยุติได้ และส่งผลกระทบต่อการทำงานของส่วนราชการต่างๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ความรับผิดทางละเมิด, เจ้าหน้าที่ , การฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ

¹ นิตกร ประจำสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข domechaisri@hotmail.com



Abstract

The result of this research appeared that the fact inquiry on Liability for Wrongful Acts of the reimbursement of the expenses on 'the Administrative law and administrative procedure' training course under the authority of the judicial commission of Administrative court approval. Also, the reimbursement was conducted under the Act on Liability for Wrongful Acts of Officials, B.E. 2539 (1996); Rule of the Office of the Prime Minister on the Criteria for Acts on Liability for Wrongful Acts of Officials, B.E. 2539 (1996) such as the rule of the Ministry of Finance on Expenses in International Trainings, Provisions and Conferences, B.E. 2549 (2006); etc. To summarize, the 'Administrative law and administrative procedure' training course under the authority of the judicial commission of administrative court approval was a training session with Diploma of Administrative Law and administrative procedure under the authority of the judicial commission of administrative court approval but without a vocational certificate provided. According to the rule of the Ministry of Finance on Expenses in International Trainings, Provisions and Conferences, B.E. 2549 (2006) and the amendments, the official could apply for the reimbursement of the enrolment fee along with the expenses on the training course. After the examination, the Comptroller General's Department, the Ministry of Finance agreed with the investigation result. To clarify this, the reimbursement of the expenses on 'the Administrative law and administrative procedure' training course under the authority of the judicial commission of administrative court approval was not involved with intentional acts nor gross negligence, therefore; none had to indemnify the government.

It can be concluded that an expense approval letter for an officer's training expense on administrative law and the procedures of the administrative case training program which the Judicial Administration Commission approved is an administrative act that gives a person money, property, or divisible benefits. In case the Chief Executive of the division has not forbidden the reimbursement and the person truly believes in the existence of the training approval letter and the right of training expense reimbursement from the government, along with the act of training payment and funding withdrawal or acts of execution of the contract, the person is acting in good faith. With no revocation of the approval or having later revocation order, the person, which has no more money he/she received from the government, doesn't have to pay it back. With the act of withdrawal and spending under Ministry of finance regulation on training, event organizing, and international conference B.E. 2549 (2006 A.D.), the person is revealing no intentional act or gross negligence; consequently, no compensation payment is needed for the government loss. Due to the lack of clarification of the word "certified vocational training", many legal issues could not be solved and affected government officers' performance. According to this problem,

Keyword : Liability, Officer, certified vocational training

บทนำ

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 กำหนด ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ในกรณีที่ปฏิบัติงานในหน้าที่และเกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐหรือเอกชน กำหนดให้เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดทางละเมิดเฉพาะเมื่อเป็นการกระทำความผิดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น และให้แบ่งแยกความรับผิดของแต่ละคนมิให้นำหลักลูกหนี้รวมมาใช้บังคับ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของรัฐ^{1,2}

การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง เป็นเงินจำนวน 115,000 บาท ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้มีหนังสือแจ้งกรณีการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก. ศป. รับรอง ไม่ถูกต้อง ให้ดำเนินการเรียกเงินคืนและกำหนดมาตรการในการป้องกันการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการอบรมไม่ถูกต้อง และกรมบัญชีกลางได้วินิจฉัยว่า เมื่อพิจารณาตามประกาศ ก.ศป. เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์การเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่จะได้รับแต่งตั้งเป็นตุลาการในศาลปกครองชั้นต้น กำหนดให้ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองหรือหลักสูตรกฎหมายมหาชนที่ ก.ศป. รับรอง มีคุณสมบัติในการได้รับแต่งตั้งเป็นตุลาการในศาลปกครองชั้นต้น และผู้ได้รับประกาศนียบัตรการฝึกอบรมหลักสูตร “กฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง” จึงเป็นการฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจึงไม่สามารถเบิกจ่ายค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าวตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549³ และที่แก้ไขเพิ่มเติมได้ แต่ศาลปกครองชั้นต้น เคยมีคำพิพากษาวินิจฉัยว่า

ประกาศนียบัตรหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง มิได้มีลักษณะเป็นประกาศนียบัตรวิชาชีพแต่อย่างใด จึงสามารถที่จะขอเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตรดังกล่าวได้ ตามข้อ 5 ของระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2549 จะเห็นได้ว่าแนวการวินิจฉัยความหมายของการฝึกอบรมให้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องต่างๆ และศาลปกครองมีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่อาจสรุปความหมายของการฝึกอบรมให้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพได้ ประกอบกับตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ.2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ก็ไม่ได้กำหนดนิยามความหมายของคำว่าฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเอาไว้โดยตรงเช่นกัน จึงทำให้ไม่อาจตีความสรุปได้ว่าการอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่ไม่สามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมได้มีความหมายเป็นอย่างไร ซึ่งอาจส่งผลให้การฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรบางหลักสูตรเกิดปัญหาทางกฎหมายมีการตีความความหมายที่ผิดพลาดได้ อีกทั้งในปัจจุบันการตีความความหมายของการฝึกอบรมให้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพยังไม่อาจสรุปเป็นที่ยุติได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาเพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่ในส่วนราชการต่างๆ ที่อาจจะเกิดมีขึ้นในอนาคตได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับการฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเพื่อให้หน่วยงานของรัฐสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงระเบียบของทางราชการต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

(Qualitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย เอกสาร (Documentary Research) โดยมีกระบวนการ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิเคราะห์จากแหล่งข้อมูล ดังนี้

1. รายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์ สารนิพนธ์ วารสาร หนังสือรายงานการศึกษาของหน่วยงานราชการ มติคณะรัฐมนตรี กฎหมาย รวมถึงบทความทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด

2. ข้อมูลจากรายงานผลการสอบข้อเท็จจริง ความรับผิดชอบทางละเมิด กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง ระยะเวลาดำเนินการในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน 2560 - มกราคม 2566 และสืบค้นข้อมูลจากรายงานวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลการศึกษา

การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด เป็นการรวบรวมพยานหลักฐานทุกชนิด ทั้งพยานบุคคล พยานเอกสาร และพยานวัตถุ เพื่อจะทราบความจริงในเรื่องนั้นๆ และพิสูจน์ความจริง ว่าเรื่องใดเป็นเรื่องจริง หรือเป็นเรื่องเท็จ และชี้มูลความจริงว่าเป็นประการใด ซึ่งจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้กระบวนการสอบข้อเท็จจริงเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย

การดำเนินการสอบข้อเท็จจริงจำเป็นต้องดำเนินการตามหลักวิชาการ และหลักกฎหมายอย่างเคร่งครัด เพื่อให้การดำเนินการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย และเกิดประโยชน์ต่อทางราชการ ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อเท็จจริงเพื่อให้เพียงพอในการรับฟังได้ว่า เรื่องที่กล่าวหาเป็นมูลหรือไม่ และเพื่อที่จะทราบรายละเอียดแห่งความผิด กฎหมายได้กำหนดองค์ประกอบของความผิดไว้ 3 ประการ คือ 1) ต้องมีการกระทำละเมิดเกิดขึ้น กล่าวคือ ต้องมีการ

กระทำ ซึ่งเป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ โดยผิดกฎหมาย และเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น 2) ต้องเป็นการกระทำละเมิดโดยเจ้าหน้าที่ และ 3) ต้องเป็นการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนหลักการสอบข้อเท็จจริง ความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งจะต้องดำเนินการตามกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง อาทิ พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539¹ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539²

การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง เป็นการดำเนินการตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 รวมทั้งกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549³ เป็นต้น ซึ่งผลการสอบข้อเท็จจริงดังกล่าว สรุปได้ว่า การฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง เป็นการฝึกอบรมตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 ซึ่งผู้ผ่านการฝึกอบรมจะได้รับวุฒิบัตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง ถือว่าหลักสูตรดังกล่าวไม่เป็นการฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ตามความหมายของระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ผู้เข้ารับ

การอบรมจึงมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายตามระเบียบดังกล่าวได้ ทั้งนี้ ซึ่งกระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลาง ได้มีการตรวจสอบและวินิจฉัยเห็นชอบตามที่คณะกรรมการสอบสวนสรุปผลไปนั้น กล่าวคือ กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง ยังถือไม่ได้ว่าได้มีการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จึงไม่มีผู้ใดต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแก่ทางราชการ

อภิปรายผล

การวิจัย เรื่อง “การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด” เป็นกรณีศึกษาการดำเนินการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ซึ่งการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ได้นำแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้สำหรับการดำเนินการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด คือ การปฏิบัติราชการทางปกครอง หลักการสืบสวน หลักการวินิจฉัยข้อเท็จจริงและพยานหลักฐาน ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม หลักความรับผิดชอบทางละเมิด และหลักการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาดำเนินการ เพื่อให้กระบวนการสอบข้อเท็จจริงเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 โดยอภิปรายผล ดังนี้

(1) ขั้นตอน แนวทาง และการดำเนินการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด กรณีศึกษาการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่

การดำเนินการสอบข้อเท็จจริงและการพิจารณาของคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด เป็นการดำเนินการที่สอดคล้องกับหลักการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการรวบรวมพยานหลักฐานทุกชนิด ทั้งพยานบุคคล พยานเอกสาร และพยานวัตถุ เพื่อจะทราบความจริงในเรื่องนั้นๆ และพิสูจน์ความจริงว่าเรื่องใดเป็นเรื่องจริง หรือเป็นเรื่องเท็จ และชี้มูลความจริงว่าเป็นประการใด นอกจากนี้ ยังมีการให้โอกาสแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหรือผู้เสียหายได้ชี้แจงข้อเท็จจริงและโต้แย้งแสดงพยานหลักฐานของตนอย่างเพียงพอและเป็นธรรม สอดคล้องกับหลักการตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539⁴ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 การวินิจฉัยสั่งการของผู้แต่งตั้ง ซึ่งเป็นการพิจารณาสำนวนการสอบสวนข้อเท็จจริงว่ายังข้อบกพร่องหรือควรพิจารณาสอบสวนเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร และหากผู้แต่งตั้งคณะกรรมการเห็นว่า สำนวนการสอบสวนได้เสนอความเห็นข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย และพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องครบถ้วนแล้ว จะวินิจฉัยสั่งการว่าการกระทำละเมิดที่เกิดขึ้นมีผู้รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือไม่ และเป็นจำนวนเท่าใด โดยใช้หลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรา 5 และมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 และขั้นตอนการตรวจสอบสำนวนของกระทรวงการคลังและการแจ้งผลให้หน่วยงานของรัฐทราบ เป็นการดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ข้อ 17 ประกอบกับประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องรายงานให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ พ.ศ. 2562 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตร

กฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง เป็นการดำเนินการที่สอดคล้องกับหลักวิชาการ และหลักกฎหมายอย่างครอบคลุมและเคร่งครัด เพื่อให้การดำเนินการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบละเมิดเกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย และเกิดประโยชน์แก่ทางราชการอย่างแท้จริง¹⁻¹¹

(2) การเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณา คดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง

การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบละเมิดกรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) รับรอง โดยการพิจารณาในประเด็นแรก คือ การฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง เป็นการฝึกอบรมตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549³ ข้อ 4 หรือไม่ ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณาแล้ว การฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว เป็นการอบรมที่มีโครงการหรือหลักสูตรและช่วงเวลาจัดที่แน่นอนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคคลหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เข้าลักษณะหลักทั่วไปของการฝึกอบรมตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549³ ข้อ 4

ประเด็นที่สอง การฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง มีผลให้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ อันเป็นข้อยกเว้น ที่ไม่ถือว่าเป็นการฝึกอบรม ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549³ ข้อ 4 หรือไม่ ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณา

นิยมของการฝึกอบรมอันมีผลให้ได้รับปริญญา และการฝึกอบรมอันมีผลให้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ทั้งจากประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2558 หรือหลักสูตรการศึกษาอันมีผลให้ได้รับวุฒิการศึกษาที่สูงกว่าระดับปริญญาตรี ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการประเมินผลการเรียนตามหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ พุทธศักราช 2545 พ.ศ. 2551 ซึ่งพบว่า วุฒิบัตร “กฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง” ที่ได้รับจากการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว ไม่มีลักษณะเป็นปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ แต่อย่างใด ดังนั้น ผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง และได้ทำการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับใช้จ่ายในการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าวโดยสุจริต ซึ่งมีใช่เป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อแต่อย่างใด^{1-3,9,10}

กรณีการพิจารณานิยามความหมายของการฝึกอบรมอันมีผลให้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ซึ่งศาลปกครองชั้นต้น ได้วินิจฉัยว่า ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง มิได้มีลักษณะเป็นปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ แต่อย่างใด ผู้เข้ารับการอบรมจึงสามารถที่จะขอเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตรดังกล่าวได้ตามข้อ 5 ของระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2549 แม้ศาลปกครองสูงสุด และคณะกรรมการวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มิได้พิจารณาและวินิจฉัยโดยตรงว่า ประกาศนียบัตรหลักสูตรกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตามมาตรฐานที่ ก.ศป. รับรอง มิได้มีลักษณะเป็นประกาศนียบัตรวิชาชีพ เหมือนอย่างศาลปกครองชั้นต้นได้วินิจฉัยไว้ แต่ได้วินิจฉัยหรือวางแนวการพิจารณาว่า คำสั่งอนุมัติให้บุคลากรในสังกัดเข้า

รับการฝึกรอบรมและอนุมัติให้เบิกค่าใช้จ่าย ในการ
อบรมหลักสูตรดังกล่าว นั้น เป็นคำสั่งทางปกครอง
ที่ให้เงินหรือให้ทรัพย์สินหรือให้ประโยชน์ที่อาจ
แบ่งแยกได้ อันมีลักษณะเป็นการให้ประโยชน์ หาก
หัวหน้าส่วนราชการยังมิได้ห้ามเบิกค่าใช้จ่าย ใน
กรณีดังกล่าว และผู้เข้ารับการฝึกรอบรมมีความเชื่อ
โดยสุจริตในความคงอยู่ของคำสั่งที่อนุมัติให้เข้ารับ
การอบรมและมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการ
อบรมจากทางราชการได้ เมื่อได้อนุมัติให้ผู้เข้ารับ
การฝึกรอบรมเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรม และผู้
เข้ารับการฝึกรอบรมได้นำเงินไปชำระเป็นค่าใช้จ่าย
ในการอบรมหลักสูตรดังกล่าวจนครบถ้วนไม่มีเงิน
เหลืออยู่ และได้เบิกค่าลงทะเบียนหรือค่าใช้จ่าย
ในการฝึกรอบรมหรือได้หักล้างเงินยืมตามสัญญายืม
เงินราชการแล้ว จึงเป็นการกระทำไปโดยสุจริต
หากไม่มีการเพิกถอนคำสั่งที่อนุมัตินั้น หรือหาก
ภายหลังได้มีการเพิกถอนคำสั่งที่อนุมัติดังกล่าว แต่
ไม่มีเงินเหลืออยู่แล้ว ผู้เข้ารับการฝึกรอบรมก็จะไม่
ต้องคืนเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรมที่ได้เบิกจ่ายไป
แล้วดังกล่าว และหัวหน้า ส่วนราชการย่อมไม่อาจ
เรียกให้ผู้เข้ารับการอบรมคืนเงินค่าใช้จ่ายได้ และ
การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบ ทางละเมิด กรณี
การเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรมหลักสูตรกฎหมาย
ปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง ตาม
มาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.
ศป.) รับรอง ผู้เข้ารับการอบรมได้เบิกเงิน
ค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตร
ดังกล่าว ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย
ค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรม การจัดงาน และการ
ประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ.2549 ข้อ 5 ซึ่ง
กระทรวงการคลัง มีความเห็นว่า ไม่มีบุคคล ผู้ต้อง
รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ทางราชการ

เมื่อตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย
ค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรม การจัดงาน และ การ
ประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ.2549 และที่แก้ไข
เพิ่มเติม ไม่ได้กำหนดนิยามความหมายของคำว่า
การฝึกรอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเอาไว้
และตามแนวพิจารณาวินิจฉัยของศาลปกครอง

สูงสุด กระทรวงการคลัง และคณะกรรมการวิธี
ปฏิบัติราชการทางปกครอง ก็ได้มีการวินิจฉัยหรือ
ให้นิยามความหมายเอาไว้โดยตรง จนทำให้การ
ฝึกรอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเกิดปัญหา
ทางกฎหมาย ที่ยังไม่อาจหาข้อยุติได้ และส่งผล
กระทบต่อการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่าง ๆ
ต่อไป ผู้วิจัยมีความเห็นว่า จะต้องดำเนินการให้มี
การปรับปรุงแก้ไขระเบียบของทางราชการเพื่อ
กำหนดคำนิยามความหมายของคำว่า การฝึกรอบรม
ที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพให้มีลักษณะเป็น
อย่างไร ต่อไป

ประเด็นสุดท้าย การที่ผู้เข้ารับการฝึกรอบรม
ได้ทำสัญญาขอยืมเงิน และนำเงินดังกล่าว ไปชำระ
เป็นค่าใช้จ่ายในการอบรมดังกล่าว พร้อมทั้ง ได้นำ
เอกสารหลักฐานดังกล่าวมาประกอบในการหักล้าง
เงินยืมตามสัญญาขอยืมเงินดังกล่าว ได้เกิดขึ้นจากการ
ที่ได้กระทำโดยประมาทเลินเล่อ หรือไม่ ซึ่ง
คณะกรรมการได้พิจารณาแล้ว พบว่า การเบิก
ค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรมอยู่ในวิสัยและพฤติการณ์
ที่จะเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรมตามระเบียบของ
ทางราชการได้ จึงมิใช่เป็นการกระทำโดยปราศจาก
ความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจำเป็นต้องมี
ตามวิสัยหรือพฤติการณ์ ซึ่งมีใช่เป็นการกระทำโดย
ความประมาทเลินเล่อ แต่อย่างใด ทั้งการเบิก
ค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรม เป็นไปตามระเบียบ
กระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรม
การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ.
2549 จึงเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้จ่ายโดย
ชอบ มิได้เป็นความเสียหายที่ทางราชการได้รับ แต่
อย่างใด ซึ่งจากการวิจัยข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย
และพยานหลักฐานต่าง ๆ จึงนำมาซึ่งข้อสรุปว่า
กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกรอบรมหลักสูตร
กฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองตาม
มาตรฐานที่คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.
ศป.) รับรอง ยังถือไม่ได้ว่า ได้มีการกระทำโดยจงใจ
หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จึงไม่มีผู้ใดต้อง
รับผิดชอบใช้ค่าเสียหายแก่ทางราชการ

(3) ข้อเสนอแนะแนวทางการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด เพื่อพัฒนากระบวนการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดให้เกิดความเป็นธรรมและเป็นประโยชน์แก่ทางราชการ

จากการศึกษาเกี่ยวกับการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด ทำให้ได้ข้อเสนอแนะแนวทางการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด เพื่อพัฒนากระบวนการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด ให้เกิดความเป็นธรรมและเป็นประโยชน์แก่ทางราชการ โดยเฉพาะแนวทางการปฏิบัติของคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดที่จะต้องดำเนินการตามกฎหมายอย่างรอบคอบและรัดกุม ซึ่งจะต้องใช้ ทั้งทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ในการสืบหาพยานหลักฐาน การพิจารณาพยานหลักฐานต่าง ๆ ตลอดจนการวินิจฉัยข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย และพยานหลักฐาน เพื่อให้การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด เกิดความเป็นธรรมและเป็นประโยชน์ต่อทางราชการอย่างแท้จริง จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีการเสนอแนะให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด โดยผลการศึกษาของอรรถพล ลิ้มระจำ¹² (2558) เรื่อง “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งเรียกให้เจ้าหน้าที่ของรัฐชุดใช้คำสั่งใหม่ทดแทน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539” ได้เสนอแนะให้แก้ไขเพิ่มเติมข้อ 18 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 โดยให้ยกเลิกบทบัญญัติที่เป็นการบังคับให้ผู้แต่งตั้งคณะกรรมการต้องดำเนินการออกคำสั่งตามความเห็นของกระทรวงการคลัง กล่าวคือ ควรกำหนดให้ผู้แต่งตั้งกรรมการสามารถดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งได้ทั้งสองประการนี้ คือ ประการที่หนึ่ง ให้ผู้แต่งตั้งคณะกรรมการออกคำสั่งตามความเห็นของกระทรวงการคลัง หากผู้

แต่งตั้งกรรมการนั้นเห็นด้วยกับความเห็นของกระทรวงการคลัง หรือประการที่สอง ผู้แต่งตั้งคณะกรรมการยังมีต้องออกคำสั่งตามความเห็นของกระทรวงการคลังในทันที หากผู้แต่งตั้งคณะกรรมการไม่เห็นด้วยกับความเห็นของกระทรวงการคลัง แต่ให้ผู้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการพิจารณาทบทวนอีกครั้งหนึ่ง โดยนำความเห็นของกระทรวงการคลังนั้นมาประกอบการพิจารณาว่า ผู้แต่งตั้งคณะกรรมการไม่เห็นด้วยในเรื่องใด ด้วยเหตุผลประการใด แล้วจึงมีคำสั่งออกมา และให้แก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติในส่วนหน่วยงานของรัฐผู้เสียหายที่มีหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการและออกคำสั่ง โดยกำหนดให้มีสถานะที่ชัดเจนว่าเป็นหน่วยงานผู้มีอำนาจในการพิจารณาและออกคำสั่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เมธา นวลิมป์¹³ (2561) ศึกษาเรื่อง “ปัญหาเกี่ยวกับผู้มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด และผู้มีอำนาจออกคำสั่งให้ชุดใช้คำสั่งใหม่ทดแทน กรณีหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเป็นผู้กระทำละเมิด” นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะในการแก้ไขกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 โดยผลการศึกษาของ กรรณชรัตน์ ศรีประเสริฐ¹⁴ (2560) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัญหาการใช้มาตรการบังคับเจ้าหน้าที่กรณีการทำละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539” ได้เสนอแนะแนวทางการแก้ไข คือ (1) หน่วยงานของรัฐต้องใช้มาตรการบังคับทางปกครองก่อนฟ้องคดีต่อศาล (2) จัดทำระเบียบกลางในการใช้มาตรการบังคับทางปกครอง (3) แก้ไขกฎหมายและจัดทำระเบียบปฏิบัติการใช้มาตรการบังคับทางปกครอง (4) จัดตั้งหน่วยงานกลางเพื่อใช้มาตรการบังคับทางปกครอง (5) จัดทำข้อตกลงระหว่างหน่วยงานของรัฐเพื่อใช้มาตรการบังคับทางปกครอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรพชร จันทร์ขันตี¹⁵ (2559) ศึกษาเรื่อง “ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของ

เจ้าหน้าที่” โดยเสนอแนะให้ปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่และกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนการกำหนดเขตอำนาจศาลในคดีความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนด้วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เมธา นวลิมป์¹³ (2561) ศึกษาเรื่อง “ปัญหาเกี่ยวกับผู้มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด และผู้มีอำนาจออกคำสั่งให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทน กรณีหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเป็นผู้กระทำละเมิด” ซึ่งได้มีการเสนอแนะให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 12 และมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เพื่อให้เกิดความชัดเจน และเป็นการคุ้มครองให้ผู้บังคับบัญชาหรือผู้มีอำนาจกำกับดูแล หรือควบคุมดูแลหน่วยงานของรัฐที่เสียหายให้มีอำนาจออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด และออกคำสั่งให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทน กรณีหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ทำละเมิดหรือมีส่วนร่วมกระทำละเมิดได้อย่างถูกต้องตามระเบียบและกฎหมายว่าด้วยความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการบริหารงานแผ่นดินของประเทศ

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานของรัฐควรจัดทำคู่มือการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นแนวปฏิบัติเฉพาะของหน่วยงานโดยปรับใช้แนวทางปฏิบัติจากกระทรวงการคลังภายใต้บริบทของกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งเป็นการเผยแพร่ความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงานได้รับทราบและเข้าใจในระเบียบที่เกี่ยวข้อง

2. หน่วยงานของรัฐควรจัดทำคู่มือองค์ความรู้ในการปฏิบัติราชการเพื่อป้องกัน การกระทำที่เป็นความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่

ในหน่วยงานของรัฐ และเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดความรู้ความเข้าใจ มีความระมัดระวัง และตระหนักในการดำเนินการต่าง ๆ ที่ยึดมั่นในกฎระเบียบของทางราชการโดยเคร่งครัด เพื่อป้องกันการกระทำละเมิดที่จะเกิดขึ้นและรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์ของทางราชการ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. หน่วยงานของรัฐควรปรับปรุงแก้ไขกฎหมายหรือระเบียบของทางราชการในการกำหนดคำนิยามความหมายของคำว่าการฝึกอบรมที่ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ให้มีลักษณะที่เป็นการสร้างความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการสนับสนุนให้มีการพัฒนาเพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรในส่วนราชการมากขึ้น

2. หน่วยงานของรัฐควรจัดให้มีกฎหมายหรือระเบียบที่ไม่เป็นการตัดสิทธิ ในการคัดค้านคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองที่มีความไม่เป็นกลาง (Waiver of objection) ถ้าบุคคลที่ถูกกระทบสิทธิไม่ทราบ (Unaware) ว่ามีสิทธิคัดค้านในขณะนั้น และการสละสิทธิในการคัดค้านนั้นมีผลทำให้คู่กรณีที่สละสิทธิไม่อาจคัดค้านคำวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองไม่ชอบด้วยกฎหมาย เพราะเหตุที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองมีความไม่เป็นกลาง โดยไม่เป็นการเคร่งครัดว่า จะต้องกระทำการคัดค้านเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองโดยทันทีเสมอไป

3. ควรศึกษาโครงสร้างของการทำหน้าที่ของคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด และการดำเนินการสอบข้อเท็จจริงในประเด็นที่เกี่ยวข้องขั้นตอน วิธีการที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินการของคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับบริบทการทำงานในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ



1. การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด กรณีเจ้าหน้าที่กระทำละเมิด ต่อหน่วยงานของรัฐ จะต้องมีการรวบรวมพยานหลักฐานต่าง ๆ อย่างรอบด้านและครบถ้วน และใช้หลักวิชาการต่าง ๆ ทั้งหลักกฎหมาย หลักจิตวิทยา แนวทางการสืบสวนสอบสวน และการวินิจฉัยข้อเท็จจริงและพยานหลักฐาน เพื่อให้การสอบข้อเท็จจริงได้อย่างถูกต้อง เป็นธรรม และเกิดประโยชน์แก่ทางราชการ

2. ควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้กับการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด โดย

สร้างฐานข้อมูลออนไลน์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิชาการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และควรศึกษาและนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดในบางขั้นตอน เช่น การสืบพยานหลักฐานออนไลน์ การสอบสวนผ่านแอปพลิเคชันซูม (Zoom Meeting) เป็นต้น เพื่อให้สามารถดำเนินการสอบข้อเท็จจริงได้อย่างต่อเนื่อง ตามกรอบระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

1. พระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539. เล่ม 113 ตอนที่ 60 ก, *ราชกิจจานุเบกษา*, 14 พฤษภาคม 2539, น. 25-29.
2. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539. เล่ม 113 ตอนพิเศษ 39 ง, *ราชกิจจานุเบกษา*, 15 พฤศจิกายน 2539, น. 1-14.
3. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549. เล่ม 123 ตอนพิเศษ 98 ง, *ราชกิจจานุเบกษา*, 22 กันยายน 2549, น. 17-29.
4. สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539, (ม.ป.ป.), *สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา*, สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2564, จากฐานข้อมูล <https://www.krisdika.go.th/data/lawmistake/conlawmis.htm>
5. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องรายงานให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 72 ง, *ราชกิจจานุเบกษา*, 20 พฤษภาคม 2552, น. 43-44.
6. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องรายงานให้กระทรวงการคลังตรวจสอบ พ.ศ. 2562. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 10 ง, *ราชกิจจานุเบกษา*, 13 มกราคม 2563, น. 3-4.
7. พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539. เล่ม 113 ตอนที่ 60 ก, *ราชกิจจานุเบกษา*, 14 พฤษภาคม 2539, น. 1-32.
8. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2555. เล่ม 129 ตอนพิเศษ 141 ง, *ราชกิจจานุเบกษา*, 17 กันยายน 2555, น. 1-9.
9. หทัยรัตน์ ลักษณะจินดา, (2563). คู่มือการสืบสวนข้อเท็จจริง และการดำเนินการทางวินัย. อ่างทอง: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอ่างทอง.
10. กรมบัญชีกลาง. (16 มิถุนายน 2551). *การสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่* [หนังสือราชการ]. (กค 0410.2/ว 217).
11. กรมบัญชีกลาง สำนักความรับผิดชอบทางแพ่ง, (2550). *คู่มือปฏิบัติงานความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

12. อรรถพล ลีกระจ่าง. (2558). “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งเรียกให้เจ้าหน้าที่ของรัฐชดใช้ค่าสินไหมทดแทน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539”. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
13. เมธา นวลิมป์. (2561) “ปัญหาเกี่ยวกับผู้มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด และผู้มีอำนาจออกคำสั่งให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทน กรณีหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเป็นผู้กระทำละเมิด”. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
14. กรรณชรัตน์ ศรีประเสริฐ. (2559). “ปัญหาการใช้มาตรการบังคับเจ้าหน้าที่กรณีการทำละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539”. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
15. วรพชร จันทร์ขันตี. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2559). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่. วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 9(2), น. 143-165.



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขของสถานบริการ สาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Factors Affecting Preventive Behavior for Coronavirus Disease 2019 among Public Health Personnel of the public health service centers network in the Khon Kaen Hospital

(Received: January 12,2023 ; Revised: January 20,2023 ; Accepted: January 23,2023)

พิภพ จันทร์เหมือน¹

Pipop Janmuan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดค่าช่วงเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 และตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 และระยะเวลาการปฏิบัติงาน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ร้อยละ 9.8 ($R^2=0.098$) สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ คือ $Y = 31.50 + 0.20 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม}) + 0.33 (\text{ความรู้}) + 0.06 (\text{ระยะเวลาการปฏิบัติงาน})$ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้เกิดการจัดบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้นและเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยตามหลัก 2P-safety ตลอดจนการสื่อสารเรื่องแนวทางการปฏิบัติตนผ่านตามช่องทางสื่อต่าง ๆ อย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับมีความรู้ในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : ปัจจัย พฤติกรรม การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

Abstract

This survey research studies factors affecting the Corona Virus 2019 prevention behavior of the health personnel in the Khon Kaen Hospital network. There are 133 samples chosen by systematic random sampling, including tools like questionnaires, and data analysis using percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum, Pearson's correlation coefficient, chi-square, stepwise multiple regression analysis and 95% confidence of interval. The study found that social support, Coronavirus disease 2019 awareness, and job positions were statistically significantly related to the prevention behaviour of the

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Coronavirus Disease 2019 (p-value<0.05). Considering 3 factors could predict statistically significant coronavirus disease prevention behaviour; social support, knowledge of Coronavirus Disease 2019, and operation period. All three variables could explain 9.8% of the variation in preventing behaviour of the coronavirus disease 2019 ($R^2 = 0.098$). The forecasting equation can be written as raw scores: $Y = 31.50 + 0.20$ (social support) $+ 0.33$ (knowledge) $+ 0.06$ (operation period). Therefore, placing more emphasis on promoting the atmospheric establishment of safety from Coronavirus 2019 infection among public health personnel in the Khon Kaen Hospital network and strengthening the prevention of Coronavirus 2019 as a safety culture according to the 2P-safety principle. Moreover, the initiation of personnel communication corresponds to guidelines and through various media channels thoroughly should be applied so that public health personnel at all levels are aware of working safely with enough cognition.

Keywords: Factors, Behavior, Prevention of Corona Virus 2019, Public Health Personnel, Khon Kaen Hospital Network

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มมีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่ระบาดไปหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสม ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2565 2,288,343 ราย ผู้ป่วยยืนยันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 4,511,777 ราย เสียชีวิตสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 30,575 คน¹ การติดต่อโดยติดต่อผ่านการไอ จาม การสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนหรือสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค² องค์การอนามัยโลก ได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำให้ทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค³ บุคลากรสาธารณสุข ถือเป็นบุคลากรด้านการแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ตรวจวินิจฉัยโรค COVID-19 รักษาพยาบาล เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยยืนยัน รายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่

วันที่ 1 ม.ค.-26 มี.ค. 2565 มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ 14,044 ราย แยกสัดส่วนตามอาชีพ พบว่า 54.62% ไม่ระบุ 23.25% บุคลากรด่านหน้า 9.51% บุคลากรสนับสนุนบริการ 4.24% เจ้าหน้าที่งานระดับเขตและส่วนกลาง 4.15% บุคลากรสนับสนุนการดูแลรักษา 1.72% พนักงานทำความสะอาด ชักฟอก 1.27% นักวิชาการสาธารณสุข 0.63% อื่นๆ 0.62% แยกสัดส่วนตามสังกัดสถานพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) 27.41% โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) 27.11% รพ.เอกชน 24.78% โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) 11.37% โรงพยาบาลศูนย์(รพศ.) 5.54% อื่นๆ 2.62% และมหาวิทยาลัย 1.17% 4 จากสถานการณ์ดังกล่าว พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ ภาวะ Long COVID เป็นอาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังการรักษาหายแล้ว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพจิต โดยมักพบมีอาการภายหลังได้รับเชื้อถึง 12 สัปดาห์โดยอาการที่พบสามารถ

ดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปได้หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้⁴

จากรายงานการสอบสวนโรคของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองขอนแก่น พบว่ามีบุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี 2564 จำนวน 35 ราย และในปี 2565 จำนวน 59 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีทั้งการติดจากการให้บริการและการติดจากสมาชิกในครอบครัวและการใช้ชีวิตประจำวัน⁵ จากการศึกษาของชุดิมา ดีสวัสดิ์, พรทิพย์ กิระพงษ์ และนิตยา เพ็ญศิริภา⁶ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าเป็นพยาบาล ร้อยละ 36.1 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ 60 มีประสบการณ์ทำงานโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.65 ปี ไม่มีประสบการณ์ทำงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 60.6 และหน่วยงานมีบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง (2) บุคลากรมีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง และ (3) บรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อและประสบการณ์การทำงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาสำรวจ (Survey research)

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงตามลำดับคือ บรรยากาศความปลอดภัยและประสบการณ์การทำงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อ และการศึกษาของจุฬารรรณ ใจแสน⁷ พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของ พนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า พนักงานที่ทำงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข เพศต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ที่ต่างกัน และปัจจัยด้านอิทธิพลของครอบครัว และด้านความตระหนักรู้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ด้วยเหตุผลดังกล่าวที่ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของบุคลากรสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ที่จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ มีความแตกต่างกันหรือไม่ และปัจจัยด้านใดบ้างที่ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 โดยข้อมูลที่ได้หลังจากการศึกษาค้นคว้าวิจัยจะเป็นโอกาส เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้นำเอาข้อมูลงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 รวมถึงการป้องกันโรคที่เกิดจากไวรัสอื่นต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ประชากรคือบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์แพทย์ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 336 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁸ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2[\sigma^2]}{[d^2(N-1)] + \frac{Z_{\alpha}^2 \sigma^2}{2}}$$

N = ประชากร จำนวน 336 คน

n = ขนาดตัวอย่าง (คน)

$Z(\alpha/2)$ = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%

d = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

σ^2 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.56 จากการศึกษาของชุดิมา ดีสวัสดิ์และคณะ⁶

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คำนวณได้เท่ากับ 198 คน เพื่อความครอบคลุมและลดการสูญเสียจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นจำนวน 200 คน โดยเกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) คือ 1) ปฏิบัติงานในเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ช่วงปี 2563 ถึง มกราคม 2565 2) ไม่เคยติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือเคยติดเชื้อ แต่รักษาหายแล้ว 3) สมัยครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก(Exclusion criteria) คือ ย้ายหรือลาออกในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น ตอน (Multi - Stage Random Sampling) ประกอบด้วย 1) การสุ่มแบบแบ่งชั้น(Stratified Random Sampling) จำแนกตามโซนอำเภอเมืองเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น โดยกระจายขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนบุคลากรสาธารณสุข 2) สุ่มตัวอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากตัวแทนกลุ่มวิชาชีพตามจำนวนที่กำหนดจนได้ขนาดตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มี 6 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก คือ ก ข ค ง จำนวน 15 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 ตอบผิด ได้ 0 ส่วนที่ 3 ทักษะคิด เป็นแบบ rating scale โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ เห็นด้วย อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบ rating scale โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ เห็นด้วย อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่

เห็น ส่วนที่ 5 การรับรู้โรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบ rating scale โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ เห็นด้วย อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบ rating scale โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ ทำประจำ บ่อย นานๆ ครั้ง บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 10 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพ โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder richardson 20 (KR-20) และการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach' alpha coefficient) โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่นคือ ดังนี้ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.81 ส่วนที่ 3 ทักษะคิด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.72 ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ส่วนที่ 5 การรับรู้โรคไวรัสโคโรนา 2019 สังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.783

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล นำเสนอค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุดต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และ

ไคสแควร์ (Chi – square) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข โดยทดสอบด้วยสถิติ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับโรงพยาบาลขอนแก่น รหัส KEF65021

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 (Min= 24, Max= 59, $\bar{X}$ = 43.75 SD.= 10.13) สถานภาพสมรสและคู่สมรสอยู่ด้วยกันจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 69.5

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขจำนวนเท่ากัน คือ 59 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 ระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 (Min= 5, Max = 36, Median =15) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 40,000 บาท จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 (Min =6,000, Max = 70,000 Medium= 30,000) ประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อ จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.23	0.001*
การรับรู้	0.115	0.028*

* p -value<0.05

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัส โคโรนา 2019 และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรค

ไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยสามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 9.8 (R^2 =0.098) สมการพยากรณ์ที่ได้ คือ $Y = 31.50 + 0.20$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 0.33 (ความรู้) + 0.06 (ระยะเวลาการปฏิบัติงาน)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น

ตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์)	B	β	t-value	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.20	0.26	3.79	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019	0.33	0.17	2.40	0.017
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	0.06	0.16	2.35	0.020
ค่าคงที่ (Constant)	31.50	-	-	-
R = 0.314 R ² = 0.098 F = 7.129 p-value < 0.001				
Y = 31.50 + 0.20 + 0.33 + 0.06				

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ช่วงนี้มีการระบาดใหญ่อย่างต่อเนื่องของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลขอนแก่น มีการตอบสนองนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อนโยบายการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยโรงพยาบาลมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย อาทิ การจัดบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตัว เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE มีการสื่อสารและให้ความรู้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁹ ที่มีการตั้งมาตรฐานให้โรงพยาบาลจัดให้มีสภาพแวดล้อมการทำงาน และบรรยากาศความปลอดภัยขององค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย การจัดการความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในที่องค์กรเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคลากรอีกด้านหนึ่ง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าบุคลากรศูนย์แพทย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนและ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่นพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับดี ด้วยโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดภาวะการระบาดในวงกว้างอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการติดเชื้อและการเสียชีวิตในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป¹⁰ และ สอดคล้องกับการศึกษา Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al.¹¹ และ Maude RR, Jongdeepaisal M, Skuntaniyom S, Muntajit T, Blacksell SD, Khuenpetch W, et al.¹² ที่ระบุว่า การสื่อสารนั้นทำให้บุคลากรมีการรับรู้และตระหนักถึงอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบกับบุคลากรยังกลัวจะเกิดการติดเชื้อ หรือนำเชื้อไปติดกับบุคคลในครอบครัว จึงมีการปฏิบัติตามแนวการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตามหลักมาตรฐานความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะปฏิบัติงาน การล้างมือก่อนและหลังการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร¹³ และ Muflih S, Al-Azzam S, Lafferty L,

Karasneh R, Soudah O, Khader Y, et al.¹⁴ พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง และมีการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.43 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 และ ด้านตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข พนักงานบริการเอกสารทั่วไป พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี ส่วนพนักงานทำความสะอาดมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดีและปานกลาง เท่ากัน อภิปรายได้ว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในด้านหน้า และยิ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ยิ่งจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ภาพรวม อยู่ในระดับดี จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0 ($\bar{X} = 46.63$ $SD = 3.94$ $Min = 33$ $Max = 50$) เนื่องจาก บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดภาวะการระบาดในวงกว้างอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการติดเชื้อและการเสียชีวิตในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับการวิจัยของ ชูติมา ดีสวัสดิ์ และคณะ⁶ พบว่า ประสิทธิภาพทำงานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของกลุ่ม ตัวอย่างแตกต่างกัน ประกอบกับอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ทุกคนมีความสนใจ เรียนรู้ และปฏิบัติตาม ซึ่งเห็นได้จากพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง พบว่าอายุงานหรือระยะเวลาการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยใน

การทำงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของ Amponsah-Tawaih K, Adu MA¹⁵ และ Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al.¹¹ ที่พบว่าการสื่อสารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและพฤติกรรมความปลอดภัย เนื่องจากการสื่อสารที่ดีจะมีการ กระตุ้นให้บุคลากรจะมีรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงตื่นตัวในการป้องกันการเกิดโรคจึงเกิดพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อ

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 และระยะเวลาการปฏิบัติงานสามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยสร้างบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ โรงพยาบาลขอนแก่นมีการกำหนดนโยบาย และทำให้บุคลากรมีการรับรู้ถึงบรรยากาศความปลอดภัยทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย สนับสนุนให้บุคลากรมีการช่วยเหลือและร่วมมือกันในการปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 การอบรมความรู้เรื่อง ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีการจัดประชุมทีมนำองค์กรเพื่อติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของ Gershon RR, et al.¹⁶ Agnew C, Flin R, Mearns K.¹⁷ Lyu S, Hon CK, Chan AP, Wong F, Javed AA.¹⁸ พบว่าบรรยากาศความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ (1) ด้านความ

พร้อมของอุปกรณ์ป้องกัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร เนื่องจากอุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น หน้ากากอนามัย ชุดPPE และอุปกรณ์อื่น ๆ ได้รับการสนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุข และการบริจาคจากภาคประชาชน และหน่วยงานอื่นๆทำให้บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น เกิดการรับรู้ถึงความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ทั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al.¹¹ และจิตอาเรีย จอดสันเทียะ, นิภา มหารัษฎพงศ์ และยุวดี รอดจากภัย¹⁹ ซึ่งพบว่าการเข้าถึงและการได้รับการสนับสนุนใน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อ ความสามารถความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจหรือ พฤติกรรมความปลอดภัย (2) ด้านการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการ ระบาดในวงกว้างทั่วโลก ทำให้บุคลากรทุกคนได้มีการ รับรู้นโยบายและปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่าน มา Morrow SL. et al²⁰ และ Hu X, Yan H, Casey T, Wu C²¹ พบว่า การบริหารความปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางความ ปลอดภัยของบุคลากร (3) ด้านการฝึกอบรม เป็นปัจจัยที่ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการวิจัยของ ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร¹³ การ ฝึกอบรม เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริม การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำงานให้มีความปลอดภัย นอกจากนี้การอบรมด้าน ความปลอดภัยจากการติดเชื้อยังทำให้เกิดความรู้ ความ เข้าใจ มีทักษะ และได้ตระหนักเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงมีการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่าง ถูกต้อง (4) การจัดการความสะอาดสถานที่ทำงาน เนื่องจากการป้องกันการติดเชื้อจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 เน้นเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมวันระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร และการมีระบบระบายอากาศที่ดี มีการทำ ความสะอาดบริเวณที่มีผู้ใช้จำนวนมากให้บ่อยที่สุด จาก

บริบทที่แตกต่างกันทำให้ผลการวิจัย สอดคล้องกับการ วิจัย Gershon RR, et al¹⁶ และ Sadullah O, Kanten S²² ที่พบว่าปัจจัยด้านความสะอาด ระบบระบายอากาศมี ผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัย และการวางอุปกรณ์ไม่ เป็นระเบียบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติด้าน ความปลอดภัย (5) การสื่อสารที่ดีในหน่วยงาน สอดคล้อง กับการวิจัยที่ผ่านมาของ Amponsah-Tawaih K, Adu MA.¹⁵ Houghton C, et al¹¹ และ Martiana T, Suarnianti S.²³ พบว่า การสื่อสารที่ดี จะเกิดการกระตุ้น ให้บุคลากรจะมีรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงตื่นตัวใน การป้องกันการเกิดโรคจึงเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคไวรัส โคโรนา 2019 ตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อโรค

2.2 ความรู้และระยะเวลาการทำงาน เป็นปัจจัยที่ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่บุคลากรสาธารณสุขของสถาน บริการสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น มี คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ใน ระดับปานกลาง ดังนั้น ประสิทธิภาพการทำงานเกี่ยวกับการ ควบคุมการติดเชื้อ และการบริการสาธารณสุขใน โรงพยาบาลและเครือข่าย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร¹⁴ ซึ่งพบว่าการมีประสิทธิภาพทำงานที่แตกต่างกันจะทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่แตกต่างกัน และ ประสิทธิภาพจากการเรียนรู้อาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือ ยับยั้งมิให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลและ เครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การ ควบคุมป้องกัน และการรักษา พยาบาลเป็นระยะ เวลานาน ทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ องค์ความรู้ เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ผู้ที่มีความรู้ที่ดี เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดี จะมีแนวโน้มที่ดี เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรค²⁴ ซึ่งการมี

ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องจะทำให้กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย
21

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้เกิดการจัดบรรยากาศความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในศูนย์แพทย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มมากขึ้น การจัดฝึกอบรมด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการสื่อสารอย่างทั่วถึงทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

2. ควรเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยตามหลัก 2P-safety ตามแนวทางควบคุมป้องกันการติดเชื้อ โดยจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อให้กับบุคลากรทุกคน และสนับสนุนให้บุคลากรเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องทั้งในการปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ควรมีการสื่อสารเรื่องแนวทางการปฏิบัติตนผ่านตามช่องทางสื่อต่างๆอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรทุกคนทั้งในศูนย์แพทย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความรู้ในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย

3. ควรส่งเสริมและเปิดโอกาสให้บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อมีการถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจในการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อของบุคลากรในศูนย์แพทย์ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนากลวิธีที่เหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ คำชมเชย และความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับผู้มาใช้บริการ ตลอดจนการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของที่มีประสิทธิภาพเพียงพอและพร้อมที่จะใช้ได้ ตลอดเวลาเมื่อมีความต้องการ และให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางให้เกิดทักษะที่เหมาะสม ให้มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมลดความเครียด ความวิตกกังวลของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบเชิงทดลองพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมหรือการประชาคม เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม การตระหนักในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน เกี่ยวกับความรู้ทรัพยากรที่ช่วยให้การปฏิบัติงานป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานตามนโยบายกลยุทธ์ของภาครัฐในแนวทางการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ หรือกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน และทีมงานเวชกรรมสังคมและเพื่อนร่วมงานทุกคนที่ให้การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/news.php>

2. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษากรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (cpg) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2565]. เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g04_CPG170464.pdf
3. World Health Organization. Standard precautions in health care [Internet]. 2007. [cited 2020 Jun 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/standard-precautions-in-health-care>
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
5. โรงพยาบาลขอนแก่น. ข้อมูลอัตราค่าลงบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงจาก: <http://192.168.0.222/hospdata/application/back/personal/calendars.php?type>.
6. ชูติมา ดีสวัสดิ์, พรทิพย์ กิระพงษ์ และ นิตยา เพ็ญศิริรักษา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(38): 399-413.
7. จุฑาพรรณ ใจแสน. พฤติกรรมการป้องกันโรคCOVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 4 พ.ย. 2564]. เข้าถึงจาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sat16/6114060102.pdf>
8. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง Sample Size Determination [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ย. 2564], เข้าถึงจาก: https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf
9. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Personnel Safety Goals 2018. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เพล็กซ์ แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561
10. ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. รายงานกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรคปอดอักเสบจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่. 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2565], เข้าถึงจาก: http://www.thaiphc.net/new2020/corona_tracking/
11. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 4(4): Cd013582.
12. Maude RR, Jongdeepaisa M, Skuntaniyom S, Muntajit T, Blacksell SD, Khuenpetch W, et al. Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand. BMC Public Health. 2021; 21(1): 749.
13. ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร. การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560; 31(1): 61-71.
14. Muflih S, Al-Azzam S, Lafferty L, Karasneh R, Soudah O, Khader Y. Pharmacists self-perceived role competence in prevention and containment of COVID-19: A cross-sectional study. Ann Med Surg (Lond). 2021; 64: 102243.

15. Amponsah-Tawaih K, Adu MA. Work Pressure and Safety Behaviors among Health Workers in Ghana: The Moderating Role of Management Commitment to Safety. *Safety and Health at Work*. 2016; 7(4): 340-6.
16. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *Am J Infect Control*. 2000; 28(3): 211-21.
17. Agnew C, Flin R, Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *Journal of Safety Research*. 2013; 45:95-101.
18. Lyu S, Hon CK, Chan AP, Wong F, Javed AA. Relationships among Safety Climate, Safety Behavior, and Safety Outcomes for Ethnic Minority Construction Workers. *International journal of environmental research and public health*. 2018; 15(3): 484.
19. จิตอารีย์ จอดสันเทียะ, นิภา มหารัษฎพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ จังหวัดชลบุรี. *วารสารกรมการแพทย์*. 2563; 45(2): 120-6.
20. Morrow SL, McGonagle AK, Dove-Steinkamp ML, Walker Jr. CT, Marmet M, Barnes-Farrell J. Relationships between psychological safety climate facets and safety behavior in the rail industry: A dominance analysis. *Accid Anal Prev*. 2010; 42(5): 1460-7.
21. Hu X, Yan H, Casey T, Wu CH. Creating a safe haven during the crisis: How organizations can achieve deep compliance with COVID-19 safety measures in the hospitality industry. *Int J Hosp Manag*. 2021; 92:102662.
22. Sadullah O, Kanten S. A research on the effect of organizational safety climate upon the safe behaviors. *Ege Academic Review*. 2009; 9:923-32.
23. Martiana T, Suarnianti S. The determinants of Safety behavior in hospital. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2018; 9:147.

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทการปรับตัวกิจกรรมตามแบบวิถีใหม่ (New normal) ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น

Efficiency in the Management of Health Security Fund within Local or Area Level under the Coronavirus 2019 Pandemic in the Context of New Normal adaptation in Khon Kaen's Local Administrative Organization Area

(Received: February 7, 2023 ; Revised: February 15, 2023 ; Accepted: February 19, 2023)

บัวลักษณ์ จันตระ¹ และกัณฐมณี สีนพิทักษ์เขต²

Bualuk Jantara¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (A cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทการปรับตัวกิจกรรมตามแบบวิถีใหม่ (New normal) ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยการสุ่มแบบการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มเลือกอย่างง่ายตามประมาณค่าสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศชายและเพศหญิง ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 45.8 และ 54.2 กลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 45-53 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 56.7 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงาน มากกว่า 5 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60 ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในการดำเนินงานและการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.7 เคยมีประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 75.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ความเข้าใจในหลักการวัตถุประสงค์ ภาวะเบี้ยของนโยบายกองทุนฯ การรับรู้ผลประโยชน์กองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นและบทบาทของคณะกรรมการ การรับรู้โครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.05)

คำสำคัญ : การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิถีใหม่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือพื้นที่

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

² นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study that aims to study the factors related to the efficiency of health security fund management under the Coronavirus 2019 pandemic in the New normal adaptation. There are samples of 120 people in Khon Kaen local administrative organization area, which is a simple random sampling from an approximate ratio. The tools used are the questionnaire, and the data analysis which is statistics, percentage, median, the Spearman's rank correlation coefficient.

The result of the study found that male and female samples have a similar percentage which is 45.8% and 54.2% respectively. The samples aged around 45-53 year old is counted as 56.7%. Marriage is counted as 56.7%. Most of the samples are graduates with a higher degree than Bachelor's degree 56.7%. The sample's duration of working in the agency for more than 5 years is 60%. The samples who have working experiences in the field of work operation and the management of health security fund for more than 5 years, is counted as 56.7%. The sample who have experience in training about the management of Local insurance funds for the past year is counted as 75.8%. The analysis of the relation found that the cognition of the objective, rules of the fund's policy, the cognition of the benefits of the Health Security Fund within the local or area level and the roles of the council, the cognition of the organization's structure, the management, overall operation, and the fund innovation, are significantly related to the efficiency of the roles of local administration and fund management's performance under Coronavirus 2019 pandemic at .05 level (p-value < 0.05).

Keywords: Management, Health Security Fund within Local or Area Level, Coronavirus 2019, New Normal, Local Administrative Organization Area

บทนำ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (The Community Health Security) หรือเรียกกันทั่วไปว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” นั้น นับว่าเป็นนวัตกรรมที่สำคัญและ มีความจำเป็นในระบบสุขภาพของประเทศ ในการมีส่วนร่วม (inclusion) ในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วน (Stakeholders) โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.; Local government organization) เป็นกลไกที่สำคัญในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ (Health insurance system) มีการประสานงานหน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ที่จะต้องได้รับการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และรักษาพยาบาล¹ เป็นการบูรณาการการทำงานเชิงนโยบายร่วมกันทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน และภาคประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen Centric Government)² เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีประกาศเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในประเทศไทยมีจำนวนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล รวมทั้งสิ้น 7,776 แห่ง ซึ่งในปีแรกมีองค์การบริหารส่วน

ตำบลและ เทศบาลนำร่องจากทุกอำเภอ จัดตั้งกองทุนรวมจำนวนทั้งสิ้น 888 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.423³ และในปี พ.ศ. 2557 มีการจัดตั้งกองทุนเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น 7,759 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 99.78 และในขณะนั้นประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 57 ล้านคน พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 437,000 โครงการ^{4,5}

จังหวัดขอนแก่น ได้เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เมื่อปี 2549 โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมนำร่องอย่างต่อเนื่องทุกปีและในปี 2554 สามารถดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ 26 อำเภอ มีกองทุนรวมทั้งหมด 224 กองทุน (เทศบาลนครขอนแก่น 1 แห่ง เทศบาลเมือง 3 แห่ง เทศบาลตำบล 63 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 157 แห่ง) จากการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน พบว่า ทุกพื้นที่ส่งโครงการกองทุนฯ ครอบคลุม 5 ประเภท รวมทั้งหมด 6,049 โครงการ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในปี 2564 พบว่า สถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีมาตรการควบคุมโรคที่เข้มงวดเป็นสาเหตุให้โครงการกิจกรรม ที่ได้รับอนุมัติก่อนเกิดสถานการณ์ไม่สามารถดำเนินงานได้และ มีการปรับมาเป็นการดำเนินกิจกรรมควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปลายไตรมาสที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ บ่อย ทำให้ไม่เข้าใจระบบและ ระเบียบการดำเนินงาน การบันทึกข้อมูลในระบบไม่เป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายเงินไม่เป็นปัจจุบันทำให้การบริหารจัดการและประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนฯ ลดลง สอดคล้องกับโครงการประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) โดยหน่วยงานภายนอก ปี 2564 พบว่า มีปัญหาการบริหารจัดการบางแห่งยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดการประสานความร่วมมือที่ีระหว่าง บุคลากรสาธารณสุข กับ

ฝ่ายท้องถิ่นไม่มีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการงบประมาณการเบิกจ่าย งบประมาณล่าช้า ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการ ขาดเจ้าภาพหรือผู้รับผิดชอบ แผนงานโครงการที่ชัดเจน⁽⁶⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กร ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ กองทุน ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน ปัจจัยด้านผู้นำ ปัจจัยด้านการจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านความสามารถแก้ไขปัญหาของกองทุน ด้านการบรรลุความมุ่งหมายของกองทุน และ ด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม⁷⁻⁹ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของจังหวัดขอนแก่น มีหลายพื้นที่ประสบผลสำเร็จสามารถบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานได้อย่างราบรื่น แต่ยังมีหลายพื้นที่ ๆ มีอุปสรรคและ ปัญหาในการดำเนินงาน ซึ่งยังไม่มีหลักฐานที่ยืนยันว่ามีปัจจัยอะไรบ้างมาเกี่ยวข้องและ ที่ผ่านมายังไม่มีรายงานการสำรวจข้อมูลการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของจังหวัดขอนแก่นในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และในบริบทการปรับตัวพฤติกรรมตามแบบวิถีใหม่ (New normal) ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาที่ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานกองทุนฯ ให้มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ต่อประชาชนและองค์กร ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

หรือพื้นที่ ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทการปรับพฤติกรรมตามแบบวิถีใหม่ (New normal) ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (A cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้คณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของทุกอำเภอและ ทุกตำบลทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 139 แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน 76 แห่ง เทศบาลเมือง จำนวน 6 แห่ง เทศบาลนคร จำนวน 1 แห่ง รวมทั้งหมดจำนวน 224 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการทดสอบสมมติฐานสองกลุ่มอิสระ¹⁰

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}}{Z_{(r)}} \right)^2 + 3$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เมื่อกำหนด α -error ที่ระดับความเชื่อมั่น $1-\alpha$ เท่ากับ 0.05 (two-tail); $Z_{0.025} = 1.96$

Z_{β} = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เมื่อกำหนด β -error (อำนาจการทดสอบ $1-\beta$) กำหนด β -error เท่ากับ 0.10 (one-tail); $1 - \beta = 0.90$

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการศึกษาของ รัตนศักดิ์ ยี่สารพัฒน์ และคณะ¹¹ = 0.30

การสุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มเลือกอย่างง่ายตามประมาณค่าสัดส่วน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับสลากตัวแทนกลุ่มจำนวนที่กำหนดจนได้ขนาดตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร โดยเกณฑ์คัดเข้า

(Inclusion criteria) คือ 1) คณะกรรมการกองทุนฯ ผู้ได้รับมอบหมายงานปฏิบัติหน้าที่แทน 2) คณะกรรมการต้องปฏิบัติงานในอปท. อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการกองทุนอย่างน้อย 6 เดือน 3) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ย้ายที่ปฏิบัติงานในระหว่างเก็บข้อมูล หรือ หมดวาระ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มี 5 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในหลักการวัตถุประสงค์ กฎระเบียบของนโยบายกองทุนฯ เป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 16 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 16 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้แนวคิดของบลูม¹² คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่ามีความรู้ในระดับดี ส่วนที่ 3 การรับรู้ผลประโยชน์กองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นและบทบาทของคณะกรรมการ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบ rating scale โดยมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ รับรู้มาก รับรู้ปานกลาง ระดับน้อย และ ไม่รับรู้ คะแนนเต็ม 64 คะแนน คะแนนเกณฑ์การแปลผลใช้แนวคิดของบลูม¹² คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือ ว่ามีการรับรู้ในระดับดี ส่วนที่ 4 การรับรู้การประเมินโครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบ rating scale โดยมีมาตรวัด 4 หน่วย คือ รับรู้มาก รับรู้ปานกลาง ระดับน้อย และ ไม่รับรู้ คะแนนเต็ม 84 คะแนน คะแนนเกณฑ์การแปลผลใช้แนวคิดของบลูม¹² คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่ามีการรับรู้ ในระดับดี ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบ rating scale โดยมีมาตรวัด 3 หน่วย คือ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ ไม่ทราบ คะแนนเกณฑ์การแปลผลใช้แนวคิดของบลูม¹² คือ มีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือ ว่า

มีการปฏิบัติในระดับดี การตรวจสอบคุณภาพ โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้ (Try out) กับอปท. ในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder Richardson-20 (KR-20) และการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ ส่วนที่ 2 ความรู้ ค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.89 ส่วนที่ 3 การรับรู้ผลประโยชน์กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและบทบาทของคณะกรรมการ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ส่วนที่ 4 การรับรู้การประเมินโครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล นำเสนอค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ เนื่องจากการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Non Parametric Statistics โดยทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Correlation Coefficient: r_s) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับโรงพยาบาล

ขอแนบ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย COA 030/2565
REC 022/2565

ผลการศึกษา

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 45.8 และ 54.2 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 45-53 ปี จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 54-59 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 สถานภาพสมรส จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60 ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในการดำเนินงานและการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือเป็นผู้รับผิดชอบงานกองทุนฯ หรือเป็นผู้รับผิดชอบ/เขียนโครงการมากกว่า 5 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 75.8

2. **ระดับความรู้ การรับรู้ และ การปฏิบัติของคณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019**

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจในหลักการวัตถุประสงค์ กฎระเบียบของนโยบายกองทุนฯ คณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 94.2 ระดับการรับรู้ผลประโยชน์ กองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นและบทบาทของคณะกรรมการ ส่วนใหญ่มีคะแนน อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 96.7 การรับรู้โครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน ส่วนใหญ่มีคะแนน อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ

94.2 การปฏิบัติในบทบาทขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การ

แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่
1

**ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติของคณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบการ
ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (New normal)**

ตัวแปร	ระดับ(จำนวน/ร้อยละ)		
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ
- ความรู้ความเข้าใจในหลักการวัตถุประสงค์ กฎระเบียบของ นโยบายกองทุนฯ	113(94.2)	7(5.8)	0
- การรับรู้ผลประโยชน์กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับ ท้องถิ่นและบทบาทของคณะกรรมการ	116(96.7)	4(3.3)	0
- การรับรู้โครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการ ดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน	113(94.2)	7(5.8)	0
- การปฏิบัติในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการ บริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	73(60.8)	31(25.8)	16(13.4)

**3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ตัวแปรกับประสิทธิภาพ
การปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน กับประสิทธิภาพการ
ปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ
การบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรู้ความ

เข้าใจในหลักการวัตถุประสงค์ กฎระเบียบของนโยบาย
กองทุนฯ การรับรู้ผลประโยชน์กองทุนหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นและบทบาทของคณะกรรมการ
การรับรู้โครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการ
ดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน มีความสัมพันธ์
กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้	ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r _s)	P-value
- ความรู้ความเข้าใจในหลักการวัตถุประสงค์ ภาระเบี่ยงของนโยบายกองทุนฯ	0.20	0.028
- การผลประโยชน์กองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นและบทบาทของคณะกรรมการ	0.23	0.019*
- โครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผล การดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน	0.27	0.024

*p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ความรู้ความเข้าใจในหลักการวัตถุประสงค์ ภาระเบี่ยงของนโยบายกองทุนฯ และการรับรู้ประโยชน์กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการโครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุนกับ พบว่ามีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) อภิปรายได้ว่า จากผลการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ระดับความรู้ การรับรู้ผลประโยชน์กองทุน การรับรู้โครงสร้างขององค์กร การบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน และนวัตกรรมของกองทุน การปฏิบัติในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารกองทุนฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน เข้าใจหลักการและภาระเบี่ยงของกองทุน โดยปัจจัยด้านบุคลากรมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่¹³ แต่

เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีมาตรการควบคุมโรคที่เข้มงวดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนน้อยลง ซึ่ง สปสช. เขต 7 ได้ให้นโยบายการทำงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ นโยบายการทำงานให้มีการทำงานแบบบูรณาการงานทั้ง 3 งานร่วมกัน ได้แก่ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุขภาพจิตและ ยาเสพติด และกลุ่มงานประกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ใช้งบประมาณร่วมกัน และเพื่อใช้งบประมาณให้มีเงินคงเหลือน้อยที่สุด แต่ให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์กับประชาชนทุกสิทธิมากที่สุด โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁴ และ ผลการศึกษาที่ค้นพบในงานวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดขอนแก่นเป็นการบริหารจัดการภายใต้ช่วงสถานการณ์ฉุกเฉิน ระเบียบการดำเนินงานกองทุนฯ ไม่มีความชัดเจน ทำให้การใช้จ่ายงบประมาณล่าช้าผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ พิษณุ เพ็ชรกุล ที่พบว่า อุปสรรคในการนำนโยบายไป

ปฏิบัติในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า 1)การสื่อสารยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ 2) บุคลากรไม่เพียงพอ 3)ระเบียบไม่มีความชัดเจน 4)วัสดุไม่เพียงพอ 5)ความทับซ้อนด้านอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการแนวทางในการแก้ไขปัญหา¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชุมผู้แทนของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นฯ ทุกแห่ง โดยคณะกรรมการสนับสนุนวิชาการและติดตามประเมินผลกองทุน เพื่อกำกับ ติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และอนุกรรมการกองทุน

3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานกองทุนฯ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการนำระบบโปรแกรมใหม่มาใช้งานบันทึกข้อมูล

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในการพัฒนาแนวทางเสริมสร้างประสิทธิภาพศักยภาพกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องงานวิจัยนี้ทุกท่าน และกลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงบรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. ดวงพร เพชรคง. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554 สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2557. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565]: เข้าถึงจาก: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/download/article/article_20181012152816.pdf.
2. วายุภักษ์ ทาบุญมา. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545: ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับสิทธิบริการสาธารณสุข: วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2556.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554: นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.localfund.org/files/No.2.pdf>
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561): กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2561.
6. รายงานสรุปจำนวนโครงการ และงบประมาณ แยกตามประเภทโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://obt.nhso.go.th/obt/home>.

7. อรุณศรี เทียนกิ่งแก้ว. ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2022;7(3):57 - 65.
8. วิลาสินี ว่องทรัพย์เจริญ, ปภาวดี มนตรีวัต และ รังสรรค์ ประเสริฐศรี. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุน ระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร. Modern Management Journal. 2013;9(1):69-77.
9. รุ่งเรือง แสนโกษา, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสมเจตน์ ภูศร. รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์). วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2557;8(2):200-16.
10. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง Sample Size Determination (อินเทอร์เน็ต). 2561 [สืบค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงจาก: https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf.
11. รัตนศักดิ์ ยี่สารพัฒน์, กฤษณ์ ขุนลิ้ม, ธนุย์สิริจัน สุขเสริม. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในเขตอำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวากาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 2559;3(1):82-99.
12. Bloom BS. Learning for mastery: Evaluation Comment (UCLA—CSIEP); 1968. 1-12 p.
13. สมบูรณ์ เพ็ญพิมพ์, อารี บุตรสอน. รูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเขต 10 อุบลราชธานี. วารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2022;5(1):46-55.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ.2561 – 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ.2565) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงจาก: https://stream.nhso.go.th/assets/portals/1/ebookcategory/81_Book_GovernmentActionPlan_NHSO/
15. พิษณุ เพ็ชรกุล. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการนำนโยบายการป้องกันและระงับโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลบางต้นเป็ด อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงจาก: http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2563_1629862446_6214832017.pdf.

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 โรงพยาบาลบ้านแพรง

Experience of professional nurses in caring for COVID-19 patients Banphraek Hospital

(Received: February 2,2023 ; Revised: February 9,2023 ; Accepted: February 10,2023)

ณัฐธันันท์ สังข์ประไพ¹

Miss Natthanant Sangprapai

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 โรงพยาบาลบ้านแพรง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ตามแนวคิดของ Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 คน และนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 2 คน เพื่อความเหมาะสมของแนวคำถาม และนำมาปรับปรุงประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง 3) แบบบันทึกภาคสนาม 4) แบบบันทึกการสะท้อนคิด และ 5) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการตีความของ van Manen ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามแนวทางของ Lincoln & Guba

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 โรงพยาบาลบ้านแพรง แบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) บุคลากรมีความรู้ความถนัด มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน 1.2) การเตรียมอุปกรณ์ที่เพียงพอ มีผลต่อความปลอดภัย และ 1.3) การบริหารอัตรากำลังที่ดี สถานที่ปลอดภัย เพื่อคนไข้และบุคลากร

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) การสื่อสารทำได้ยาก มีความลำบากในผู้สูงวัย 2.2) การเข้าถึงคนไข้ต้องใส่ชุด PPE ซึ่งร้อน อึดอัด ไม่ถนัดในการทำหัตถการ และ 2.3) การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ต้องวางแผนให้คนไข้ปลอดภัย

3. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) ต้องแยกจากครอบครัว เพราะกลัวการติดเชื้อ 3.2) เครียด วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ เพราะเป็นโรคอุบัติใหม่ไม่มีประสบการณ์ และ 3.3) น้อยใจ ไม่สบายใจ จากการถูกสังคามรังเกียจ

4. การสนับสนุนจากผู้บริหารในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 4.1) การมีสวัสดิการที่ดี มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม 4.2) คำชื่นชม ความสนใจและใส่ใจ เป็นขวัญกำลังใจที่สำคัญ และ 4.3) ช่วยแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ไม่ใช่ต่อว่าผู้ปฏิบัติงาน

5. บทเรียนที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 5.1) การทำงานเป็นทีม สามัคคี มีน้ำใจให้แกกัน 5.2) เอาชนะความกลัวด้วยการฝึกฝน จากประสบการณ์และการเรียนรู้ และ 5.3) เกิดความภาคภูมิใจในคุณค่าแห่งตนในบทบาทพยาบาล

คำสำคัญ: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยโควิด 19

¹ พว. โรงพยาบาลบ้านแพรง

Abstract

The purpose of this research was to describe experience of professional nurses in caring for COVID-19 patients in Banphraek Hospital. Hermeneutic phenomenology of Heidegger was applied as a research methodology. The participants were selected by purposive sampling of 10 professional nurses with direct experience in caring for COVID-19 patients. Data were collected by using in-depth interviews. The instruments were 1) the personal data record form, 2) the semi-structured interview form, created by the researcher and reviewed by 2 experts and taken in a pilot study with 2 qualified informants to determine the appropriateness of the question line and improve the questions before applying to practice, 3) the field record form, 4) the reflection record form, and 5) voice recorder 1 set. Data analysis followed van Manen's method. Trust worthiness was established by following Lincoln and Guba's criteria.

Study findings consisted of 8 major themes as follows:

1. The management of COVID-19 patients care including 1.1) Personnel are knowledgeable, intelligent, and have clear guidelines, 1.2) Sufficient equipment preparation affects safety and 1.3) Safe place management for patients and personnel.

2. Problems and obstacles in caring for patients with COVID-19 including 2.1) Difficulty in communication among elderly patients, 2.2) Access the patient must wear a PPE suit which is hot and cannot facilitate treatment and 2.3) There must be monitoring of changing symptoms and planning for patient safety.

3. The impact of caring for patients with COVID-19 including 3.1) Nurses had to be separated from their families for fear of infection, 3.2) Nurses are stressed about lack of confidence as COVID-19 is an emerging disease, and nurses are inexperienced and 3.3) Misunderstanding sentiment from stigma.

4. Executive Support in caring for COVID-19 patients including 4.1) Nurses want to have good welfare and appropriate compensation, 4.2) Nurses want to be praised for your attention as a morale booster and 4.3) Nurses need help with problems and do not scold operators

5. lessons learned from caring for COVID-19 patients including 5.1) There is teamwork, unity, and kindness to each other, 5.2) Overcoming fear through practice and learning process and 5.3) Self-esteem in the role of the nurse in caring for COVID-19 patients

Keywords: Experience of professional nurses in caring for COVID-19 patients, Professional nurse, COVID-19 patient

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID -19)เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการเริ่มต้นการแพร่ระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคมปีพ.ศ.2562 และขยายเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย องค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่าง

ประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำให้ทุกประเทศ เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ชนิดนี้ มีอัตราการระบาดและติดเชื้อได้ง่าย สามารถแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งผ่านทางฝอยละอองจากจมูกหรือปากของผู้ป่วย เมื่อได้รับเชื้อไวรัสเข้าไป เชื้อจะแบ่งตัวและเพิ่ม

จำนวนอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์ของเยื่อปอดอักเสบ จะทำลายเซลล์ในหลอดลมและปอด ทำให้ปอดอักเสบจนเซลล์ปอดตาย และมีผังพืดโดยเกิดขึ้นในเวลา 2-3 สัปดาห์หลังการเจ็บป่วย (Heymann, & Shindo, 2020) นอกจากนี้ยังสามารถก่อให้เกิดลิ่มเลือดในเส้นเลือดฝอยของปอดและส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดรุนแรง การหายใจล้มเหลว และผู้ป่วยถึงแก่กรรมในที่สุด (WHO, 2020) ในหลายประเทศทั่วโลก พบผู้ติดเชื้อรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งยังมียอดผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม การค้า สิ่งแวดล้อม ความมั่นคง และการดำรงชีวิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (ศบค.) เพื่อกำหนดมาตรการในการป้องกันการระบาดของโรค โดยมีมาตรการสำคัญคือความปลอดภัย มีเป้าหมายเพื่อไม่ให้มีผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่ให้มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ป้องกันไม่ให้ติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น สัดส่วนความต้องการการรักษาพยาบาล จำนวนเตียง กับความต้องการการเข้าถึงบริการ การขาดเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะวิกฤติในระบบสาธารณสุข มีการรายงานพบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจำนวนมากและเสียชีวิต ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 7 กรกฎาคม 2564 พบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจำนวน 1,064 ราย เป็นผู้ที่มีอาการป่วยจำนวน 491 ราย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่าความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้น บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย

น้อยลง การปฏิบัติงานที่ภาระงานมีจำนวนมากขึ้นทำให้เหนื่อยล้า อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การจัดการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลชุมชน เป็นหนึ่งในสถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยไปจนถึงอาการหนัก โดยผู้ที่มีอาการหนักจะถูกส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงได้มีการรับดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ด้วย

โรงพยาบาลบ้านแพรง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง(F3) ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โรงพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการระบาดของโรค โดยมีการปรับรูปแบบการให้บริการและกำหนดแนวทางอันประกอบด้วย การแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จุดคัดกรองด้านหน้าโดยพยาบาล และให้บริการแบบ One stop service การจำกัดช่องทางเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยง รวมทั้งมีการจัดการปรับระบบภายในโรงพยาบาล เช่น ปรับใช้ห้องพิเศษเพื่อรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จัดโซนในหน่วยงานผู้ป่วยใน เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 จัดให้มีการตรวจ ATK และ PCR ทั้งผู้ป่วยและญาติที่มาเฝ้าไข้ทุกรายก่อนการ Admit อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวทางการบริหารจัดการต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่มานอนรักษาตัว ก็ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเต็มอัตราครองเตียง

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ระบบการบริหารจัดการทรัพยากร และเป็นผู้ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วย ต้องเข้าไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองผู้ติดเชื้อ การเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด (Chen et al., 2020) เพื่อให้การจัดการผู้ป่วยติดเชื้อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคติดเชื้อโควิด 19 จำเป็นต้องมีแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ต้องมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน

ครอบคลุม ตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีความตระหนักและดูแลป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อ เพื่อป้องกันการนำเชื้อสู่ผู้ป่วย คนในครอบครัวและชุมชน อีกส่วนหนึ่งต้องเตรียมความพร้อมตลอดเวลา สำหรับการรับ-ส่งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน การทำงานภายใต้การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้พยาบาลมีการทำงานที่ยากลำบากมากขึ้น เนื่องจากการดูแลทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 มีความแตกต่างในการเข้าถึงและแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ต้องเป็นผู้เผชิญกับสิ่งคุกคาม (hazards) ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนาน ภาวะความบีบคั้นทางจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน การตีตราทางสังคม (stigmatization) (Barret & Heale., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shoja, et al. (2020) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อปริมาณงานของบุคลากรทางการแพทย์ของอิหร่าน โดยประเมินผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อปริมาณงานและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีภาระงานมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีการติดต่อกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในที่ทำงาน ($p < .001$) โดยพยาบาลมีคะแนนความกดดันทางจิตใจ ความกดดันทางกายภาพ ความกดดันด้านเวลา และความหงุดหงิดมากกว่า เมื่อเทียบกับงานอื่นๆ และพยาบาลยังมีภาระงานมากกว่า บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด ในขณะที่ขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (นพพล วิทยวรพจน์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลกระทบทาง

สุขภาพ และผลกระทบทางด้านจิตใจของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาล (Barrett & Heale, 2021; Nikeghbal, et al, 2021) หรือมุมมองของพยาบาลต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด 19 (Chen et al, 2020) รวมถึงมีการวิจัยประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในห้องแรงดันลบ (จินต์จุฑา รอดพาล, 2563) แต่ยังไม่มีการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด19 ท่ามกลางสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลบ้านแพรงได้เพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยสามัญจากกรอบเดิม 10 เตียงมาเป็น 24 เตียง และเพิ่มจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยโควิดอีก 22 เตียง ในขณะที่อัตรากำลังเจ้าหน้าที่คงเดิม พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยใน ต้องเตรียมความพร้อมและเตรียมตัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยโควิด19 ทั้งด้านการจัดอัตรากำลัง อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม และนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แล้ว การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ก็มีความสำคัญและจำเป็นไม่แพ้กัน ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน การถูกตีตราทางสังคม (stigmatization) และเนื่องจากการติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลจากบุคคลภายนอกทำให้เกิดการถูกรังเกียจจากสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคน โดยเฉพาะพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยใน

ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพรงระยะเวลากว่า 30 ปี และเป็นพยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยในระยะเวลากว่า 14 ปี ได้ปฏิบัติงานและร่วมอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีประสบการณ์ที่ไม่แตกต่างหรือคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล เห็นว่า ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ควรได้รับการถ่ายทอดโดยตรง ผ่านคำบอกเล่าของเจ้าของประสบการณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเชิงลึก เพื่อค้นหาและช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ไม่สามารถอธิบายหรือศึกษาผ่าน

การวิจัยเชิงปริมาณได้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด19 โรงพยาบาลบ้านแพรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger Phenomenology (1962)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในหน่วยงานผู้ป่วย มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview guideline)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการสัมภาษณ์และบันทึกเทปผู้ให้ข้อมูลครั้งละประมาณ 45-60 นาที ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยกำหนดสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เมื่อข้อมูลที่ได้เกิดการอิ่มตัว (Saturation) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการตีความของ van Manen (1990)

ผลการวิจัย

1. การบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เนื่องจากโรคโควิด19 เป็นโรคอุบัติใหม่ โรงพยาบาลได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ มีช่องทางในการสืบค้นความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลด้านการรักษา และดูแลผู้ป่วย มีการนำแนวทางการดูแลที่เป็นระดับกระทรวง ระดับจังหวัดมาประยุกต์เป็นแนวทางให้พยาบาลได้ศึกษาเรียนรู้ ร่วมกับการส่งบุคลากรพยาบาลไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และได้จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ดังคำให้สัมภาษณ์

“หน่วยงานเราจะมีการเรียนรู้ในเรื่องของโรคอุบัติใหม่ก็จะมีข้อมูลข่าวสารเข้าทั้งรพ. ทั้งเทคโนโลยี อย่างเช่นอินเทอร์เน็ตเรามีทุกคนเรามี line เรามีการแจ้ง เรามีสื่อต่างๆที่จะให้ข้อมูลเรื่องของโรคอุบัติใหม่เรื่อง Covid และการดูแล หรือแม้กระทั่งวงสาธารณสุขว่าจะให้ข้อมูลมาว่าเราก็ต้องดูแลแบบไหน”(พยาบาลรายที่ 1)

“เรามีแนวทางในการดูแลคนไข้โควิดนะคะ อย่างเรารับใหม่เข้ามาใหม่ คนไข้ติดเชื้อเราต้องวัดความดันทุกเท่าไร สังเกตอะไร วัดไข้ วัดออกซิเจนเหนื่อยไหม จัดท่านนอนอย่างไร และจะต้องวัดไข้ทุกเท่าไร เจาะเลือดทุกเท่าไร น้ำตาลเท่าไร รายงานหมออะไรอย่างไร จะมี guideline ของแต่ละโรคอยู่นะคะ”(พยาบาลรายที่ 2)

การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลคนไข้ให้พร้อมและมีเพียงพอ การจัดระบบป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร การฝึกทักษะในการปฏิบัติการด้านการใส่และการถอดชุดป้องกัน PPE และการมีแนวทางในการให้บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเองได้อย่างเหมาะสมตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่ง

ต่อความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและต่อตัวของบุคลากร
เอง ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“มีการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ต่างๆ
ที่ไว้ช่วยเวลาฉุกเฉิน หรือมีภาวะวิกฤตินะคะ เช่น
อุปกรณ์ให้ออกซิเจน แล้วก็อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ
อุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการป้องกันการ
ติดเชื้อ เราก็จะมีจัดเป็นเช็ตชุดโควิดเพื่อความ
ปลอดภัยของคนไข้คะ”(พยาบาลรายที่1)

การบริหารอัตรากำลังที่ดี สถานที่ปลอดภัย
เพื่อคนไข้และบุคลากร การจัดเตรียมทีมพยาบาล
เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพรงเป็นโรงพยาบาลชุมชน
ขนาด F3 ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่มี
พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคโควิด19 พยาบาลต้อง
ดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปและผู้ป่วยโรคโควิด 19 การ
วางแผนอัตรากำลัง การมอบหมายงานในทีม เพื่อการ
ดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม รวมถึงการใช้บุคลากรร่วมกับ
หน่วยงานอื่นในการเสริมอัตรากำลัง จึงเป็นเรื่องที่มี
ความจำเป็น ด้านการเตรียมสถานที่ในการรับดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ได้มีการจัดเตรียมห้องแยกโรค
สำหรับผู้ป่วยโควิด 19 โดยการประยุกต์ห้องพิเศษให้
เป็นห้องแยก Negative room มีการติดตั้งกล่องวงจร
ปิด และมีจอมอนิเตอร์สำหรับสังเกตอาการผู้ป่วย มี
การติดตั้งเครื่องเติมอากาศและเครื่องฟอกอากาศใน
ห้องทำงานของพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“พอรู้ว่าเริ่มมีคนไข้เยอะขึ้นในเขต
อำเภอ ในเขตจังหวัด ขึ้นแรกเลยตอนแรกของเรา
มีห้อง Negative pressureผู้อำนวยความสะดวกเริ่มทำห้อง
เพิ่มขึ้น เตรียมรับคนไข้ต่างๆ ในอำเภอเรายังไม่มีคนไข้
เลย เตรียมทำห้องเพื่อรองรับคนไข้โควิดโดยเฉพาะ”
(พยาบาลรายที่ 3)

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย
โควิด 19 การสื่อสารทำได้ยาก มีความลำบากในผู้สูงวัย
เนื่องจากผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่นอนพักรักษาตัวใน

โรงพยาบาลต้องอยู่ในห้อง Negative room การ
สื่อสารกับผู้ป่วยเป็นการใช้อุปกรณ์สื่อสารได้แก่
โทรศัพท์มือถือ และ intercom ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ
ล้วนมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย การรับรู้ ขาดความ
เข้าใจในการใช้เครื่องมือสื่อสาร โรงพยาบาลจึงได้มี
แนวทางที่จะให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวเข้ามา
มีส่วนร่วมในการดูแล หรือมีการบริหารจัดการโดยให้
ผู้สูงอายุอยู่กับผู้ป่วยโควิด19ที่มีความสามารถ มี
ศักยภาพในด้านการดูแลตนเอง ดังคำให้สัมภาษณ์
ต่อไปนี้

“คนไข้คนแก่บางคนหุติง แล้วเราก็เปิด
Mask คุยกับคนไข้ไม่ได้ คนไข้ก็ฟังเราไม่รู้เรื่อง บาง
คนก็อ่านหนังสือไม่ออก เราจะเขียนให้อ่านก็ไม่เข้าใจ
ตะโกนก็แล้ว ก็ไม่เข้าใจ ถ้าคนไข้ติดเตียง เขาก็มีคน
ที่มากับเขา เราก็จะเข้าไปช่วยด้วยช่วงเช้าช่วงเย็น
เวลาแบบว่าเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้า แต่ถ้าญาติเขาทำได้
เราก็ถามว่าขาดเหลืออะไรไหม จะให้ช่วยอะไรไหม”
(พยาบาลรายที่ 3)

การเข้าถึงคนไข้ต้องใส่ชุด PPE ซึ่งร้อน อึด
อัด ไม่ถนัดในการทำหัตถการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย
โควิด 19 พยาบาลต้องป้องกันตัวเองโดยการใส่ชุด
PPE ทำให้ไม่ถนัดในการทำหัตถการต่างๆ และ
เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก Negative room ซึ่ง
เป็นห้องที่เป็นห้องปิด อุณหภูมิค่อนข้างร้อน ในการ
เข้าไปดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ร้อน อึดอัด
หายใจไม่สะดวก เหงื่อออกมาก อ่อนเพลียจะเป็นลม
ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“การเข้าไปหาคนไข้ค่ะพี่เพราะว่าเขา
เป็นผู้ติดเชื้อแล้วเราเป็นคนเหมือนคนสะอาดแล้ว
ไม่ได้ติดเชื้อมันก็จะมีความยุ่งยากเพราะเราจะต้อง
แต่งชุดเข้าไปเปลี่ยนเสื้อผ้าเข้าไปตลอด และเวลาที่ใส่
ชุด PPE เนี่ยมันอึดอัดมาก หายใจก็ไม่ค่อยออก เวลา
จะใส่ก็ต้องระวังใส่ให้ถูกต้องเวลาจะถอดก็ต้องระวัง
ต้องมีสติตลอดและเราก็ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับ
คนไข้ได้ตามปกติค่ะ”(พยาบาลรายที่ 1)

การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ต้องวางแผนให้คนไข้ปลอดภัยโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องอยู่ห้องแยกซึ่งยากต่อการเข้าถึงในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรง ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะอวัยวะล้มเหลวและนำไปสู่การเสียชีวิต พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คนไข้ปลอดภัย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“จะต้องประเมินคนไข้ให้ได้ว่า คนไข้เนี่ยเขาเป็นอย่างนี้มีอาการระดับนี้ อย่างเช่นว่าออกซิเจนมีปริมาณเท่านั้นพอไหมสำหรับคนไข้รายนี้แล้วก็โรค และโรคแทรกอื่นๆ ระยะเวลาของการเป็น แล้วก็แนวทางที่เราจะดูแลต่อไปว่ามันจะต้องทำยังไงตามสเต็ป แล้วก็เตรียมพยาบาลผู้ดูแลการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมภาระงานอะค่ะ”(พยาบาลรายที่1)

3. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า จากการที่พยาบาลต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยโควิด 19 อย่างใกล้ชิด ก่อให้เกิดความกลัว การติดเชื้อโรคโควิด 19 และนำไปสู่และบุคคลในครอบครัว ทำให้พยาบาลต้องแยกจากครอบครัว ในช่วงแรกของการระบาดของโรคโควิด 19 พยาบาลมีความกลัว เครียด วิตกกังวล ทั้งในช่วงระยะก่อนการดูแล และระยะระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ พยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงของการได้รับเชื้อโควิด 19 ทำให้สังคมมีความกลัวต่อตัวบุคลากรเกิดการถูกตีตราจากสังคมดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“กลัวมากเพราะว่ามันเป็นโรคที่ติดเร็ว แพร่กระจายได้ง่ายแล้วก็รุนแรง ก็คือมีคนไข้ที่

เสียชีวิตจากโรคนี้ ก็กลัวเลยแหละคะเพราะว่าคือเรามีครอบครัวพี่น้องพ่อแม่เป็นคนแก่เนาะ หนูก็กลัวว่าจะพาไปติดเค้า แล้วก็คือข่าวแบบจากอัตราการเกิดในช่วงแรกๆอะมันสามารถที่จะตายได้ภายใน 2-3วันเลยอะคะ ก็ค่อนข้างกลัวมาก เลยอะคะพี่”(พยาบาลรายที่ 1)

“ตอนแรก เราก็ไม่ได้อะไรพอดีคิดว่า จะต้องไปจริงๆ เครียด ฉะนั้นจะต้องไปเจออะไร คนไข้จะมี

อาการอย่างไร”(พยาบาลรายที่ 3)

“ไปตลาดช่วงแรกๆ หนูต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเนาะ กลัวคนในตลาดมองแบบเหยียด ตัวแบบนี้มา ช่วงแรกๆ คนเดิน ตลาดจะมองหน้าหนูแปลกๆ เหมือนเขากลัวและไม่ค่อยทัก พูดคุยน้อยลง หลังๆ มาเขาก็ ok ก็ชวนคุย ทักปกติ เหมือนเขาก็เริ่มไม่กลัวแล้ว”(พยาบาลรายที่ 3)

4. การสนับสนุนจากผู้บริหารในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในการปฏิบัติงานพยาบาลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่กำหนด บุคลากรคือปัจจัยสำคัญที่จะทำให้งานสำเร็จหรือไม่ การได้รับการสนับสนุน การได้ขวัญกำลังใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“หนูอยากจะบอกว่า อยากให้มีอุปกรณ์ที่จะsaveตัวเองอะค่ะ ให้มีเยอะๆ พร้อมใช้งาน อย่างคิดว่ามันสิ้นเปลืองเราต้องประหยัด อย่างบางทีพี่บางคนก็จะบอกว่า ไปทำกับคนไข้แค่นี้ อันนี้ไม่ต้องใส่ก็ได้ อันนี้ก็แป๊บเดียวเอง นี่คือการละลายแนวทางปฏิบัติเนอะ ถ้าไม่เกิดอะไรขึ้นมันก็ดีไปแต่ถ้ามีเหตุเกิดขึ้น นั่นแสดงว่าเราก็ไม่ตระหนักที่จะทำตามแนวทางเอง เรื่องค่าตอบแทนกับค่าความเสี่ยงตัวนี้ อยากให้เขาเติมทีกะเรา มันเหมือนเหมือนขวัญกำลังใจอะค่ะ อยากได้ค่าตอบแทนเยอะให้คุ้มกับภาระงานและความเหน็ดเหนื่อยอะค่ะ ถ้าเราติดจากการทำงานขึ้นมาเนี่ย มันไม่คุ้มกัน ถ้าลงปอดเนี่ยไม่คุ้มเลยกว่าจะฟื้นตัวนานมาก ก็น่าจะมีสวัสดิการด้านอื่นเช่น ถ้าเรา

ติดโควิดจากการทำงานไม่คิดเป็นวันลา”(พยาบาลรายที่ 10)

“อยากให้คนอื่นรู้ว่าเราเหนื่อย เรามาทำงานเนี่ยเราดูแลคนไข้เยอะ อยากได้ค่าชมอะไรบ้าง อย่างนี้อะคะ อยากให้มีไปเยี่ยมที่ตึกประมาณนี้คะ แคร่รู้ว่าเราทำดีบ้างแค่นี้ก็น้องๆก็ดีใจแล้ว ไม่ใช่แบบว่าปล่อยปะละเลยเหมือนที่เจอ ประมาณนี้คะ”(พยาบาลรายที่ 5)

5. บทเรียนที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19
การทำงานเป็นทีม สามัคคี มีน้ำใจให้แกกัน พยาบาลทำงานเป็นทีมและมีองค์ความรู้ในเรื่องของการดูแลคนไข้ covid แล้วก็ใช้มาตรฐานการพยาบาลในการดูแลคนไข้ ทำให้รู้ว่าจริงๆแล้วไม่ควรที่จะต้องกลัวหรือว่าวิตกกังวลจนมากเกินไป พอเข้าไปสัมผัสจริงๆแล้วมันก็ได้ไม่กลัวอย่างที่คิดเพราะว่าสามารถที่จะดูแลตามแนวทางหรือว่ามีวิธีการป้องกันอยู่แล้วและควรตระหนักในเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพราะจะทำให้ทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพและไม่มีการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ทำให้เราเรียนรู้ว่าไม่ว่าเรื่องอะไร ที่มันเป็นปัญหาหนักหนา ไม่ว่าความกลัวใด ๆ ที่มันเกิดขึ้นกับเราๆ จะสามารถก้าวผ่านไปได้ บนองค์ความรู้บนมาตรฐานวิชาชีพ บนแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องแล้ว ก็เชื่อว่า ความกลัวทุกอย่างมันจะถูกจัดการได้ด้วยความรู้ ที่เรามี เพราะว่าบางที เราทำไปด้วยความไม่รู้เนี่ยเราก็เกิดเป็นความกลัว แล้วก็การทำซ้ำบ่อยๆ การที่เราได้ฝึกประสบ การณ์บ่อยๆ มันจะทำให้เรามีประสบการณ์แล้วก็มี ความมั่นใจที่เราจะดูแลคนไข้”(พยาบาลรายที่ 8)

“รู้สึกถึงความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลคนไข้โควิดที่อาการหนัก ไม่มีญาติดูแลถึงแม้ว่าโควิดเป็นโรคที่น่ากลัวแต่พวกเราก็สามารถดูแลคนไข้ได้อย่างปลอดภัยหายกลับไปอยู่ที่บ้านได้รับรอยยิ้ม คำชื่นชม รู้สึกภูมิใจมากคะที่เป็นพยาบาล”

สรุปและอภิปรายผล

1. การบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1) บุคลากรมีความรู้ ความถนัด มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เนื่องจากโรคโควิด19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียารักษาที่ชัดเจนหรือมีวัคซีนสำหรับป้องกันได้ และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในช่วงแรกยังไม่ชัดเจน มีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ ทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจในการดูแลรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sadati, et al. (2020) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การพยาบาลในช่วงการระบาดของโควิด 19 ในอิหร่าน พบว่า พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด และพวกเขาไม่มีประสบการณ์และทักษะในการรับมือกับโรคระบาดดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยและตัวบุคลากรเองปลอดภัย มีความมั่นใจในการดูแลรักษา ทางโรงพยาบาลได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ มีช่องทางในการสืบค้นความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลด้านการรักษาและดูแลผู้ป่วย มีการนำแนวทางการดูแลที่เป็นระดับกระทรวง ระดับจังหวัดมาประยุกต์เป็นแนวทางให้พยาบาลได้ศึกษาเรียนรู้ ร่วมกับการส่งบุคลากรพยาบาลไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อให้พยาบาลนำประสบการณ์ที่ได้มาประชุมร่วมกัน ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และได้จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และสามารถสืบค้นคว้าหาข้อมูลได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะได้รับข้อมูลที่มีความเป็นปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา และในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคติดต่ออุบัติใหม่ ควรต้องมีการติดตามสถานการณ์การระบาดอย่างต่อเนื่อง และทันกับเหตุการณ์ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะ ศักดิ์เจริญ (2015) พบว่า งานด้านการพยาบาลต้องมีการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ทำให้พยาบาลสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

1.2) การเตรียมอุปกรณ์ที่เพียงพอ มีผลต่อความปลอดภัย การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลคนไข้ให้พร้อมและมีเพียงพอ การจัดระบบป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร การฝึกทักษะในการปฏิบัติกรด้านการใส่และการถอดชุดป้องกัน PPE และการมีแนวทางในการให้บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเองได้อย่างเหมาะสมตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและต่อตัวของบุคลากรเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Catherine, et al. (2020) ที่พบว่า บุคลากรเน้นย้ำถึงความจำเป็นในเรื่องของการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ เนื่องจากยังมีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับทุกคน และความน่าเชื่อถือในคุณภาพของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

1.3) การบริหารอัตรากำลังที่ดี สถานที่ปลอดภัย เพื่อคนไข้และบุคลากร การจัดเตรียมทีมพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพรงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะ และไม่มีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคโควิด 19 พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไป และผู้ป่วยโรค โควิด 19 การวางแผนอัตรากำลัง การมอบหมายงานในทีม เพื่อดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม รวมถึงการใช้บุคลากรร่วมกับหน่วยงานอื่นในการเสริมอัตรากำลัง จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น ด้านการเตรียมสถานที่ในการรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ได้มีการจัดเตรียมห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 โดยการประยุกต์ห้องพิเศษให้เป็นห้องแยก Negative room มีการติดตั้งกล้องวงจรปิด และมีจอมอนิเตอร์สำหรับสังเกตอาการผู้ป่วย มีการติดตั้งเครื่องเติมอากาศและเครื่องฟอกอากาศในห้องทำงานของพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการจัดการทางการพยาบาลในช่วงภาวะวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การมีอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นครบถ้วนเพียงพอสำหรับการทำงาน และการมี

สถานที่เหมาะสม ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน (รุ่งทิวา พิมพ์สักระ, 2564)

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

2.1) การสื่อสารทำได้ยาก มีความลำบากในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องอยู่ในห้อง Negative room การสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นการใช้อุปกรณ์สื่อสารได้แก่ โทรศัพท์มือถือ และ intercom ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ล้วนมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย การรับรู้ ขาดความเข้าใจในการใช้เครื่องมือสื่อสาร ทำให้ต้องใช้บุคลากรเข้าไปให้การพยาบาลในทุกกิจกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การวัดไข้ การวัดออกซิเจนปลายนิ้ว การเช็ดตัว ดูแล การขับถ่าย การเปลี่ยนและซักเสื้อผ้า การให้อาหาร เป็นต้น โรงพยาบาลจึงได้มีการให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawatphol, et al. (2019) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัวดูแล เมื่อขาดความสามารถในการดูแลตนเอง

2.2) การเข้าถึงคนไข้ต้องใส่ชุด PPE ซึ่งร้อน อึดอัด ไม่ถนัดในการทำหัตถการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 พยาบาลต้องป้องกันตัวเองโดยการใส่ชุด PPE ทำให้ไม่ถนัดในการทำหัตถการต่างๆ และเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก Negative room ซึ่งเป็นห้องที่เป็นห้องปิด อุ่นหมกมึนค่อนข้างร้อน ในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ร้อน อึดอัด หายใจไม่สะดวก เหงื่อออกมาก อ่อนเพลียจะเป็นลม สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2020) ที่กล่าวว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 มีความเครียดด้านกายภาพ จากการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ทำให้เกิดความร้อน ส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำและอ่อนเพลียได้

2.3) การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ต้องวางแผนให้คนไข้ปลอดภัย โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องอยู่ห้องแยกซึ่งยากต่อการเข้าถึง ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรง ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะอวัยวะล้มเหลวและนำไปสู่การ

เสียชีวิต พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คนไข้ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim, et al. (2015) ที่มีการกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเน้นการเฝ้าระวังและการติดตาม การจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ของพยาบาลวิชาชีพ ต้องทราบถึงสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อ และโรคติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง มีการตื่นตัวในการเตรียมรับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา การศึกษาเรียนรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสามารถประเมินผู้รับบริการที่สงสัยมีอาการเจ็บป่วยของกลุ่มโรคดังกล่าว ทำการคัดกรองและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดการสูญเสีย ชีวิต ความพิการ และลดการแพร่กระจายเชื้อโรค พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการพยาบาลดูแลผู้ป่วย และมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรทีมสุขภาพ

3. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

3.1) ต้องแยกจากครอบครัว เพราะกลัวการติดเชื้อ ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า จากการที่พยาบาลต้องเข้าดูแลผู้ป่วยโควิด 19 อย่างใกล้ชิด ก่อให้เกิดความกลัวการติดเชื้อโรคโควิด 19 และนำไปสู่บุคคลในครอบครัว ทำให้พยาบาลต้องแยกจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ ศรีนทร์ทิพย์ ชวพันธ์ และคณะ (2564) ที่กล่าวว่า ผลกระทบของวิกฤตโควิด 19 ที่ส่งผลต่อพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลเป็นมนุษย์ธรรมดาที่มีความอ่อนแอ เพราะบาง มีความกลัวและท้อแท้ และมีคนที่รักเหมือนกับคนอื่นๆ แต่ภาวะวิกฤตเช่นนี้ พยาบาลต้องละทิ้งความรู้สึกเหล่านี้ทิ้งไป เพื่อปฏิบัติหน้าที่อันยิ่งใหญ่ ในฐานะบุคลากรวิชาชีพ เพื่อปกป้องประชาชน และประเทศชาติให้ผ่านพ้นวิกฤต

3.2) เครียด วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ เพราะเป็นโรคอุบัติใหม่ไม่มีประสบการณ์ ในช่วงแรกของการระบาดของโรค พยาบาลมีความกลัว เครียด วิตกกังวล ทั้งในช่วงระยะก่อนการดูแล และระยะระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Karimi, et al. (2020) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ในประเทศอิหร่าน พบว่า พยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 กำลังประสบปัญหาทางจิตใจและอารมณ์เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และผลการศึกษาบทบาทของความไม่แน่นอนในประสบการณ์ของพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ Nelson, et al. (2021) พบว่า พยาบาลได้สะท้อนประสบการณ์ด้านจิตใจ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล กลัว เนื่องจากขาดการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อสูง ส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบการศึกษาอีกมาก ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 พบว่าพยาบาลมีความเหนื่อยล้า วิตกกังวลกังวล มีความเครียด มีความกลัว และความเศร้า [He, et al. (2020), Schroeder, et al. (2020), Karimi, et al. (2020), Sadati, et al. (2020), Cengiz, et al. (2021), Ahmadi darrehsima, et al. (2022), Mokhtari, et al. (2022)]

3.3) น้อยใจ ไม่สบายใจ จากการถูกสังคมรังเกียจ ผลกระทบในด้านสังคม เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงของการได้รับเชื้อโควิด 19 ทำให้สังคมมีความกลัวต่อตัวบุคลากร เกิดการถูกตีตราจากสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลางในเกาหลีใต้ของ Kim (2018) พบว่า บุคลากรสุขภาพเกิดตราบาป (stigma) เนื่องจากได้รับการรังเกียจจากสังคม และถูกแบ่งแยกกีดกันในฐานะผู้ที่ทำงานใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ หรือความกลัวของบุคคลอื่น

ต่อบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ติดเชื้อ และ Sadati, et al. (2020) ได้ศึกษาประสบการณ์การพยาบาลในช่วงการระบาดของโควิด 19 ในอิหร่าน พบว่า พยาบาลบางคนมีประสบการณ์ถูกตีตราจากสังคม เนื่องจากพวกเขาคิดว่าพยาบาลเป็นพาหะและมีความเป็นไปได้ที่จะแพร่เชื้อไวรัส

4. การสนับสนุนจากผู้บริหารในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

4.1) การมีสวัสดิการที่ดี มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องของสวัสดิการและค่าตอบแทน ทำให้พยาบาลมีกำลังใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม (2020) ที่กล่าวว่า ควรจัดสวัสดิการดูแลทีม ทั้งที่พัก เสื้อผ้า และอาหาร เพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมั่นใจ และไม่วิตกกังวลว่าจะนำโรคไปแพร่ให้กับครอบครัว นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2) คำชื่นชม ความสนใจและใส่ใจ เป็นขวัญกำลังใจที่สำคัญ การดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นการดูแลเฉพาะทางที่แตกต่างกับผู้ป่วยโรคทั่วไป โรงพยาบาลบ้านแพรงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) มีอัตรากำลังพยาบาลน้อย ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นทำให้พยาบาลต้องทำงานด้วยความเหน็ดเหนื่อย การแยกจากครอบครัว บางครั้งเกิดความท้อแท้ หหมดกำลังใจในการทำงาน การได้รับคำชื่นชม ความสนใจและใส่ใจจากผู้บริหาร นั้นเป็นขวัญกำลังใจที่สำคัญ ให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกภาคภูมิใจถึงคุณค่าที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 การแสดงท่าทางที่ไม่สนใจไม่ใส่ใจของผู้บริหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนทำลายขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิดของพรนพ พุกกะพันธ์ (2552) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดี ซึ่งมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของบุคคล เช่น ลักษณะท่าทีและบทบาทของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน หากผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์อันดีกับลูกน้องและเข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกันย่อมจะทำให้บรรยากาศการ

ทำงานร่วมกันมีชีวิตชีวาและลูกน้องจะมีขวัญที่ดีและสอดคล้องกับแนวคิดของพนมวัน ชุ่มใจ (2554) ได้กล่าวว่า ขวัญและกำลังใจดีนั้น เกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะท่าทางและบทบาทของผู้นำหรือหัวหน้างานที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา สัมพันธภาพระหว่างกันของผู้บังคับบัญชา ความพึงพอใจในหน้าที่การงานที่ปฏิบัติอยู่

4.3) ช่วยแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ไม่ใช่ต่อว่าผู้ปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของพยาบาล ล้วนต้องพบกับปัญหาที่หลากหลายในแต่ละวัน พยาบาลแก้ปัญหาโดยส่วนหนึ่งปรึกษาหัวหน้าเวรหรือพยาบาลที่อาวุโสกว่า ส่วนหนึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยความคิดของตนเอง ซึ่งในสถานการณ์การระบาดนี้ บางครั้งอาจส่งผลให้มีความคิดแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน ในการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาไม่ควรต่อว่ากัน โดยเฉพาะเป็นการต่อว่าจากผู้บริหารโดยไม่ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิตา ปิ่นทองคำ (2556) เกี่ยวกับขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสามพราน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า สิ่งจำเป็นอันดับที่ 1 คือ หัวหน้าคอยดูแลเอาใจใส่ ช่วยแก้ปัญหาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน อันดับที่ 2 คือ หัวหน้างานยอมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมงาน อันดับที่ 3 คือ หัวหน้างานให้ความยุติธรรมแก่ลูกน้องทุกคนเท่าเทียมกัน อันดับที่ 4 คือ ได้รับการเอาใจใส่จากผู้บังคับบัญชา และอันดับสุดท้าย คือ หัวหน้างานให้ความไว้วางใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับมณฑนรรค์ ดิษฐสุวรรณ (2564) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 พบว่า ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย ประเด็นใหญ่และย่อย โดยในประเด็นสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์โควิด ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ผู้บริหารลงหน้างาน ให้คำปรึกษา และร่วมแก้ไขปัญหา และ 2)

ผลักดันการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการอื่นๆให้
ผู้ปฏิบัติงาน

5. บทเรียนที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19
ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

5.1) การทำงานเป็นทีม สามัคคี มีน้ำใจให้แก
กัน บุคลากรทางการแพทย์ที่ต่างความรู้
ความสามารถ มาปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19
ร่วมกัน การทำงานเป็นทีมจึงมีความสำคัญมาก
เนื่องจากในการปฏิบัติงานของพยาบาล ไม่สามารถ
ปฏิบัติงานเพียงลำพังได้ การร่วมใจกันปฏิบัติงานให้
บรรลุผลตามที่ต้องการ มีความปรองดองกัน ร่วมมือ
ช่วยเหลือเกื้อกูลมีน้ำใจให้แกกัน ร่วมคิด ร่วมทำ
ร่วมสร้าง เพื่อให้งานสำเร็จโดยยึดผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลาง จะช่วยให้ประสิทธิผลของการทำงาน
ออกมาดีที่สุด และสามารถปรับปรุงงานได้อย่าง
ต่อเนื่อง

5.2) เอาชนะความกลัวด้วยการฝึกฝน จาก
ประสบการณ์และการเรียนรู้ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโควิด
19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ พยาบาลทุกคนล้วนมีความ
กลัว มีความวิตกกังวล ดังนั้นการที่จะเอาชนะความ
กลัวได้ พยาบาลต้องฝึกหัดความรู้และฝึกฝนจน
เกิดความชำนาญ ดังจะเห็นได้ว่า เมื่อพยาบาลได้ดูแล
ผู้ป่วยไปได้สักระยะหนึ่ง จะเริ่มมีความคล่องตัวและ
ชำนาญมากขึ้น ความกลัวจะเริ่มลดลง สอดคล้องกับ
ทฤษฎีการสร้างความรู้และการเรียนรู้ จากการทำงาน
เป็นฐาน ที่กล่าวถึงการเรียนรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการ
ปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการ
เรียนรู้ และมีการสื่อสารข้อมูลซึ่งกันและกัน ในการ
ปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ได้ฝึกฝนจนสร้าง
ความรู้ความชำนาญด้วยตนเอง (Kaemmane, 2010)

5.3) เกิดความภาคภูมิใจในคุณค่าแห่งตนใน
บทบาทพยาบาล หลายครั้งที่พยาบาลมีความเหนื่อย
ล้า มีความเครียดจนนอนไม่หลับจากการดูแลคนไข้โ
วิด 19 แต่เมื่อได้เห็นคนไข้หายป่วยจากโรคและ
สามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย สิ่งเหล่านี้ทำให้
พยาบาลมีความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาลของ
ตน สอดคล้องกับ Schroeder, et al. (2020) ได้ศึกษา
ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโค

วิด 19 ที่ศูนย์การแพทย์ในเมืองทาง
ตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา พบว่า
พยาบาลเกิดความเครียดจากการต้องปรับตัวต่อการ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่หลังจากนั้น
พวกเขาจะเริ่มปรับตัวและเริ่มศึกษาข้อมูลเพื่อใช้ใ
การดูแลผู้ป่วย แม้ว่าพวกเขาจะกังวลเกี่ยวกับความ
เสี่ยงที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วย แต่ในทางกลับกัน
พวกเขารู้สึกภาคภูมิใจในบทบาทพยาบาล
เช่นเดียวกับ Cengiz, et al. (2021) ได้ศึกษาพฤติกรรม
และประสบการณ์ของพยาบาลในช่วงโควิด 19 ในการ
ระบาดใหญ่ในตุรกี ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์
ของพยาบาลในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด 19
พยาบาลมีความเครียดจนนอนไม่หลับจากการทำงาน
เนื่องจากกลัวความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ พยาบาลเกิด
ความเหนื่อยล้าจากการใส่และถอดชุด PPE แต่จาก
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกภูมิใจ
ในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาล ควรมีการเตรียมความ
พร้อมของบุคลากร ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะ
ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือวิกฤตที่เกิดขึ้น โดยสามารถนำ
ผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำแนวทางการ
พัฒนา หรือปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ
มากยิ่งขึ้น และจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ
สำหรับการดูแลผู้ป่วยโควิด19 ให้แก่พยาบาล เพื่อ
เพิ่มความมั่นใจในการดูแล และให้การพยาบาลได้
อย่างมีคุณภาพ

2. ผู้บริหารการพยาบาล สามารถนำ
ผลการวิจัยไปใช้วางแผนในการบริหารงานด้านต่าง
ๆ ได้แก่ การจัดสรรอัตรากำลังของพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยโควิด19 การจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันสำหรับ
บุคลากร และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลคนไข้ให้พร้อม
และเพียงพอ

3. ในภาวะวิกฤต ผู้บริหารการพยาบาลควรให้
ความสำคัญกับการสร้างขวัญและกำลังใจ โดยมี
แนวทางที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การมีสวัสดิการอาหาร

เสื้อผ้า การได้รับคำตอบแทนที่เหมาะสม การลงแก้ไข
ปัญหาหน้างาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา
ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด

19 โรงพยาบาลบ้านแพรง ซึ่งอาจเหมือนหรือ
แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ดังนั้นควรมีการศึกษา
จากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาด
โรค ติดเชื้อโคโรนา 2019 ประเทศไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other05.pdf [5 ธันวาคม 2565]

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางด้านอาชีวอนามัยเพื่อป้องกันและดูแลบุคลากรสุขภาพที่
ทำงานสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในโรงพยาบาล. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

นพพล วิทย์วรพงศ์. (2563). COVID-19: การต่อสู้ในระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ไทยพับลิก้า.

พนมวัน ชุ่มใจ. (2554). ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหาร ส่วนตำบลในเขตพื้นที่
อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ
มหาวิทยาลัยราชภัฏ บ้านสมเด็จเจ้าพระยา.

พรนพ พุกกะพันธุ์. (2552). ภาวะผู้นำและการจูงใจ. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

มณฑนรดี ดิษฐสุวรรณ. (2564). ประสบการณ์ของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการพยาบาล
ผู้ป่วยโควิด 19. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

รุ่งทิพา พิมพ์สัณกะ. (2564). การจัดการทางการพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโร
นา 2019. วารสารพยาบาล 70(3): 64-71.

ศรินทร์ทิพย์ ขวพันธุ์, พนิดา เซ็นนันท์, และรัตนภรณ์ ธนศิริจิราพันธ์. (2564). พยาบาลกับการปฏิบัติด้วยน้ำใจ
ไมล์ที่สองในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19. วารสารสภาการพยาบาล 36(1): 5-17.

สาธารณสุข กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2546). ความเครียดคนไทย : การศึกษาระดับชาติปี 2546. กรุงเทพฯ: ปี
ยอนด์ พับลิชชิง.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งช
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Barrett, D., & Heale, R. (2021). COVID-19: Reflections on its impact on nursing. Evidence Based Nurses.
24(4): 112-113.

Catherine, H., Pauline M., Hannah, D., Mike, S., Claire, G., Andrew, B., Linda, M. B. (2020). Barriers
and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC)
guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. [online]
Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013582/full/th doi.org/10.1002/14651858.CD013582>. [10 December 2022]

- Cengiz, Z., Isik, K., Gurdap, Z., & Yayan, E.H. (2021). Behaviour and experiences of nurses during the COVID – 19 pandemic in Turkey: A mixed methods study. *Journal of Nursing Management*. 29(7): 2002-2013.
- Chen, S.C., Lai, Y.H., & Tasty, A.L. (2020). Nursing perspectives on the impacts of COVID-19. *Journal of Nursing Research*. 28(3): 1-5.
- Chen et al. (2020). Initiation of a new infection control system for the COVID-19 outbreak. *The Lancet Infectious Diseases*. 20(4): 397–398.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time* (J. Macquarie & E. Robinson, Trans.) New York: Harper and Row. (Original work published 1927)
- Heymann, DL, & Shindo, N. (2020). WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards. COVID-19: what is next for public health? *Lancet*. 22; 395(10224): 542–545.
- Kaemmane T. (2010). *Science of teaching pedagogy: Principles of knowledge for the effective learning process*. Chulalongkorn University printing. (inThai).
- Karimi Z, Fereidouni Z, Behnammoghadam M, Alimohammadi N, Mousavizadeh A, MirzaeeS. (2020). The lived experience of nurses caring for patients with covid-19 in Iran: A Phenomenological. *Risk Management and Healthcare Policy*. 13: 1271-78.
- Kim Y. (2018). Nurse's experience safe care for patients with Middle East respiratory syndromecoronavirus in South Korea. *American Journal of Infection Control*. 46:781-87.
- Mokhtari, R., Yaghoobzadeh, A., Abdi, K., Sajadi, M., Mitra Jaras, M., & Golitaleb, M. (2022). The Experiences of Nurses in Care Provision to COVID-19 Patients: A Qualitative Study. *Front Public Health*. 10, 766880.
- Nelson H, Hubbard N, Norman,K. (2021). The role of uncertainty in the experiences of nurses duringthecovid-19 pandemic: A phenomenological study. *Canadian Journal of Nursing Research*. 53(2):124-33.
- Sadati, A. K., Zarei, L., Shahabi, S Heydari, D. T.,Taheri, V., Jiriaei, R.,et al..& Lankaran, K. B. (2020). Nursing experiences of COVID-19 outbreak in Iran: A qualitative study. *Nursing Open*. 8(1):72-79.
- Sawatphol C, Pengpinit T, Senanikorn A and Srisuraphol W. (2019). Care for elderly Dependents in the NorthEast of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies*. Special Issue; 3: 388-405.
- Schroeder, K., Norfu, A. A., Travers, J. & Aliyu, S. (2020). Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study. *International journal of nursing studies advances*. 2: 10-15.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. Geneva: World Health Organization. World Health Organization. World Health Organization multicounty survey on COVID-19. [online] Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timelinecovid-19> [22 December 2022]

รูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์

A model for enhancing proper working posture according to ergonomic principles in the workplace in Kalasin Province.

(Received: February 20,2023 ; Revised: March 7,2023 ; Accepted: March 8,2023)

กัญญารัตน์ พรพนม¹

Kanyarath pornphanom

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ 2) ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และ 3) ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 214 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา 1) สภาพการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ สาเหตุการบาดเจ็บจากการทำงาน ปัญหาการยศาสตร์ที่พบบ่อย และความเสี่ยงต่อการป่วยออฟฟิศซินโดรม 2) ความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด 3) รูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การยศาสตร์คืออะไร ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ปัญหาการยศาสตร์ที่พบได้บ่อย อาการปวดเมื่อยไหล่และแขน อาการปวดเมื่อยหลังส่วนล่าง อาการปวดเมื่อยขาและหัวเข่า อุปกรณ์และเครื่องทุ่นแรง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และภาวะออฟฟิศซินโดรม 4) การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการก่อนและหลังการดำเนินงานพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม (ค่า t เป็นลบ)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสม, หลักการยศาสตร์

Abstract

This action research aimed to 1) Study the understanding of the ability to adjust appropriate working postures according to the principles of ergonomics in the workplace, 2) Study the form of enhancing appropriate working postures according to the principles of ergonomics in the workplace. in Kalasin Province, and 3) Study the effect of a model for enhancing proper working posture according to ergonomic principles in the workplace. in Kalasin Province The sample group was There were 214 employees working in enterprises in Kalasin Province. Data were collected by using a

¹ พว. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

questionnaire. qualitative data analysis using content analysis Quantitative data analysis Descriptive statistics were used: frequency, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics were Dependent t – test. The level of statistical significance was set at .05.

The results: 1) Working conditions of employees in the workplace in Kalasin province, namely causes of injuries at work. Common ergonomic problems and the risk of suffering from office syndrome. Overall and each aspect was at a moderate level. after operation Overall and each side were at the highest level. 3) The form of promoting appropriate working postures according to the principles of ergonomics in the workplace in Kalasin Province consisted of what is ergonomics? pathogenic factors Common ergonomic problems pain in the shoulders and arms lower back pain Leg and knee pain equipment and energy savings increase muscle strength 4) Comparison of the understanding of the ability to adjust the ergonomic working posture in the workplace before and after the operation found that there were significant differences. Statistically significant at the .05 level, where the mean scores after training were higher than before (negative t value).

Keywords: enhancing proper working posture, ergonomic principles

บทนำ

การยศาสตร์เป็นการจัดสภาวะแวดล้อมในการทำงาน ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับเครื่องมือ เป็นสหวิทยาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของมนุษย์ในระบบงานต่าง ๆ โดยมีองค์ประกอบรวมคือ สภาพแวดล้อมในบริเวณงาน อุปกรณ์และเครื่องมือในการปฏิบัติงาน และงานที่กำลังปฏิบัติ¹ การประยุกต์ใช้การยศาสตร์อย่างถูกต้องจะช่วยให้การออกแบบ สร้าง และปรับปรุงระบบงานมีความเหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานของมนุษย์มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้สถานประกอบกิจการมีผลกำไรมากที่สุด หรือผลผลิตมากที่สุดในระยะยาว ซึ่งอาจไม่ได้หมายความว่า สถานประกอบกิจการนั้นหาเงินได้มากที่สุด แต่อาจหมายความว่าผลเสียหายที่เกิดขึ้นจากการประกอบกิจการนั้นลดลง ซึ่งก็จะทำให้มีผลกำไรมากขึ้นเช่นกันซึ่งหลักทางการยศาสตร์ เป็นการพยายามปรับปรุงงาน ให้เข้ากับคน คือ ปรับงานให้ทุกคนทำได้ และในท้ายสุด คือ การปรับคนให้เข้ากับงาน หลักการทำงานทางการยศาสตร์นั้น เรามักคำนึงถึงการออกแบบเครื่องมือ และการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานเป็นเรื่องที่สำคัญ ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการยศาสตร์²

ปัญหาด้านการยศาสตร์ ที่พบได้บ่อยในสถานประกอบการ สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจาก 1) ตำแหน่งของร่างกายไม่เป็นธรรมชาติ เนื่องจากร่างกายจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อทำงานในจุดที่ร่างกายเราอยู่ในจุดศูนย์กลาง เมื่อตำแหน่งที่ร่างกายเป็นไม่เป็นธรรมชาติ ก็จะทำให้เกิดความเครียดของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และระบบโครงสร้าง ซึ่งจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก 2) การเคลื่อนไหวซ้ำๆ สำหรับพนักงานที่ทำงานในไลน์การผลิต หรือ พนักงานออฟฟิศ มักเจอปัญหาปวดหลัง ไหล่ ข้อมือ หรือบางครั้งก็เรียกว่า “ออฟฟิศซินโดรม” เป็นอาการบางเจ็บที่เกิดจากการทำงานทางท่าเดิมซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนาน ตั้งแต่การพิมพ์งาน การตอบรับโทรศัพท์ ไปจนถึงการหยิบของ หรือแม้กระทั่งตอกตะปู การใช้กล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องสำหรับการทำสิ่งเดียวส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความเครียด อาการเจ็บปวดสะสมกับร่างกายในที่สุด 3) การวางตำแหน่งของงานที่ไม่เหมาะสม การวางตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ทำให้ตำแหน่งของร่างกายขณะทำงานเบี่ยงเบนจากศูนย์กลางเป็นอย่างมาก จนร่างกายเสียสมดุลตลอดเวลาขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อลดลงและทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้กำลังมากยิ่งขึ้นในการทำงานให้

เสร็จ แรงที่เพิ่มขึ้นและประสิทธิภาพที่ลดลงนี้เองจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก ตัวอย่างของการวางตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมได้แก่ การงอ การเอี้ยว การยก และการบิดตัว และ 4) เคลื่อนไหวน้อยเกินไป มีงานวิจัยหลายชิ้นที่บ่งชี้ให้เห็นว่าเมื่อร่างกายอยู่ในสภาวะนิ่งเป็นระยะเวลานานพนักงานมีโอกาสได้รับบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อและกระดูกมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อและกระดูก การนั่งเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอาการบาดเจ็บต่อสุขภาพชนิดเรื้อรังได้ เช่น โรคอ้วนและโรคเบาหวาน จากข้อมูลผลการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี 2559 พบว่าประเทศไทยมีผู้มีงานทำ 38.3 ล้านคนเป็นแรงงานนอกระบบ 21.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 55.6 และที่เหลือเป็นแรงงานในระบบ 17.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.4 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดเป็นเรื่องอิริยาบถในการทำงาน (ท่าทางในการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดการอักเสบและผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย) ร้อยละ 46.8 รองลงมา มีฝุ่น ละออง ครั่น กลิ่น ร้อยละ 27.3 แสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ^{3,4,5}

จากการศึกษาสภาพการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า สาเหตุอาการบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ สภาพการทำงานไม่เหมาะสม เครื่องจักร เครื่องมือต่างๆ ที่มีขนาดไม่เหมาะสมกับขนาด สัดส่วนของร่างกายผู้ปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ทำด้วยท่าทางอิริยาบถที่ผิดธรรมชาติ ทำให้เกิดปัญหาการยศาสตร์ที่พบบ่อย ได้แก่ การประสบอันตรายจากการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก การประสบอันตรายจากท่าทางการทำงาน อาการเจ็บป่วยจากการเคลื่อนย้ายของหนัก อาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน และการยกวัสดุสิ่งของคนเดียว นอกจากนี้ยังพบ ความเสี่ยงต่อการป่วยออฟฟิศซินโดรม ได้แก่ การนั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานเกินไป ทำให้มีอาการปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ไหล่หลัง เอว อยู่เสมอ ระหว่างทำงาน ปวดเมื่อยจนต้องกินยาแก้ปวด

หรือไปนวดเพื่อให้หายปวด มีความรู้สึกตาพร่ามัว อ่านหน้าจอบ่อยครั้งระหว่างทำงานเป็นบางครั้ง

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสม ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ
2. ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึง เดือน ธันวาคม 2565 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 แห่ง 214 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพการทำงาน การกำหนดเนื้อหา การทบทวนเนื้อหา การประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปประเมินผล และถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ ⁶	
ผล	คะแนนเฉลี่ย แปล
เข้าใจมากที่สุด	4.21 – 5.00 มีความ
เข้าใจมาก	3.41 – 4.20 มีความ
เข้าใจปานกลาง	2.61 – 3.40 มีความ
เข้าใจน้อย	1.81 – 2.60 มีความ

1.00 - 1.80

มีความ

เข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอฆ้องชัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.929

ขั้นตอนการดำเนินงาน

รูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาวิเคราะห์สภาพการทำงาน ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. กำหนดเนื้อหาในการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. ทบทวนเนื้อหาเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ร่วมกับตัวแทนพนักงานให้เหมาะสมกับบริบท
4. ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ภายใต้เนื้อหา สาเหตุอาการ

บาดเจ็บจากการทำงาน ปัญหาการยศาสตร์ที่พบบ่อย การยกวัสดุสิ่งของคนเดียว ความเสี่ยงต่อการป่วย ออฟฟิศซินโดรม การป้องกันอาการปวดหลังและท่า กายบริหารง่ายๆ ในการป้องกันออฟฟิศซินโดรม

5. การติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการ เสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตาม หลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัด กาฬสินธุ์

6. สรุปประเมินผล และถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ของอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติพรรณนา ในการวิเคราะห์ความ เข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการ ทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถาน ประกอบการ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ ความเข้าใจต่อความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตาม หลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ ก่อนและหลัง ดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. สภาพการทำงานของพนักงานในสถาน ประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาสภาพ

การทำงานของพนักงานในสถานประกอบการใน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

1.1 สาเหตุอาการบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ สภาพการทำงานไม่เหมาะสมเช่น แสงสว่าง, เสียงดัง, อุณหภูมิ, ความสั่นสะเทือน, ความเร็วของ เครื่องจักร, งานซ้ำซากจำเจ อุปกรณ์ เครื่องจักร เครื่องมือต่างๆ ที่มีขนาดไม่เหมาะสมกับขนาด สัดส่วนของร่างกายผู้ปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ ทำด้วยท่าทางอิริยาบถที่ผิดธรรมชาติได้แก่งานที่ต้อง มีการบิดโค้งของข้อมือข้อแขน การงอศอก การจับ โดยเฉพาะนิ้วมือซ้ำ ๆ งานที่ต้องก้มศีรษะ ก้มหลังบิด เอี้ยวตัว เอื้อมหรือยกสิ่งของขึ้นสุดแขน

1.2 ปัญหาการยศาสตร์ที่พบบ่อย ได้แก่ การ ประสบอันตรายจากการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก การประสบอันตรายจากท่าทางการทำงาน อาการ เจ็บป่วยจากการเคลื่อนย้ายของหนักอาการเจ็บป่วย จากท่าทางการทำงาน และการยกวัสดุสิ่งของของ คน เดียว

1.3 ความเสี่ยงต่อการป่วยออฟฟิศซินโดรม ได้แก่ การนั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน ระหว่างทำงาน มักปวดเมื่อยบริเวณต้น คอ ไหล่หลัง เอว อยู่เสมอ ระหว่างทำงาน ปวดเมื่อย จนต้องกินยาแก้ปวด หรือไปนวดเพื่อให้หายปวด มีความรู้สึกตาพร่ามัว อ่านหน้าจอไม่ชัดระหว่างทำงาน เป็นบางครั้ง

2. ความเข้าใจต่อความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตาม หลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการก่อนการ ดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปาน กลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ใน ระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่ เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การยศาสตร์คือ อะไร ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ปัญหาการยศาสตร์ที่พบ ได้บ่อย อาการปวดเมื่อยไหล่และแขน อาการปวด เมื่อยหลังส่วนล่าง อาการปวดเมื่อยขาและหัวเข่า

อุปกรณ์และเครื่องทุ่นแรง เพิ่มความแข็งแรงของ
กล้ามเนื้อ และภาวะออฟฟิต ซินโดรม

เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ
ก่อนและหลังการดำเนินงาน

4. การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อ
ความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่
เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ด้าน 1	2.97	0.46	4.36	0.63	213	-32.583	-32.583	-1.47346	-1.30535
ด้าน 2	3.09	0.40	4.70	0.26	213	-41.759	-41.759	-1.69314	-1.54050
ด้าน 3	3.05	0.32	4.72	0.23	213	-54.481	-54.481	-1.73423	-1.61312
ด้าน 4	3.03	0.38	4.76	0.27	213	-44.819	-44.819	-1.80135	-1.64958
ด้าน 5	3.03	0.32	4.77	0.26	213	-48.339	-48.339	-1.81504	-1.67281
ด้าน 6	3.08	0.27	4.76	0.23	213	-53.684	-53.684	-1.74724	-1.62348
รวม	3.04	0.14	4.68	0.14	213	-111.655	-111.655	-1.66805	-1.61017

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจต่อ
ความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่
เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ
ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลัง
การอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม
(ค่า t เป็นลบ)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า สภาพการทำงานของ
พนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์
ได้แก่ สาเหตุอาการบาดเจ็บจากการทำงาน ปัญหา
การยศาสตร์ที่พบบ่อย และความเสี่ยงต่อการป่วย
ออฟฟิตซินโดรม และ ความเข้าใจต่อความสามารถใน
การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตาม
หลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการก่อนการ
ดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปาน
กลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ อรณิชา ยมเกิด
และคณะ (2557)⁷ ได้ศึกษาการประเมินและการ
ปรับปรุงภาระงานทางการยศาสตร์ในอุตสาหกรรมตี
มีด ผลจากการประเมิน RULA พบว่าท่าทางการ

ทำงานที่มีความเสี่ยงในท่าก้มไหล่ ยกแขน บิดเอี้ยว
ตัว เบี่ยงตัว ออกด้านข้าง ก้มหลังและวางขาไม่สมดุล
ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ในระดับ 4 ส่วนผลจาก
แบบสอบถามภาวะความไม่สบายในการทำงาน
พบว่าพนักงานรู้สึกไม่สบายในร่างกายส่วนไหล่ แขน
ส่วนบน และหลังส่วนกลาง/ล่างมากที่สุด โดยมีระดับ
ความไม่สบายเป็น 6, 5.4 และ 5 ตามลำดับ ดังนั้น
ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเนื้อหาและ ทบทวนเนื้อหา
เสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตาม
หลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัด
กาฬสินธุ์ร่วมกับตัวแทนพนักงานให้เหมาะสมกับ
บริบท ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพการ
ทำงาน การกำหนดเนื้อหา การทบทวนเนื้อหา การ
ประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างท่าทางการ
ทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถาน
ประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การ
อบรมให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การ
ติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปประเมินผล ถอด
บทเรียน และกำหนดเป็นโครงสร้าง ประกอบด้วย
การยศาสตร์คืออะไร ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ปัญหา
การยศาสตร์ที่พบได้บ่อย อาการปวดเมื่อยไหล่และ

แขน อาการปวดเมื่อยหลังส่วนล่าง อาการปวดเมื่อยขาและหัวเข่า อุปกรณ์และเครื่องทุ่นแรง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และภาวะออฟฟิต ซินโดรม สอดคล้องกันกับแนวความคิดเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสม^{3,8,9} ส่งผลให้ ความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการ หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ในสถานประกอบการก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม สอดคล้องกันกับการศึกษาของสุนิสา ชายเกลี้ยง และคณะ (2559)¹⁰ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับปรุงตามหลักการยศาสตร์ในพนักงานศูนย์บริการข้อมูลผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ สามารถทำให้ทั้งคะแนนและระดับของ CMDQ, ROSA และความเสี่ยงต่อการปวดคอไหล่ หลัง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ พนักงานส่วนใหญ่มีระดับ CMDQ ลดลง จากสูงสุดที่ระดับมากเป็นระดับปานกลาง และผู้ไม่มีอาการมีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวนพนักงานที่อยู่ในระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (ROSA) สูงมีจำนวนลดลง จากร้อยละ 53.8 เป็นร้อยละ 23.9 และที่ระดับความเสี่ยงต่อการปวดคอ ไหล่ หลัง ในระดับปานกลางและระดับสูง มีจำนวนพนักงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมวุฒิ ศรีอ่อนหล้า (2552)¹¹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสายสนับสนุนของสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ผ่านการคัดเลือกแบบเจาะจงตามพื้นที่และตามเกณฑ์ จำนวน 43 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ 1) แบบ

วิเคราะห์การยศาสตร์ 2) แบบสอบถาม 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ผลการประเมินการยศาสตร์ และการสนทนากลุ่ม โปรแกรมสุขศึกษามีการใช้กระบวนการทางการยศาสตร์เป็นรายบุคคลและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 6 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการอบรมให้ความรู้ ครั้งที่ 2 เป็นการใช้ตัวแบบเพื่อฝึกทักษะเกี่ยวกับท่าทางการนั่งทำงานและใช้คอมพิวเตอร์ที่ถูกต้อง การยืดกล้ามเนื้อระหว่างการทำงาน และ ครั้งที่ 3 เป็นการสรุปประเด็นที่ได้จากกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตทักษะการทำงานที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ dependent t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์แบบสามเส้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 42.2 ± 8.7 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีเวลาในการทำงานต่อวันเฉลี่ย 8.0 ± 1.3 ชั่วโมง ใช้คอมพิวเตอร์เฉลี่ย 4.7 ± 1.7 ชั่วโมงต่อวัน นั่งทำงานกับโต๊ะทำงานเฉลี่ย 3.4 ± 1.5 ชั่วโมงต่อวัน และผลการประเมินการยศาสตร์การทำงานในสำนักงาน ความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การปฏิบัติตัวในการทำงานที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และผลการสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรูตา มีธรรม (2562)¹² ได้ศึกษาการพัฒนาางกายภาพบำบัดเพื่อลดความผิดปกติของโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า 1) พนักงานคลังสินค้า 1.1) การประเมินท่าทางการทำงาน ด้วยเครื่องมือ REBA ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงาน พบว่า คะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานลดลงจากมากกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value = 0.033) 1.2) ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่า สมรรถภาพแรงบีบมือ สมรรถภาพแรงเหยียดขา และสมรรถภาพการงอตัว หลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายดีกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value = 0.014 , 0.025 และ 0.014) 2) พนักงานในสำนักงาน 2.1) การประเมินท่าทางการทำงาน ด้วยเครื่องมือ REBA ,ROSA ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงาน พบว่า คะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานลดลงจากมากกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value = 0.022) 2.2) ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่า สมรรถภาพแรงบีบมือ และสมรรถภาพแรงเหยียดขา หลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายดีกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value = 0.021 และ 0.026) ส่วน สมรรถภาพการงอตัวในพนักงานในสำนักงาน ที่ไม่มีความแตกต่าง (p -value = .059) 3. .ระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อก่อนและหลังการปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่าระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายในพนักงาน คลังสินค้ามีผู้ที่มีอาการไม่ปวดเลยเพิ่มขึ้น 3 คน พนักงานในสำนักงานไม่มีผู้ที่ไม่ปวดในระดับมากที่สุด ระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานคลังสินค้า และพนักงานสำนักงานน้อย

กว่าก่อนปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย มีนัยสำคัญทางสถิติ P -value เท่ากับ 0.002 และ 0.042 ตามลำดับ 4. ระดับความรุนแรงอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อก่อนและหลังการปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่าระดับความรุนแรงอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายน้อยกว่าก่อนปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งพนักงานในคลังสินค้า (p -value = 0.025) และพนักงานในสำนักงาน (p -value = 0.014)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ในสถานประกอบการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ควรมีการกำหนดเนื้อหาและทบทวนเนื้อหาเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ในสถานประกอบการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ร่วมกับตัวแทนพนักงานให้เหมาะสมกับบริบท ซึ่งในการศึกษานี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์สภาพการทำงาน การกำหนดเนื้อหาการทบทวนเนื้อหา การประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ในสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปประเมินผล และถอดบทเรียน และกำหนดเป็นโครงสร้าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ในสถานประกอบการ ในระยะยาวเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. Kroemer K. H. E H. B Kroemer and K. E Kroemer-Elbert.(1994). Ergonomics : How to Design for Ease and Efficiency. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
2. นริศ เจริญพร. (2543). การยศาสตร์, ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. กลุ่มอาชีพอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2560) แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี
4. กฤติธฤต ทองสิน.(2565). การยศาสตร์. ออนไลน์ แหล่งที่มา <https://bsru.net/การยศาสตร์/>
5. สุรศักดิ์ บุรณตรีเวช.(2554). โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน. ใน: อดุลย์ บัณฑุกุล, วรรณมา จงจิตรไพศาล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีพเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ราชทัณฑ์;2554. หน้า 845-865.
6. Best, J.W. (1981). Research in Education. New Jersey: Prentice – Hall.
7. อรณิชา ยมเกิด.(2557). การประเมินและการปรับปรุงภาระงานทางการยศาสตร์ในอุตสาหกรรมตีมีด. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557
8. จตุรงค์ ทองดารา, ทนงค์ศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และสุกัญญา เจริญวัฒน์. (2558). ผลของการบริหารร่างกายโดยใช้ยางยืดเพื่อพัฒนาความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบนในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม.วารสารบทความกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 1(6), 101-113.
9. ธีระศักดิ์ อาภาวัฒนาสกุล. (2552). หลักวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. สุนิสา ชายเกลี้ยง,และวรรณ ภูชาดา. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับปรุงตามหลักการยศาสตร์ ในพนักงาน ศูนย์บริการข้อมูล. ศรีนครินทร์เวชสาร, 31,325-31.
11. เฉลิมวุฒิ ศรีอ่อนหล้า และคณะ. (2553). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์: กรณีศึกษาในบุคลากรสายสนับสนุน สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 22, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 167-178
12. ตรูตา มีธรรม. การพัฒนางานกายภาพบำบัดเพื่อลดความผิดปกติของโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 2562

ความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Prevalence of post-COVID-19 post-infection in patients with a history of coronavirus disease 2019 infection.

(Received: February 8,2023 ; Revised: February 8,2023 ; Accepted: February 10,2023)

ภุชงค์ วงศ์หิรัญรัตน์¹

Phuchong Wonghiranrat

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส เป็นการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่ายในผู้ป่วยมีประวัติติดเชื้อโควิด 19 และเข้ารับการรักษาระบบ HOME ISOLATION ของโรงพยาบาลตากใบ จำนวน 325 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า ร้อยละ 80.92 อาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 42.77 อาการผมร่วง ร้อยละ 39.38 อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 37.23 อาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 31.69 และ เพศ อายุ BMI โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนโควิด 19 และความรุนแรงของโรค มีผลต่อภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

คำสำคัญ ความชุก, ภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstracts

This research aimed to study the prevalence and factors affecting post-COVID-19 infection among patients with a history of corona virus infection 2019 in Tak Bai District, Narathiwat Province. It was a cross-sectional analytical study. A simple random sampling group of 325 patients with a history of COVID-19 infection and admitted to the HOME ISOLATION system of Tak Bai Hospital were collected. Data were collected by interview form. Data were analyzed using Multiple Logistic regression statistics at a significance level of 0.05.

The results showed that the prevalence of symptoms after infection with COVID-19 that were common were fatigue, fatigue 80.92%, insomnia 42.77%, hair loss 39.38%, headache 37.23%, chest pain 31.69%, and gender. Age, BMI, comorbidities, COVID-19 vaccination, and disease severity. Has a statistically significant effect on the condition after infection with COVID-19 at 0.05

Keywords: Prevalence, post-COVID-19 infection, coronavirus disease 2019

¹ โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019; COVID-19) อย่างรวดเร็วและกระจายไปหลายประเทศทั่วโลก เป็นเหตุให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern; PHEIC)¹² ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสนี้จะมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย หายใจถี่ หายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีน้ำมูก เป็นต้น หรือในบางรายมีอาการรุนแรงปอดบวมหรือหายใจลำบากร่วมด้วย รายงานจากองค์การอนามัยโลกพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 3.4 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการระบาดและความพร้อมของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ และผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ¹²

ลองโควิด (Long Covid) หรือ Persistent Post-Covid Syndrome (PPCS) คือ อาการหรือกลุ่มอาการแสดงผิดปกติที่ยังคงแสดงอยู่ต่อเนื่อง หรืออาการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ส่วนมากตั้งแต่ 3 เดือน นับจากวันตรวจพบเชื้อ และมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ⁴ อาการลองโควิดที่สำคัญได้แก่ อาการภาวะเหนื่อยล้า-อ่อนเพลีย ร้อยละ 47 หอบเหนื่อยร้อยละ 22 นอนไม่หลับร้อยละ 36 วิตกกังวลร้อยละ 23 ผนังร้าวร้อยละ 22 และหลงลืมร้อยละ 24 (NICE, 2020) ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะ Long COVID ที่ชัดเจน มีเพียงสมมติฐานที่คาดว่าอาจเกี่ยวข้องกับ fragments of viral genome or viral antigens ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแล้วแต่

สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภาวะการอักเสบในระบอบต่างๆ ของร่างกาย ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ Long COVID ยังไม่ทราบแน่ชัด มีเพียงข้อสังเกตว่ามีปัจจัยที่พบได้ในหลาย ๆ การศึกษา อาทิ เพศหญิง อายุมาก ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว มีอาการมากกว่า 5 อาการในช่วง 1 สัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคมักในระยะแรก เป็นต้น

ภาวะ Long COVID ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน บั่นทอนคุณภาพชีวิต ไม่สามารถใช้ชีวิตหรือทำงานได้ตามเดิม ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรงมีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนในระบบการหายใจในระยะยาวของโรคโควิด 19 ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อตึงตัวในปอด และปอดเป็นพังผืด ภาวะ Long COVID และภาวะแทรกซ้อนระยะยาวทางระบบการหายใจจากโรคโควิด 19 และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าในประเทศไทยมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่อนข้างน้อย เนื่องจากเป็นโรคที่อุบัติใหม่ และในจังหวัดนราธิวาสก็ยังไม่มีการทำวิจัยในเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เพื่อเป็นข้อมูล และสามารถวางแผนการให้บริการประชาชนที่มีประวัติติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้ ในระยะที่เข้าสู่โรคประจำถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยยาวนาน ได้แก่ การเปิดให้บริการ Long covid clinic เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนในระบบ HOME ISOLATION ของโรงพยาบาลตากใบ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนเมษายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) และศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ในการจัดการโรคโควิด-19 อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลตากใบ และเข้ารับการรักษาในระบบ HOME ISOLATION ของโรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 325 คน โดยมี เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยืนยันผลคิดเชื้อด้วยการทำ RT-PCR 2) เข้ารับการรักษาในระบบ HOME ISOLATION ของโรงพยาบาลตากใบ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนเมษายน 2565

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ขณะติดเชื้อหรือภายหลังการติดเชื้อ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ 3) ผู้ป่วยไม่ประสงค์ให้ข้อมูล 4) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์เพื่อประกอบการสัมภาษณ์อาการภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน ความรุนแรง

ส่วนที่ 2 อาการภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะเมื่อยล้าจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน mMRC (Modified Medical Research Council; mMRC) ฉบับภาษาไทย Dyspnea Scale เป็นมาตรวัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยให้ผู้ป่วยเลือกความรู้สึกเหนื่อยว่าอยู่ในระดับใดตามตัวเลขจากน้อยไปมากเพียงข้อเดียว คะแนนน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน คะแนนมากที่สุดคือ 4 คะแนน วินิจฉัยว่ามีการเมื่อยล้าจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน mMRC > 2 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด ST-5

ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม

ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 อาการภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 และส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะเมื่อยล้าจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ข้อคำถามแต่ละข้อได้ค่า IOC = 0.67-1.00 ซึ่งมีความมากกว่า 0.5 ถือว่ามีความสอดคล้อง และได้ปรับสำนวนของภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ภาวะเมื่อยล้าหลังการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Post-exertional malaise, PEM) โดยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับไปศึกษานำร่อง (Pilot study) ใช้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มสำนวนร่องในสัดส่วนใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจริง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ได้หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ค้นหาข้อมูลประวัติการรักษา โรคประจำตัว
เดิมของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งจากฐานข้อมูลเวช
ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ รพ. ตากใบ
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในรูปแบบการสัมภาษณ์ทาง
โทรศัพท์ เพื่อสอบถามติดตามอาการทางโทรศัพท์ โดย
ผู้ป่วยที่ไม่รับสายเกิน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 วัน ติดสายหรือไม่
สะดวกให้สัมภาษณ์ จะยกเลิกการติดตามผู้ป่วยราย
นั้น และส่งผู้ป่วยใหม่ เมื่อได้ครบตามขนาดตัวอย่างที่
ต้องการแล้วยุติการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
3. ตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล
โดยผู้วิจัย และนำวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลังจาก
การติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโค
โรนา 2019 ใช้ multiple logistic regression
กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ
0.05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
จำนวน 201 คน ร้อยละ 61.85 เพศชาย จำนวน 124
คน ร้อยละ 43.75 อายุเฉลี่ย 38.28 ปี (S.D.=14.01)
อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 71 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 20-30
ปี จำนวน 122 คน ร้อยละ 37.54 ส่วนใหญ่ มี BMI
ปกติ จำนวน 165 ร้อยละ 50.77 โดย BMI เฉลี่ย 21.88
ปี (S.D.=2.88) BMI ต่ำสุด 14.38 ปี สูงสุด 29.41 ปี

ประวัติมีโรคประจำตัว จำนวน 148 คน ร้อยละ
45.53 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน
ร้อยละ 4.92 เบาหวาน จำนวน 73 ร้อยละ 22.4
โรคหัวใจ จำนวน 16 คน ร้อยละ 4.92 โรคหลอดเลือด
สมอง จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.31 โรคต่อมไทรอยด์
จำนวน 7 คน ร้อยละ 2.15 โรคหอบหืด จำนวน 47 คน

โรคเมร็ง จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.31 และโรคอื่น ๆ
จำนวน 4 คน ร้อยละ 1.23

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับวัคซีน เข็มที่
3 จำนวน 146 คน ร้อยละ 44.92 ความรุนแรงของการ
ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ มีอาการเล็กน้อย จำนวน 236 คน
ร้อยละ 72.61

ความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19
พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการที่พบบ่อยมากที่สุด 5
อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ อาการเหนื่อย
อ่อนเพลีย อ่อนล้า ร้อยละ 80.92 อาการนอนไม่หลับ
ร้อยละ 42.77 อาการผื่นร่วน ร้อยละ 39.38 อาการ
ปวดศีรษะ ร้อยละ 37.23 อาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ
31.69 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด
19 อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

ลำดับ	ภาวะของผู้ป่วยหลัง ติดเชื้อโควิด-19	จำนวน (n=325)	ร้อยละ (100)
1.	เหนื่อย อ่อนเพลีย อ่อนล้า	263	80.92
2.	นอนไม่หลับ	139	42.77
3.	ผื่นร่วน	128	39.38
4.	ปวดศีรษะ	121	37.23
5.	เจ็บหน้าอก	103	31.69

ส่วนความชุกของกลุ่มอาการที่พบบ่อยน้อยที่สุด
5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก ได้แก่ อาการ
กล้ามเนื้อสั่น ร้อยละ 8 อาการปวดตามข้อและกระดูก
ร้อยละ 8.62 อาการหัวใจเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/
นาที่ในขณะที่พัก ร้อยละ 10.15 อาการกล้ามเนื้ออ่อน
แรงเฉพาะที่เฉียบพลัน ร้อยละ 11.08 และ อาการปวด
กล้ามเนื้อ ร้อยละ 12.62

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผล
กับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มี
ประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งภาวะหลังจากการ

ติดเชื้อโควิด 19 พิจารณาจากความชุกของกลุ่มอาการที่พบบ่อยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า, อาการนอนไม่หลับ, อาการผอมร่าง, อาการปวดศีรษะ และอาการเจ็บหน้าอก สามารถจำแนกผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. กลุ่มภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า โดยควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย AOR=2.58 95% CI = 1.19-5.58) และการมีโรคประจำตัว (AOR=2.66 95% CI = 1.01-7.08) ดังตารางที่ 2

2. กลุ่มภาวะผอมร่าง ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มภาวะผอมร่าง โดยควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (AOR=5.25 95% CI = 3.05-9.05) ดังตารางที่ 2

3. กลุ่มภาวะปวดศีรษะ ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มภาวะปวดศีรษะ โดย

ควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (AOR=0.32 95% CI = 0.17-0.58) การได้รับวัคซีน (AOR=0.40 95% CI = 0.22-0.71) และอาการรุนแรง (AOR=6.45 95% CI = 2.71-15.35) ดังตารางที่ 2

4. กลุ่มภาวะเจ็บหน้าอก ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มภาวะเจ็บหน้าอก โดยควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ กลุ่มอายุ 21-40 ปี (AOR=0.18 95% CI = 0.03-0.99) กลุ่มอายุ 21-40 ปี (AOR=0.14 95% CI = 0.03-0.71) ค่าดัชนีมวลกาย (AOR=0.40 95% CI = 0.21-0.78) โรคประจำตัว (AOR=2.79 95% CI = 1.21-6.44) การได้รับวัคซีน (AOR=0.30 95% CI = 0.17-0.56) และความรุนแรงของโรค (AOR=8.82 95% CI = 3.45-22.56) ดังตารางที่ 2

5. กลุ่มภาวะนอนไม่หลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติการมีโรคประจำตัว การได้รับวัคซีน และความรุนแรงของโรค ไม่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ของกลุ่มภาวะนอนไม่หลับ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยเสี่ยง	มี		ไม่มี		Crude OR	Adj OR	95% CI	P-value
	n	%	n	%				
ภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า								
BMI								
< 23 Kg/m ²	155	74.88	52	25.12	1	1		
23-30 Kg/m ²	108	91.53	10	8.47	3.62	2.58	1.19-5.58	0.016*
โรคประจำตัว								
ไม่มี	129	73.71	46	26.29	1	1		
มี	134	89.33	16	10.67	2.98	2.66	1.01-7.08	0.049*
ภาวะผอมร่าง								
เพศ								
ชาย	22	17.74	102	82.26	1	1		
หญิง	106	52.74	95	47.26	5.17	5.25	3.05-9.05	<0.001*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยเสี่ยง	มี		ไม่มี		Crude OR	Adj OR	95% CI	P-value
	n	%	n	%				
ภาวะปวดศีรษะ								
BMI								
< 23 Kg/m ²	99	47.83	108	52.17	1	1		
23-30 Kg/m ²	22	18.64	96	81.36	0.25	0.32	0.17-0.58	<0.001*
การได้รับวัคซีน								
1-2 เข็ม	66	51.97	61	48.03	1	1		
3 เข็มขึ้นไป	55	27.78	143	72.22	0.35	0.40	0.22-0.71	0.002*
ความรุนแรงของโรค								
ไม่มีอาการ-มีอาการเล็กน้อย	95	32.76	195	67.24	1	1		
มีอาการรุนแรง	26	74.29	9	25.71	5.93	6.45	2.71-15.35	<0.001*
ภาวะเจ็บหน้าอก								
อายุ								
21-40 ปี	43	22.16	151	77.84	1	1		
41-60 ปี	42	37.84	69	62.16	0.03	0.18	0.03-0.99	0.049*
61 ปีขึ้นไป	18	90.00	2	10.00	0.06	0.14	0.03-0.71	0.018*
BMI								
< 23 Kg/m ²	81	39.13	126	60.87	1	1		
23-30 Kg/m ²	22	18.64	96	81.36	0.35	0.40	0.21-0.78	0.007*
โรคประจำตัว								
ไม่มี	35	20.00	140	80.00	1	1		
มี	68	45.33	82	54.67	3.31	2.79	1.21-6.44	0.016*
การได้รับวัคซีน								
1-2 เข็ม	68	53.54	59	46.46	1	1		
3 เข็มขึ้นไป	35	17.68	163	82.32	0.18	0.30	0.17-0.56	<0.001*
ความรุนแรงของโรค								
ไม่มีอาการ-มีอาการเล็กน้อย	77	26.55	213	73.45	1	1	1	
มีอาการรุนแรง	26	74.29	9	25.71	7.99	8.82	3.45-22.56	<0.001*

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 (Long COVID) เป็นอาการผิดปกติที่หลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งสามารถพบภาวะนี้ได้ทั่วโลก ส่วนใหญ่จะมีอาการหลังจากหายป่วยในช่วง 1-3 เดือนแรก พบได้ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคโควิด 19 (โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, 2564) อาการของ“ภาวะลองโควิด” แสดงออกได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการแตกต่างกัน ไม่มีลักษณะตายตัว เช่น ไอ มีไข้ ปวดศีรษะ การรับรู้กลิ่นหรือรสชาติลดลง เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยล้า ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ ท้องเสีย เกิดจากการที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และบางรายอาจมีอาการทางจิตใจ เช่น วิตกกังวล สมาธิสั้นลง หรือซึมเศร้าร่วมด้วย โดยผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มสีแดงหรือผู้ป่วยที่มีอาการป่วยรุนแรง จะมีโอกาสเกิดภาวะลองโควิดสูงกว่าผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการน้อย เนื่องจากอาจมีปัจจัยเรื่องความเครียดที่สะสมมาตั้งแต่ช่วงป่วยเป็นโรคโควิด 19 จึงส่งผลต่อเนื่องอาจยาวนาน 3-6 เดือน ได้กว่าจะกลับมาเป็นปกติ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะลองโควิดด้วย เช่น อายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องเพศ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งผู้ที่มิโรคประจำตัวอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคหอบหืด และผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์, 2564) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการที่พบบ่อยมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า ร้อยละ 80.92 อาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 42.77 อาการผอมร่วน ร้อยละ 39.38 อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 37.23 อาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 31.69 และสอดคล้องกับงานวิจัยจากรายงานการวิจัยหลายฉบับมีการระบุไว้ว่า 80% ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการ อ่อนเพลีย ปวดหัว ขาดสมาธิ ผอมร่วน และหอบเหนื่อยมากที่สุด³ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เมธาวิ หวังชาลาบวร (2565)¹ พบว่า อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่

พบได้บ่อยคือ อาการผอมร่วน ภาวะเมื่อยล้าหลังจากการทำการกิจกรรม อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และ อาการนอนไม่หลับ

ปัจจัยที่มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส พบว่า เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน ความรุนแรงของการติดเชื้อ มีผลกับภาวะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อย 1 อาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีโอกาสที่จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 0.18 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 21-40 ปี (AOR=0.18 95% CI = 0.03-0.99) และกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 0.14 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 21-40 ปี (AOR=0.14 95% CI = 0.03-0.71) สอดคล้องกับการศึกษาของ มณทิรา ชาญณรงค์ (2565)² พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด- 19 ที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 2.33 เท่า ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุ 18-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วย 95% CI (1.04, 5.21) และผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 4.77 เท่า ของผู้ติดเชื้อโควิด- 19 ที่มีอายุ 18-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วย 95% CI (1.77, 12.87)

อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่พบได้บ่อยคือ อาการผอมร่วนซึ่งเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยชาย โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผอมร่วนหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 เป็น 5.25 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย (AOR=5.25 95% CI = 3.05-9.05) สอดคล้องกับเมธาวิ หวังชาลาบวร (2565)¹

พบว่า อาการผมร่วงเป็นหนึ่งในอาการที่พบได้บ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญ

ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด COVID-19 ที่ร้ายแรงได้ และอาจทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้นถึง 3 เท่า เนื่องจากมีระดับภูมิคุ้มกันที่ลดลงหรือทำงานอย่างไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และยังลดความจุในปอด ทำให้การหายใจเข้าออกมีประสิทธิภาพที่ลดลง การศึกษาวิจัยพบว่า BMI ที่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจ การนอนในโรงพยาบาลจาก COVID-19 มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาผู้ป่วยกว่า 900,000 รายที่นอนโรงพยาบาลด้วยอาการ COVID-19 โดยใช้โมเดลทางคณิตศาสตร์ พบว่า ความอ้วนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญถึงร้อยละ 30 ของการนอนในโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 Kg/m^2 ขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย อ่อนล้า หลังจากการติดเชื้อโควิด 19 เป็น 2.58 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 Kg/m^2 (AOR=2.58 95% CI = 1.19-5.58) สอดคล้องกับ Luigi Vimercati (2021) ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.9 Kg/m^2 มีผลต่อภาวะลองโควิดในกลุ่มวัยทำงาน (OR = 1. 95% CI 10.05 – 2.56; ค่า p = 0.029)

ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว นอกจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกายมีความเสื่อมลง ภูมิคุ้มกันในร่างกายก็ลดลงด้วย ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงสูง หากติดเชื้อโควิด-19 อาจมีอาการรุนแรงกว่าคนทั่วไปและมีผลต่อภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยผู้ที่มีโรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคต่อมไทรอยด์ โรคหอบหืด โรคมะเร็ง) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว (AOR=2.66 95% CI = 1.01-7.08) เนื่องจากว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคโดยผู้ที่มีอาการรุนแรงปานกลางมี

โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บหน้าอกหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 เป็น 8.82 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มียอาการมีอาการเล็กน้อย (AOR=8.82 95% CI = 3.45-22.56) และผู้ที่มีอาการรุนแรงปานกลางโอกาสเสี่ยงต่อการปวดศีรษะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 เป็น 6.45 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มียอาการมีอาการเล็กน้อย (AOR=6.45 95% CI = 2.71-15.35) สอดคล้องกับมณทิรา ชาญณรงค์ (2565)² พบว่าระดับความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 และจากการศึกษาของ Kersten et al. (2022) พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน และการศึกษาของ Nune et al. (2021)⁹ ซึ่งพบว่าอาการที่รุนแรงขึ้นจะเป็นตัวทำนายการเกิดอาการหลงเหลือเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของอาการแรกพบซึ่งพบได้ตั้งแต่ ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรงขึ้นกับพยาธิสภาพของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้นระดับความรุนแรงของอาการจึงส่งผลให้เกิดอาการหลงเหลือภายหลังรักษาหายตามมา

การฉีดวัคซีนโควิด-19 นอกจากจะช่วยป้องกันการติดเชื้อและแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงในพัฒนาไปสู่ภาวะลองโควิดได้ โดยผู้ที่ได้รับวัคซีน 3 เข็ม ขึ้นไป มีโอกาสที่จะป้องกันภาวะปวดศีรษะหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 0.40 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับวัคซีน 1-2 เข็ม (AOR=0.40 95% CI = 0.22-0.71) สอดคล้องกับ HITAP (2565) ที่ได้ทบทวนผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับลองโควิดจำนวน 15 ชิ้น จากสหราชอาณาจักรและหลายประเทศทั่วโลก พบว่า ผู้ติดเชื้อที่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม ไม่ว่าจะเป็นวัคซีนไฟเซอร์ แอสตราเซนเนกา โมเดอร์นา หรือวัคซีนจอห์นสันแอนด์จอห์นสันจำนวน 1 เข็ม จะช่วยลดระยะเวลาของภาวะลองโควิดได้กว่าครึ่งหลังติดเชื้อและรักษาหาย

แล้ว เมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19 โดยอาจมีอาการอยู่ที่ประมาณ 4 สัปดาห์หรือมากกว่า ขึ้นอยู่กับความรุนแรงจากการติดเชื้อแรกเริ่ม อีกทั้งข้อมูลเชิงสถิติจาก ONS ยังชี้ให้เห็นว่า การได้รับวัคซีนครบจำนวนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนติดเชื้อโควิด-19 จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดลองโควิดได้ถึงร้อยละ 41.1 ในคนอายุ 18 – 69 ปี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ขาดการเก็บข้อมูลบางกลุ่ม เช่น ปัจจัยการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจมีผลต่อการประเมินผลบางอาการ เช่น อาการไอเรื้อรัง นอกจากนี้เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบ Cross-sectional จึงไม่มี พื้นฐานคะแนน mMRC คะแนน FFS

ข้อมูลอาการโดยพื้นฐานของผู้ป่วยเดิมแต่ละคนก่อนการติดเชื้อการมีข้อมูลในการเปรียบเทียบ สามารถช่วยเพิ่มข้อสรุปที่แม่นยำให้กับงานศึกษาอื่นๆ ต่อไปได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามอาการผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาวเกี่ยวกับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวิเคราะห์อาการในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- 1.เมธาวี หวังชาลาบวรม, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, และธนภณ ลีศรี. (2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16 (1), 265-284.
- 2.มณฑิรา ชาญณรงค์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 28 (1), 265-284.1-16
- 3.รพีพรรณ รัตนวงศ์นรามอรรถ, (2565). ภาวะ Long COVID (ลองโควิด) เมื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ได้อยู่กับคุณแค่สั้น ๆ. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article>
- 4.Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against C-P-ACSG. Persistent symptoms in patients after Acute COVID-19. JAMA 2020;324(6):603-05. doi:10.1001/jama.2020.12603. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7349096/>
- 5.Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC. Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. Ann Intern Med 2021;174(4):576- 8. doi:10.7326/M20-5661. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175566/>
- 6.Halpin S, O'Connor R, Sivan M. Long COVID and chronic COVID syndromes. J Med Virol 2021;93(3):1242-3. doi. 10.1002/jmv.26587.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33034893/>.
- 7.Huang C, Wang Y, Li X, Ren L. Zhao J. Hu Y,Zhang L, Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986264/>



- 8.National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Rapid guideline: Managing the long-term effect of Covid-19. สืบค้นจาก <http://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
- 9.Nune, A., Durkowski, V., Titman, A., Gupta, L., Hadzhiivanov, M., Ahmed, A., .Sapkota, H. R. (2021). Incidence and risk factors of long COVID in the UK: A single-centre observation study. The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh, 51(4), 338-343. doi: 10.4997/JRCPE.2021.405
- 10.Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020; 323(11): 1061-9.
- 11.World Health Organization. (2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [Internet]. [cited 2021 September, 5]. Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)).
- 12.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).

การดูแลพระสงฆ์ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

(Received: February 20,2023 ; Revised: February 26,2023 ; Accepted: March 2,2023)

ขวัญทิพย์ อุปรีย์¹

Khwanthip Upree¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษา และการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในกรณีศึกษา 2 ราย เป็นการศึกษาเป็นรายกรณี แบบเฉพาะเจาะจง 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนสิงหาคม 2565 –มกราคม 2566

ผลการศึกษา : จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ราย เข้าระบบFast track พบว่ารายที่ 1 พระสงฆ์ อายุ 77 ปี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกก่อนมา 30นาที มาด้วยEMS ปฏิเสธโรคประจำตัว ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด 3 แผน การดูแลสามารถแก้ไข บรรเทาได้ ได้รับการรักษาโดยส่งต่อทำ Primary PCI ที่โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ป่วยรายที่ 2 พระสงฆ์ อายุ 40 ปี ปวดแน่นท้อง จุกเสียดได้ลึกลงไป ก่อนมา 39 นาทีญาตินำส่ง ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด 4 แผน รักษาด้วยยา Streptokinase ขณะให้ยา มีอาการตะคริว ภาวะความดันโลหิตต่ำ ให้ยา Norepinephrine ฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ หลังให้ยา Streptokinase ครบ ไม่มีภาวะเลือดออกรุนแรงตามอวัยวะต่างๆ ไม่มีอาการแสดงของ Reperfusion arrhythmia ผู้ป่วยได้รับ ส่งต่อโรงพยาบาลสกลนคร ผู้ป่วยปลอดภัยรอดชีวิตทั้ง 2 ราย

คำสำคัญ : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พระสงฆ์

Abstract

The purpose of this study was to study the history, disease progression, treatment and nursing care of patients with acute myocardial ischemia and to compare 2 patients with acute myocardial ischemia in a case-by-case study. Specific 2 cases conducted between August 2022 - January 2023

Results: From a study of 2 acute myocardial ischemia patients entering the Fast track system, it was found that Case 1, a 77-year-old monk, had chest pain 30 minutes before coming to EMS, denies congenital disease. Received care according to all 3 nursing plans. Care can be corrected and alleviated. Received treatment by referral for Primary PCI at Sakon Nakhon Hospital. The second patient, a 40-year-old monk, had abdominal pain and colic under the epigastric region, 39 minutes before coming, was brought by a relative. He was taken care of according to all 4 nursing plans. He was treated with Streptokinase. While giving the drug, he had cramps. Hypotension: Give Norepinephrine. Watch out for adverse reactions after administering Streptokinase. There was no severe bleeding in various organs. There were no signs of reperfusion arrhythmia. forwarded to Sakon Nakhon Hospital Both patients survived.

Keywords: acute myocardial infarction, monks

¹ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลส่องดาว

บทนำ

พระพุทธศาสนามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของคนไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การศึกษา การสนับสนุนด้านสาธารณสุข อีกทั้งเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางในการสืบทอดและนำพระธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าไปสู่การปฏิบัติเพื่อความพ้นทุกข์ หรือเป็นหลักในการดำเนินชีวิตที่ผาสุกพระสงฆ์จึงมีการปฏิบัติตนให้อยู่ในพระวินัยอย่างเคร่งครัด ปฏิบัติข้อวัตร เช่นการบิณฑบาต กวาดลานวัด ปลงอาบัติ ทำวัตรสวดมนต์ ภาวนา ลงอุโบสถ การฉันอาหาร 1 มื้อตอนเช้า หรือ 2 มื้อ ตอนเช้าและเพล พระสงฆ์บางรูป ถือนข้อวัตรงดอาหารหลายวัน การปลีกวิเวก การไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้หญิง ข้อวัตรด้านที่อยู่อาศัย และเครื่องนุ่งห่มด้วยจีวร การดูแลพระสงฆ์เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงมีข้อจำกัดหลายประการที่ต้องได้ทำการขออนุญาตเพื่ออนุญาตให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้หญิงสามารถให้บริการ ทำหัตถการที่จำเป็นเร่งด่วนเช่น การดูแลพระสงฆ์ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของคนไทยและอเมริกา¹ โดยมีผู้เสียชีวิต 1 ราย ทุก 25-30 วินาทีในสหรัฐอเมริกา และ 7 ราย ทุก 60 นาที ในประเทศไทยแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดที่พบบ่อยคือภาวะช็อกจากหัวใจ(Cardiogenic shock)²นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคได้แก่ อายุ ช่วงอายุ 40-60 ปีมีอุบัติการณ์เกิดโรคเพิ่มขึ้น 5 เท่า เพศชายมีโอกาสเป็นมากกว่าเพศหญิงที่ยังมีประจำเดือน กรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน³ ปัจจุบันพบว่าพระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงด้านบริโภคอาหารจากการถวายของประชาชน การออกกำลังกายน้อย สูบบุหรี่ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี จะได้รับการตรวจร่างกายก็ต่อเมื่อไม่สบายต้องไปโรงพยาบาล เวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการ

พึ่งพาตนเอง ร้อยละ 78.95 รองลงมาคือพึ่งญาติโยมไปรักษาที่โรงพยาบาลกรณีรุนแรง ร้อยละ 10.52⁴

อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคืออาการเจ็บหน้าอกโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ Unstable Angina (UA Non - ST - Segment elevation Myocardial infarction (NSTEMI) ST - Segment elevation Myocardial infarction (STEMI) ซึ่งมี ST- Segment elevation เกิดนานกว่า 20 นาที มักมีการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมด เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการทำให้หลอดเลือดที่อุดตันนั้นกลับมามีเลือดไหลได้ตามปกติอีกครั้ง(Reperfusion)ให้เร็วที่สุดเพื่อลดขนาดการตายและป้องกันการตายเพิ่มของกล้ามเนื้อหัวใจ ปัจจุบันมี 2 วิธี คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ภายใน 30 นาทีภายหลังจากเข้าโรงพยาบาล หรือการทำPrimary percutaneous coronary interventions (PCI) ในกรณีมีข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือดและสามารถส่งผู้ป่วยไปทำ PCI ได้ภายใน 90 นาที⁵ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจึงมีความสำคัญมากเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาได้เร็วที่สุด

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลส่องดาว มีการพัฒนาระบบFast track โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อปี 2556มีการนำยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย STEMI มีกระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยSTEMIโดยการจัดอบรมให้ความรู้แพทย์ทั่วไป แพทย์ใช้ทุน พยาบาลวิชาชีพ โดยที่มหาวิทยาลัยเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยSTEMIสกลนคร ในเรื่องการประเมินผู้ป่วย การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) การแก้ไขภาวะแทรกซ้อน การบริหารยา ระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ และนำมาปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยSTEMIในโรงพยาบาลส่องดาว จัดโซนในห้องฉุกเฉินเพื่อรองรับผู้ป่วย STEMIตามระบบ Fast tract ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องกับเครือข่าย จัดอบรมเครือข่าย Fast tract ในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลและอาสาสมัครชุมชนในระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน จัดระบบให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในสถานพยาบาลและค่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทุกตำบล ปี2562 –2565 มีผู้ป่วย STEMIจำนวน 10,9,6,13 ราย ตามลำดับ ได้รับยา Streptokinaseจำนวน 4,0,0,1ราย ตามลำดับได้รับ Primary PCI จำนวน 5,7,5 ,12 ราย ตามลำดับ เสียชีวิต จำนวน 1, 2,1, 0 ราย ตามลำดับ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและพระสงฆ์ที่ป่วยฉุกเฉิน ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ขณะมาถึงโรงพยาบาล ทำการประเมิน ให้การพยาบาลก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้และหลังให้ยา มีการประเมินเฝ้าระวัง และแก้ไขภาวะคุกคามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยรอดชีวิตมากขึ้น

วัตถุประสงค์

ผลการศึกษา

ตารางที่1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	77 ปี	40 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บแน่นหน้าอกซ้าย เหงื่อออก ก่อนมา30 นาที	ปวดแน่นท้อง จุกเสียดใต้ลิ้นปี่ ก่อนมา 39 นาที
การเข้าถึงบริการโรงพยาบาล	EMS โรงพยาบาลส่องดาว	โยมผู้ดูแลนำส่ง
อาการแรกพบ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เจ็บแน่นหน้าอกซ้าย เหงื่อออก สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 35.0 องศาเซลเซียส ชีพจร68 ครั้ง/นาที หายใจ 22ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/64 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 %	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหงื่อออก ตัวเย็นหน้าซีด ปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร70 ครั้ง/นาที หายใจ 22ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/69 มิลลิเมตรปรอท

1.เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษา และการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในกรณีศึกษา 2 รายโดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินโรค การรักษา และการพยาบาล

วิธีการศึกษา

1.เลือกกรณีศึกษาเป็นพระสงฆ์ ที่เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

2.ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในระยะวิกฤต ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Pain score 3 DTX 128 mg/dl	O2 saturation 99 % Pain score 10 DTX 163 mg/dl
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	30 นาที ก่อนมา เจ็บแน่นหน้าอกซ้าย ไม่ปวดร้าว เหงื่อออก ไทรแฉ่ง 1669	1 วัน ก่อนมา ปวดแน่นท้องถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า 10 ครั้งเหนียวเหนียว 39 นาทีก่อนมา ปวดแน่นท้อง จุกเสียดใต้ลิ้นปี่ มากขึ้นหายใจไม่เต็มอิ่ม
ประวัติการรักษาในอดีต/ในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
สารเสพติด	เลิกสูบบุหรี่ 17 ปี ไม่ดื่มสุรา ไม่เสพสารเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่เสพสารเสพติด
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	ST depress V3-V6 ST Elevation V8-V9 - Acute myocardial infarction at Posterior wall	ST Elevation lead II , III ,aVF ST depress V2-V4 -Acute myocardial infarction at Inferior wall
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Acute myocardial infarction (STEMI)	Acute myocardial infarction (STEMI)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ATK Negative Trop-T Negative PT 12.1 วินาที PT(INR)1.0 Anti HCV Negative, Hbs Ag negative HbsAb negative Creatinine 0.8 mg/dl ,eGFR86.17 BUN 8.8 mg/dl LFT : Total Protein 7.5 g/dl Albumin 4.4 g/dl Total Bilirubin 0.6 mg/dl Direct Bilirubin 0.2 mg/dl Alkaline phosphatase 49 U/L SGOT 30 U/L SGPT 22 U/L Na135.3 mEq/L K 3.56 mEq/L Cl 103.8 mEq/LCO2 24.4mEq/L CBC: WBC 11.4 x1000 cells/ul RBC 5.09 x10 ⁶ cell/mm ³ Hb 13.8 g/dl Hct 40.6% MCV 80 fl MCH 27.0 pg MCHC 33.9 g/dl PLT Count 213x1000 cells/ul Neutrophil 81 % Lymph 13 %	ATK Negative Trop-T Negative PT 13.2 วินาที PT(INR)1.16 Anti HCV Negative, Hbs Ag negative Hbs Ab positive Creatinine 1.2 mg/dl ,eGFR 75.19 BUN 14.4 mg/dl LFT : Total Protein 7.8 g/dl Albumin 4.6 g/dl Total Bilirubin 1.04 mg/dl Direct Bilirubin 0.4 mg/dl Alkaline phosphatase 71 U/L SGOT 42 U/L SGPT 82 U/L Na 134.0 mEq/L K 3.42 mEq/L Cl 104.9 mEq/L CO2 15.6 mEq/L CBC: WBC 8.3 x1000 cells/ul RBC 5.32 x10 ⁶ cell/mm ³ Hb 17.5 g/dl Hct 49.9% MCV 94 fl MCH 32.9 pg MCHC 35.2 g/dl PLT Count 201x1000 cells/ul Neutrophil 51 % Lymph 36 %

ตารางที่1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Blood Group A CXR	Blood Group B CXR
Door to EKG	1 นาที	1 นาที
Door to Needle time	-	30 นาที
การรักษาที่ได้รับ	-ASA gr.V 1 tab C เคี้ยวก่อนกลืน stat - Clopidogrel (75) 4 tab C stat -On 0.9% NSS1000 ml V drip 40 cc/hr -Plasil 10 mg V -Norepinephrine 4 : 100Vstart 10µd/min	ASA gr.V 1 tab C เคี้ยวก่อนกลืน stat -Clopidogrel (75) 4 tab C stat -Isordil 5 mg อมใต้ลิ้น -On 0.9% NSS1000 ml V drip 40 cc/hr -Streptokinase 1.5 ล้าน mu + NSS100 ml V drip in 1 hr -Omeprazole 40 mg V -Norepinephrine 4 : 100Vstart 10µd/min Atropine 0.6 mg 1 amp V
การจำหน่าย	Refer รพ.สกลนครเพื่อ ทำ Primary PCI	Refer รพ.สกลนคร

ตารางที่2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง กิจกรรมพยาบาล: ดูแลให้ยา ASA gr.V 1 tab C เคี้ยวก่อนกลืน stat เพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกและยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel (75) 4 tab C stat -On 0.9% NSS1000 ml V drip 40 cc/hr จัดท่านั่งหรือ นอนแบบ semi-fowler position. ให้พักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ฝ้าระวัง ติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน และให้ ออกซิเจน mask c bag 10 lit/min Keep > 90 % สัญญาณชีพทุก15 นาทีฝ้าระวังอาการ Cardiogenic shock เช่น เหนื่อย กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ เหงื่อออก ตัวเย็น เจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิตต่ำพูดคุ้ยสับสนและสังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นระยะอย่างใกล้ชิด การประเมินผล :สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียสชีพจร60 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/59 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 % Pain score 3เท่าเดิม	1.เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง กิจกรรมพยาบาล: ดูแลให้ยา ASA gr.V 1 tab C เคี้ยวก่อนกลืน stat ,Isordil 5 mg อมใต้ลิ้นเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกและยาต้านเกล็ดเลือดClopidogrel (75) 4 tab C stat -On 0.9% NSS1000 ml V drip 40 cc/hr จัดท่านั่งหรือ นอนแบบ semi-fowler position. ให้พักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ฝ้าระวัง ติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน และให้ ออกซิเจน mask c bag 10 lit/min Keep > 90 % สัญญาณชีพทุก 5 นาทีฝ้าระวังอาการ Cardiogenic shockเช่น เหนื่อย กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ เหงื่อออก ตัวเย็น เจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิตต่ำพูดคุ้ยสับสนและสังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นระยะอย่างใกล้ชิด การประเมินผล :สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียสชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/65 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 % Pain score 10เท่าเดิม
2.ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมพยาบาล:	2.ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมพยาบาล:

หลังจากแพทย์Consult แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจโรงพยาบาล สกลนคร (แม่ข่าย) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบรายละเอียดของการรักษา , เตรียม ทีมบุคลากรแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต ให้พร้อมเช่นเครื่อง Defibrillator ,รถ Emergency, Ambu bag ,suction ให้ยา Omeprazole 40 mg V , Plasil 10 mg v, Norepinephrine 4 : 100Vstart 10μd/min เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที พุดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย ทำ EKG V 7-9 การประเมินผล : ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ชีพจร86 ครั้ง/นาที หายใจ 18ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/72 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 % Pain score 2	หลังจากแพทย์Consult แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจโรงพยาบาล สกลนคร (แม่ข่าย) ประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามก่อนให้ยา Streptokinase 1.5 ล้าน mu + NSS100 ml V drip in 1 hr อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบรายละเอียดของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นพร้อมลงนามในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาด้วยยา Streptokinase เตรียม ทีมบุคลากรแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมเช่นเครื่อง Defibrillator ,รถ Emergency, Ambu bag ,suction ให้ยา Omeprazole 40 mg V เตรียมยาและให้ยา Streptokinase อย่างถูกวิธี ใช้ Infusion pump ควบคุมการไหลของยาตามแผนการรักษา, Monitor EKG ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ประเมิน Pain score สัญญาณชีพทุก 5 นาที พุดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย ทำEKG หลังให้ยาครบ การประเมินผล : หลังให้ยา Streptokinase ครบ ชีพจร82 ครั้ง/นาที หายใจ 18ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/65 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 % Pain score 1 ทำEKG ST Elevation lead II , III ,aVF ลดลง ST depress V2-V4 ลดลง
3.วิตกกังวลเกี่ยวกับข้อวัตรปฏิบัติและ ความเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต กิจกรรมพยาบาล : พยาบาลนัสนกร แสดงความเคารพ สุภาพ ขออนุญาตก่อนทำกิจกรรมที่อาจเป็นการละเมิดศีลข้อวัตรที่ทำ ให้ผู้ป่วย(พระสงฆ์)อาบัติ เนื่องจากพยาบาล เป็นผู้หญิง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่ม ท้าทางสงบ กรณีมีพยาบาลผู้ชายขึ้นปฏิบัติงาน ให้พยาบาลผู้ชายทำหัตถการ ที่สัมผัสร่างกายพระสงฆ์โดยมีพยาบาลผู้หญิง ดูแลช่วยเหลือ พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้การดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและความรู้สึกไว้วางใจต่อบุคลากร ประเมินระดับ ความกังวล ให้ข้อมูลที่ตรงกับเกี่ยวกับโรค การรักษา สอดคล้องกับสถานการณ์เป็นระยะเพื่อลดความกังวล ส่งเสริมผู้ป่วยเผชิญปัญหาโดยตรง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกกลัวเนื่องจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลช่วยในการสนับสนุนทางด้านจิตใจและลดความตึงเครียด พร้อมทั้งระบายความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกิจกรรมพยาบาลและการรักษา จัดสภาพแวดล้อมในโซนเฉพาะให้สงบ ผ่อนคลายแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมการทำสมาธิ การประเมินผล : ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือใน การรักษา การพยาบาล สื่อน้ำคลายกังวล พุดคุยเป็นกันเองกับเจ้าหน้าที่ สลับกับการทำสมาธิ พร้อมทั้งจะไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสกลนคร	3.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมพยาบาล: ประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามก่อนให้ยา Streptokinase ผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม ในการให้ยาอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบรายละเอียดของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นพร้อมลงนามในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาด้วยยา Streptokinase เตรียม ทีมบุคลากรแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมเช่นเครื่อง Defibrillator ,รถ Emergency, Ambu bag ,suction Monitor EKG ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ประเมิน Pain score สัญญาณชีพทุก 5 นาที เตรียมพร้อมการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ขณะให้ยา Streptokinase 6 นาที ผู้ป่วยมีอาการตะคริวขาซ้าย ,11 นาทีมีอาการตะคริวไหล่ซ้าย 21 นาที ภาวะความดันโลหิตต่ำ 84/51 mmHg ชีพจร 66ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/นาที Pain score 8 รายงานแพทย์ให้ยา Norepinephrine 4 : 100Vstart 10μd/min ,Atropine 0.6 mg 1 amp V เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ผู้ป่วยไม่มีอาการดังกล่าว การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาพร้อมลงนาม ในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาด้วยยา Streptokinase หลังให้ยา Streptokinase ครบ ชีพจร82 ครั้ง/นาที หายใจ 18ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 107/65 mmHg O2 saturation 98 % Pain score 1 ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง ไม่มีเลือดออกรุนแรงตามอวัยวะต่างๆ ไม่มีจ้ำเลือดตามร่างกายไม่มีอาการแพ้ยารุนแรง ไม่มีอาการแสดงของ Reperfusion arrhythmia

	ทำEKG ST Elevation lead II , III ,aVF ลดลง ST depress V2-V4 ลดลง
	4.วิตกกังวลเกี่ยวกับข้อวัตรปฏิบัติและ ความเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต กิจกรรมพยาบาล : พยาบาลนมัสการ แสดงความเคารพ สุภาพ ขออนุญาตก่อนทำกิจกรรมที่อาจเป็นการละเมิดศีลข้อวัตรที่ทำให้ผู้ป่วย(พระสงฆ์)อับติ เนื่องจากพยาบาล เป็นผู้หญิง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่ม ท่าทางสงบ กรณีมีพยาบาลผู้ชายขึ้นปฏิบัติงาน ให้พยาบาลผู้ชายทำหัตถการที่สัมผัสร่างกายพระสงฆ์ โดยมีพยาบาลผู้หญิง ดูแลช่วยเหลือ พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมความรู้สึกลดท้อภัยแก่ผู้ป่วยและความรู้สึกไว้วางใจต่อบุคลากร ประเมินระดับ ความกังวล ให้ข้อมูลที่ตรงกับโรค การรักษา สอดคล้องกับสถานการณ์เป็นระยะเพื่อลดความกังวล ส่งเสริมผู้ป่วยเผชิญปัญหาโดยตรง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกกลัวเนื่องจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลช่วยในการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และลดความตึงเครียดพร้อมทั้งระบายความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกิจกรรมพยาบาลและการรักษา จัดสภาพแวดล้อมในโซนเฉพาะให้สงบ ผ่อนคลายแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมการทำสมาธิ การประเมินผล : ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือใน การรักษา การพยาบาล หลังให้ยา Streptokinase ครบ Pain score 1 สีหน้าคลายกังวล พุดคุยเป็นกันเองกับเจ้าหน้าที่ สลับกับการทำสมาธิ พร้อมทั้งจะไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสกลนคร

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	พระสงฆ์ ไทย อายุ77ปี เคยสูบบุหรี่ เลิกสูบ17 ปีปฏิเสธโรคประจำตัว ฉันทานวันละ 2มื้อ เข้า /เพล (11-11.59น)ลักษณะอาการตามที่ได้รับประเคนมา ตอนบ่ายฉันทน้ำปานะ กวาดตาดเล็กน้อยในช่วงบ่าย นั่งสมาธิตอนเช้าและกลางคืน ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี	พระสงฆ์ ไทย อายุ40ปี ไม่เคยสูบบุหรี่ ปฏิเสธโรคประจำตัว ฉันทานวันละ 1มื้อ เข้า ลักษณะอาการตามที่ได้รับประเคนมา ตอนบ่ายฉันทน้ำปานะ กวาดตาด ช่วงบ่ายนั่งสมาธิ ตอนเช้าและกลางคืน ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี	ผู้ป่วยรายที่1เป็นผู้สูงอายุเคยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายที่ 1และ2 ฉันทานอาหาร ลักษณะอาการตามที่ได้รับประเคนมา ฉันทน้ำปานะ(น้ำหวาน) ไม่ได้ออกกำลังกาย ประจำ ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ทราบการมีโรคประจำตัว ทั้งรายมีความเสี่ยงในการเป็นSTEMI
2.พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง	30 นาทีก่อนมา	39 นาทีก่อนมาปวดแน่นท้อง จุกเสียดได้ลึนปี	ผู้ป่วย ราย ที่ 1 เป็น Acute myocardial infarction at Posterior

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	เจ็บแน่นหน้าอกซ้าย เหนือออก ตัวเย็น รู้สึกอึดอัด อุณหภูมิ 35.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/64 มิลลิเมตร ปรอท O2 saturation 98 % Pain score 3 EKG: ST depress V3-6 ST Elevation V8-V9 แพทย์วินิจฉัย Acute myocardial infarction at Posterior wall	เหงื่อออก ตัวเย็นหน้าซีด อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/69 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 99 % Pain score 10 EKG: ST Elevation lead II, III, aVF ST depress lead I, aVL, V2-V5 แพทย์วินิจฉัย Acute myocardial infarction at Inferior wall	wall แสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือด Right coronary artery (RCA) Posterior descending artery (PDA) หรือ Left circumflex artery (LCX) ส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ หัวใจด้านหลัง ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็น Acute myocardial infarction at Inferior wall และมี reciprocal change ที่ LaVL แสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือด RCA ส่งผลขาดเลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจด้านขวา ด้านล่าง
3.การรักษา	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ผู้ป่วย FAST Track STEMI ให้ การรักษา ยา ASA gr.V 1 tab C เคี้ยวก่อนกลืน Clopidogrel (75) 4 tab C -On 0.9% NSS1000 ml V drip 40 cc/hr ให้ยา Omeprazole 40 mg V, Plasil 10 mg v, เฝ้าระวัง ติดตามระดับความ อิ่มตัวของออกซิเจน สัญญาณชีพทุก 15 นาที ขณะรอส่งต่อ Pass Cath มี ภาวะ Hypotension ให้ยา Norepinephrine 4 : 100 V start 10 µd/min เฝ้าระวัง อาการไม่พึงประสงค์	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ผู้ป่วย FAST Track STEMI ให้ การรักษา ยา ASA gr.V 1 tab C เคี้ยวก่อน กลืน Clopidogrel (75) 4 tab C t -Isordil 5 mg อดได้ลิ้น -On 0.9% NSS1000 ml V drip 40 cc/hr Omeprazole 40 mg V -Streptokinase 1.5 ล้าน mu + NSS100 ml V drip in 1 hr -ขณะให้ยา Streptokinase ผู้ป่วยมีอาการตะคริว ภาวะ ความดันโลหิตต่ำ Pain score 8 ให้ยา Norepinephrine 4 : 100 V start 10 µd/min Atropine 0.6 mg 1 amp V เฝ้าระวังอาการไม่พึง ประสงค์	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษา เบื้องต้นเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ASA , Clopidogrel ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ขยายหลอดเลือดหัวใจ Isordil 5 mg อดได้ลิ้นเพื่อลดอาการเจ็บแน่น หน้าอก ส่วน ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่ได้ยา Isordil 5 mg เนื่องจาก มีภาวะ Hypotension ส่งต่อ Pass Cath ทำ Primary PCI ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ก่อนส่งต่อ
4.ปัญหาและการ วินิจฉัยทางการ พยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการ พยาบาลทั้งหมด 3 แผน การ ดูแลสามารถแก้ไข บรรเทาได้ ตามแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการ พยาบาลทั้งหมด 4 แผน การ ดูแลสามารถแก้ไข บรรเทาได้ ตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย อย่างถูกต้องรวดเร็ว ทำการประเมิน ให้การพยาบาลก่อนให้ยาละลายลิ่ม เลือด ขณะให้และหลังให้ยา มีการ ประเมินเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะ คุกคามอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
5.การวางแผนจำหน่าย และดูแลต่อเนื่อง	ประสานการRefer กับทีมแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ รพ. สกลนครเตรียมพร้อมเปิดห้องผ่าตัดเพื่อทำ Primary PCI ประสานเจ้าหน้าที่ให้ทราบ ทำตามแนวทางการ Refer Pass Cath	ประสานการRefer กับทีมแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ รพ. สกลนครเตรียมพร้อมการรับผู้ป่วยหลังให้ยา Streptokinaseครบ ประสานเจ้าหน้าที่Refer ทราบ ทำตามแนวทางการ ส่งต่อ STEMI	ผู้ป่วยรายที่ 1แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ รพ.สกลนครให้ Refer Pass Cath ผู้ป่วยรายที่ 2แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ รพ.สกลนคร ส่งให้ยา Streptokinaseครบ เพื่อรับเปิดหลอดเลือดหัวใจ ก่อนส่งต่อเนื่องจาก มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น Acute myocardial infarction at Posterior wall แสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือด Right coronary artery (RCA) Posterior descending artery (PDA) หรือ Left circumflex artery(LCX) ส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลังทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยทราบช่องทางการเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS)โทรเรียก 1669 หลังจากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทีมEMS ออกเหตุประเมินอาการผู้ป่วยและ ประสานแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินพร้อมปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย FAST Track STEMI เมื่อถึงห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมิน EKG ที่รวดเร็วภายใน 1 นาที แพทย์ ห้องฉุกเฉิน โทรศัพท์ และLine ปรึกษา แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ รพ.สกลนคร ส่งการรักษาเตรียมพร้อมเปิดห้องผ่าตัดเพื่อ ทำ Primary PCI พยาบาลห้องฉุกเฉินประสาน เจ้าหน้าที่ให้ทราบ ทำตามแนวทางการ Refer Pass Cath ผู้ป่วย ได้รับการบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ด้วยยา ASA gr.V 1 tab **C** เคี้ยวก่อนกลืน Clopidogrel (75) 4 tab **C** - On 0.9% NSS1000 ml V drip 40 cc/hr ให้ยา Omeprazole 40 mg V , Plasil 10 mg v, ฝ้าระวังติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน สัญญาณชีพ ทุก15 นาที ทำEKG V 7-9 ขณะรอส่งต่อ Pass Cath มีภาวะHypotension จึงให้ยาNorepinephine 4 : 100 V start 10µd/min ฝ้าระวังอาการไม่พึง

ประสงค์ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/72 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 % Pain score 2 ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 3 แผน การดูแลสามารถแก้ไข บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล ทีมRefer ทำตามแนวทาง ประสานทีม สกลนคร ให้ทราบเวลา รถReferเริ่มออกเดินทาง แจ้งพิกัด ระยะทาง เป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยได้รับ Primary PCI นอนรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร 3 วัน ก่อนจำหน่าย หลังจากนั้นทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรับทราบอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สุขภาพจิตดี ปฏิบัติกิจของสงฆ์ได้ตามปกติ

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็น Acute myocardial infarction at Inferior wall และมี reciprocal change ที่ I,aVL แสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือด RCA ส่งผล ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ด้านขวา ด้านล่าง รับการรักษา เบื้องต้นเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ยาต้านเกล็ดเลือด(anti platelet) ASA ,Clopidogrelได้ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ Isordil 5 mg อนุมัติลิ้นเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หลังจากแพทย์Consult แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจโรงพยาบาลสกลนคร (แม่ข่าย) พยาบาล ร่วมกับแพทย์ประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามก่อนให้ยา Streptokinase อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ รายละเอียดของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจ

เกิดขึ้นพร้อมลงนามในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการ
รักษาด้วยยา Streptokinase เตรียม ทีมบุคลากร
แพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อม
เช่นเครื่อง Defibrillator ,รถ Emergency, Ambu
bag ,suction ให้ยา Omeprazole 40 mg V เตรียม
ยาและให้ยา Streptokinase อย่างถูกต้อง ใช้ Infusion
pump ควบคุมการไหลของยาตามแผนการรักษา,
Monitor EKG ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่าง
ต่อเนื่อง ประเมิน Pain score สัญญาณชีพทุก 5 นาที
พูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย ขณะให้ยา Streptokinase 6
นาที ผู้ป่วยมีอาการตะคริวขาซ้าย ,11 นาทีมีอาการ
ตะคริวไหล่ซ้าย 21 นาที ภาวะความดันโลหิตต่ำ
84/51 mmHg ชีพจร 66ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/
นาที Pain score 8 รายงานแพทย์ให้ยา
Norepinephrine 4 : 100Vstart 10µd/min
Atropine 0.6 mg 1 amp V เฝ้าระวังอาการไม่พึง
ประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หอบ
เหนื่อย หายใจลำบาก ผู้ป่วยไม่มีอาการดังกล่าว ทำ
EKG หลังให้ยาครบ การประเมินผล หลังให้ยา
Streptokinase ครบ ชีพจร82 ครั้ง/นาที หายใจ 18
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/65 มิลลิเมตรปรอท
O2 saturation 98 % Pain score 1 ไม่มีภาวะ
เลือดออกในสมอง ไม่มีเลือดออกรุนแรงตามอวัยวะ
ต่างๆ ไม่มีจ้ำเลือดตามร่างกาย ไม่มีอาการแพ้ยา
รุนแรง ไม่มีอาการแสดงของ Reperfusion
arrhythmia ทำEKG ST Elevation lead II , III ,aVF
ลดลง ST depress V2-V4 ลดลง ผู้ป่วยได้รับ ส่งต่อ
โรงพยาบาลสกลนคร หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ต่อมา

ทีมออกเยี่ยมที่วัด ผู้ป่วยอาการดีขึ้น รับประทานยา
ต่อเนื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี 2 เดือนต่อมา ผ่าตัดลิ้น
หัวใจ ที่โรงพยาบาลสกลนคร 2 สัปดาห์ผ่าตัดลิ้น
หัวใจ อาการดีขึ้น รับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยเหลือ
ตัวเองได้ดี สุขภาพจิตดี ปฏิบัติกิจของสงฆ์ได้
ตามปกติ แนะนำช่องทางการเรียกบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน (EMS) โทรเรียก 1669 เมื่อป่วยฉุกเฉิน

สรุป

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะ
วิกฤต ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน
ภาวะแทรกซ้อนที่บ่อยคือภาวะช็อกจากหัวใจ
(Cardiogenic shock) พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
และนิติเวชเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาท
สำคัญต้องมีสมรรถนะในระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
รวดเร็ว ขณะมาถึงโรงพยาบาล นำเข้าระบบFast
tract STEMI มีความสามารถในการแปลผลคลื่นไฟฟ้า
หัวใจ มีทักษะการบริหารยา การรักษาด้วยการให้ยา
ละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ความพร้อมของทีม
บุคลากรแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต
ให้พร้อมใช้เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ขณะให้และ
หลังให้ยา มีการประเมินเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะ
คุกคามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประสานงานที่ดี การ
ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการรักษา การพยาบาลเพื่อลด
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ การพยาบาลขณะ
ส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย
รอดชีวิตมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.จรรยา ตันติธรรม,พัทยา ปันสวัสดิ์,พิกุล ตันติธรรม,สุกิม พงษ์พัฒน์วุฒิ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์นิติบรรณาการ; 2547
- 2.ชวนพิศ ทำนอง. ภาวะวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือดและการพยาบาล.ใน:สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ, ชวนพิศ
ทำนอง, บรรณธิการ.การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ.ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลัง นาวา
วิทยา;2551.หน้า 287-304.
3. ฐานิณีย์ น้ำเพชร. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ.ใน:เพ็ญศรี ระเบียบ, จันทรเพ็ญ สันตวาจา,
ประคอง อินทรสมบัติ, ประภาพร จินนทญา,บรรณธิการ.บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาล
ศาสตร์ เล่มที่ 3การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ :ศิริยอตการพิมพ์;2549. หน้า 242-248.

4. วรรณญา หินกองและคณะ(2565).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ พระสงฆ์ใน จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 7 (4):396-411
5. Ng Hui P, Chloe L, Ruby D, Flordeliza S, Aimee Michelle P, Esther Ruth M, et al. MIMS cardiology THAILAND. Bangkok: TIMS(Thailand)Ltd; 2014/2015.
6. Service Profile .งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลส่องดาว ปี2562 –2565
7. พวงทอง ขำเจริญ.(2563).กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วย โรคหัวใจ.โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29(1)(Suppl2):37-46
8. พรเพ็ญ จันแก้ว . (2564).การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต : กรณีศึกษา.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6 (1):14-22
9. อนงค์นาฏ จตุรานน . (2565).การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางแบบสมบูรณ์.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7 (3):114-121
10. วรรณิภา เสนุภัย, พนิดา เตชะโต, สิริพร คำน้อย. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาส; 11(3): 104-116.
11. อรอนงค์ ช่วยณรงค์และดาราวรรณ รองเมือง .(2561). การพัฒนารูปแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกหรือได้กลิ่นปี หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระนอง. วารสารการพยาบาลและการดูแล สุขภาพ.187-196



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

Effect of the Resilience Quotient Enhancement Program among Covid-19 vaccination service center staff, Huai Yot District, Trang Province.

(Received: February 20,2023 ; Revised: February 26,2023 ; Accepted: March 7,2023)

จารุมณ ลักณาวิวัฒน์¹ และ สารโจน์ นาคจุ²
Jarumon Lukkanawiwat¹ and Saroj Nakju²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน และระหว่างกลุ่ม (One group and two group pretest-posttest) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ระหว่างเดือน มีนาคม 2565-เดือนเมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด จำนวน 100 คน และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 92 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครซีและเมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม RO (Resilience Quotient) ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.749 และออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ โดยโปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตโดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test และ Independent Sample T-Test

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19

Abstract

The quasi-experimental research, compared in scores of variable one group and between two groups pretest-posttest designs. aimed to study the Effect of the Resilience Quotient Enhancement Program among Covid-19 vaccination service center staff, Huai Yot District, Trang Province., during March 2022 to April 2022. There was a total of 192 sample; 100 healthcare workers in Huai Yot Hospital and 92 in the primary healthcare unit. This required sample size was suggested based upon Krejcie and Morgan's table for sampling size, Stratified Random Sampling and Simple Random Sampling. The instruments were used in this study consisted of (1) the Resilience Quotient (RQ)

¹ 1พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โทรศัพท์ 08-1083-2483

E-mail: jarumon.lw@gmail.com

²อาจารย์ ดร. ประจักษ์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

questionnaire developed by the Department of Mental Health, Thailand; the Cronbach's alpha coefficient was at .749, and (2) the Resilience Quotient Enhancement Program developed by the researcher based on a framework of Grothberg (1995) and the Department of Mental Health, Thailand (2011). The data were statistically analyzed using descriptive statistics and the Paired Sample T-Test and Independent Sample T-Test.

The results of the study revealed that The RQ post-test score including the three dimensions and the total in the same group was significant; higher than the pre-test score ($p < .05$) and the score between groups are not significant ($p > .05$).

Keyword: Resilience Quotient; Resilience Quotient; Enhancement Program; Covid-19 vaccination service center staff.

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019; COVID-19) ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปหลายประเทศทั่วโลก เป็นเหตุให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) (World Health Organization, 2020) หลังจากที่ยังคงการอนามัยโลกประกาศเตือนการระบาดของโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562 และพบผู้เสียชีวิตรายแรก เมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2563 ต่อมาในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย¹⁹ และกระทรวงสาธารณสุขให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2563 (Ministry of Public Health, 2020) และจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลก 284 ล้านคน ผู้เสียชีวิต 5.4 ล้านคน ยอดผู้ติดเชื้อในไทยล่าสุดอยู่ที่ 2,217,287 คน ผู้เสียชีวิต 21,647 คน²²

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดตรัง พบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยยืนยันสะสม 18,390 ราย รักษาหายแล้ว 17,978 ราย ยังรักษาอยู่ 294 รายและเสียชีวิต 117 ราย สำหรับอำเภอห้วย

ยอดมีผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,015 ราย เสียชีวิต 22 ราย (ศบค.จังหวัดตรัง ณ 14 มกราคม 2565) แม้การติดเชื้อโรคโควิด 19 อาจทำให้ร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติได้ แต่เมื่อติดเชื้อแล้วก็สามารถรับเชื้อได้อีกและสามารถแพร่เชื้อให้แก่คนรอบข้างได้อีกเช่นกัน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จึงเป็นเรื่องสำคัญในการช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงของโรคจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง ลดการแพร่กระจายของเชื้อ ลดโอกาสที่จะต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและลดการเสียชีวิตได้² และเนื่องจากการให้วัคซีนโควิด 19 เป็นวัคซีนใหม่ ต้องให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นจำนวนมากภายในระยะเวลาที่จำกัด การวางแผนจัดระบบบริการฉีดวัคซีนจึงเป็นต้องเตรียมความพร้อมของทีมทำงาน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามขั้นตอนทั้งทีมปฏิบัติการ ประสานงาน อำนวยความสะดวก ติดตามผลการให้บริการ และแก้ไขปัญหาในการฉีดวัคซีน²

คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ร่วมกันวางแผนดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งเชิงรุก ได้แก่ การฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่บ้านในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งให้บริการฉีดวัคซีนเชิงรับ ที่ศูนย์ฉีดวัคซีนศาลา

ประชาคมอำเภอห้วยยอด โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลห้วยยอด (โรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ) ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานด้านการรักษาเป็นส่วนใหญ่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยยอด ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานหลายด้านทั้ง การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูและคุ้มครองผู้บริโภค หมุนเวียนสับเปลี่ยนกันร่วมบริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังอยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและต้องปฏิบัติงานในช่วงเวลาติดต่อกันอย่างยาวนาน เกิดความเครียด นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีอาการ หงุดหงิดง่ายขึ้น เศร้าหมอง วิตกกังวลมากขึ้น รู้สึกเหนื่อยล้าเรื้อรัง สมาธิลดลง จนเกิดภาวะหมดไฟเป็นต้น การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) หรือความเข้มแข็งทางใจ จึงเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจในการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ซึ่งพลังสุขภาพจิตประกอบด้วยการตระหนักรู้ของบุคคลใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ฉันเป็น (I am) 2) ฉันมี (I have) และ 3) ฉันทำได้ (I Can)²³ ในด้านความทนทานทางอารมณ์ การสร้างกำลังใจ และการจัดการกับปัญหาให้กับตนเอง⁵

ดังนั้นผู้วิจัย จึงต้องการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 และเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจ พร้อมรับมือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งเป็นรากฐานสำคัญที่จะก่อให้เกิดความแข็งแรงทางใจแก่ตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีพลัง อึด อึด สู้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดกับกลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ One group and two group pretest-posttest

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 335 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากร โดยใช้วิธีการคำนวณสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อทดแทนการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 คนแล้ว ทำการสุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกตามสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ศูนย์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จาก 2 หน่วยงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายสุขภาพอำเภอห้วยยอด โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ ในแต่ละตำแหน่งของทั้ง 2 หน่วยงาน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้งตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้งตามที่กำหนด

2. ตอบข้อมูลแบบสอบถามก่อนและหลัง
เข้าโปรแกรม ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน100%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและใช้ในการทดลอง
ได้แก่

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2
ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง
รายได้ และ สถานที่ปฏิบัติงานประจำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RO
ของกรมสุขภาพจิต, 2550) เป็นแบบมาตราส่วน
ประเมินค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน
20 ข้อ เป็นแบบสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก และ
พฤติกรรมของกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านความ
ทนทานทางอารมณ์ (ข้อ1-10) ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-
15) และด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20) ให้
คะแนนและแปลผลของแบบประเมินพลังสุขภาพจิต
ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมสุขภาพจิต

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่
โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง
สุขภาพจิต โดยใช้กรอบแนวคิดโครงสร้างความ
เข้มแข็งทางใจหรือพลังสุขภาพจิต 3 ประการของ
Grothberg (1995) คือ 1) ฉันเป็น (I am) เป็น
ลักษณะความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล
เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง
และมีเป้าหมายในชีวิต 2) ฉันมี (I have) หมายถึง
องค์ประกอบที่บุคคล มีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุน
ภายนอกคอยส่งเสริมให้ความช่วยเหลือขณะที่บุคคล
เผชิญอยู่กับสถานการณ์ในทางลบ 3) ฉันสามารถ (I
can) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและ
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและใช้หลักการส่งเสริม
พลังสุขภาพจิต หรือพลังฮึด ฮึด สู้ ของกรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Division of
Mental Health Promotion and Development,

2011) เป็นแนวทางจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลัง
สุขภาพจิต จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที
ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 การเสริมสร้างพลังฮึด (ฉันเป็น I am)

การเติมพลังฮึดหรือเติมพลังใจ เป็นการสร้าง
กำลังใจที่ดีให้ตนเอง ทำให้มีพลังใจที่เข้มแข็ง จะมี
ความอดทนไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค รวมทั้งมี
ความสามารถในการรับมือกับความเครียดและปัญหา
ต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 1 ทำความรู้จักพลังใจ ให้กลุ่ม
ตัวอย่างเขียนสิ่งที่ดีของตนเองตามอย่างน้อย 5 ข้อ
ทบทวนสิ่งที่เขียนแต่ละข้อ ในประเด็นความยากง่าย
ที่เกิดประโยชน์จากการทำดี ส่งผลต่อตนเอง
ครอบครัว สังคม อย่างไรบ้าง แล้วจับคู่สลับกัน
แลกเปลี่ยน การทำความรู้จักพลังใจ เป็นการมองสิ่ง
ที่ดีและยอมรับข้อดีของตนเองซึ่งทุก ๆ คนมีข้อดี มี
สิ่งที่ดีอยู่ในตนเอง แต่มักไม่เห็นข้อดีของตนเอง หรือ
สนใจแต่ข้อด้อยของตนเองจนเกิดความรู้สึกท้อแท้
และตกต่ำความเชื่อมั่น ๆ ความคิดเชิงลบเหล่านี้บั่น
ทอนกำลังใจและเป็นอุปสรรคต่อการเห็นคุณค่าของ
ตนเอง

กิจกรรมที่ 2 ฉันลุกขึ้นสู้ได้อีกครั้ง ให้
เจ้าหน้าที่ ฟังเพลง “ศรัทธา” พร้อมคิดถึงสิ่งที่มี
คุณค่าทางจิตใจ สิ่งที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ เนื้อหาใน
เสียงเพลงจะทำให้มีพลังใจที่เข้มแข็ง พร้อมเผชิญกับ
อุปสรรคต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 2 เพิ่มพลังฮึด (ฉันมี I have)

กิจกรรมที่ 1 ฉันมีสิ่งล้ำค่าที่เป็นกำลังใจ ให้
กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อบุคคลที่ตนเองนึกถึงในยามสุข
และยามทุกข์ พร้อมให้เหตุผลว่าทำไมนึกถึงบุคคล
เหล่านั้น ความรู้สึกเวลาอยู่กับใครที่ห่วงใย การ
พูดคุยกับเพื่อน พี่น้อง คนรักหรือคนในครอบครัว
รวมทั้งที่ปรึกษาที่ไว้วางใจได้ มีใครที่คุณอยากขอบคุณ
ให้เขียนไว้ในกระดาษ และเก็บกระดาษที่เขียนไว้
หากยามใดที่ต้องการพลังใจ ให้กลับมาทบทวนสิ่งที่
เขียน จะทำให้มีพลังฮึดขึ้นอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 ฉันเห็นคุณค่าในสิ่งล้ำค่าที่ฉันมี
ให้เจ้าหน้าที่ทำกิจกรรมที่แสดงออกถึงการเห็น



คุณค่าของบุคคลที่เป็นกำลังใจ โดยใช้กระดาด A4 ชนิดแข็งตัดแบ่งครึ่ง เขียนข้อความในใจแสดงความขอบคุณพร้อมตกแต่งการ์ดให้สวยงาม มอบให้บุคคลที่เป็นกำลังใจของตน (ตามกิจกรรมที่ 1) เป็นการเติมศรัทธา เติมมิตร เติมใจและเสริมสร้างพลังฮึด เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคหรือสถานการณ์ลำบาก บุคคลเหล่านี้จะเป็นที่ปรึกษาได้

ครั้งที่ 3 เสริมพลังสู้ (ฉันทำได้ I can)

กิจกรรมที่ 1 การจัดการกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome)

ผู้วิจัยเกริ่นนำเนื้อหาภาวะหมดไฟ ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หมดแรง และประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทั้งอาการทางกาย ทางใจ และทางด้านพฤติกรรม จากนั้นให้บทพจนตนเองว่า มีอาการ 3 ด้านที่กล่าวมาหรือไม่ หากมี (เขียนไว้ในกระดาด) แสดงว่าเริ่มมีภาวะหมดไฟให้วิเคราะห์หาสาเหตุและพิจารณาว่าสามารถแก้ไขปัญหาลงหรือไม่ หากแก้ไขไม่ได้อาจต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพราะบางครั้งปัญหาอาจไม่ได้เกิดจากเราก็ได้

กิจกรรมที่ 2 ชีวิต คือ การปรับตัวและการแก้ปัญหา

ให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กัน แล้วผลัดกันเล่าอาการภาวะหมดไฟของตนเอง การเล่าเป็นการระบายความคิด ความรู้สึก ช่วยให้ผ่อนคลายและพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยพูดสรุปวิธีแก้ อาการภาวะหมดไฟเพื่อเป็นทางเลือกในการปรับตัว และเผชิญกับภาวะหมด

ช่วงสุดท้าย ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลงเสียงคลาสิกและเพลง “สู้ให้เป็น” เนื้อหาในเสียงเพลงจะทำให้มีพลังใจที่เข้มแข็งพร้อมปรับตัวเผชิญกับอุปสรรคต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมิน RO (Resilience Quotient) ของกรมสุขภาพจิต แบบประเมิน RO ได้ผ่านการทดสอบในด้านความเป็นปรนัย ความ

เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงเชิงโครงสร้าง อำนาจจำแนก มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบประเมินฉบับเล็ก 20 ข้อ เท่ากับ 0.749

2. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิต โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบความตรง ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ แพทย์คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง รายได้ และสถานที่ปฏิบัติงาน โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ระหว่างกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Independent Sample T-Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรอง
เลขที่ 007/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 22 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิต และการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน ระหว่างวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2565 - 30 เมษายน พ.ศ. 2565

คุณลักษณะทางประชากร พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 37 ปี อายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.0 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 54.0 และมีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ

50.0 และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 36 ปี มีอายุน้อยกว่าและเท่ากับ 30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.0 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 62.0 และมีรายได้ ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 58.7

ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการจิตเวชขึ้นโควิท 19 การวิเคราะห์แบบประเมินระดับพลังสุขภาพจิต (ความเข้มแข็งทางใจ) รายด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานต่ออารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ หาจำนวนและหาค่าร้อยละ (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลไว้ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพลังสุขภาพจิตรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

พลังสุขภาพจิต	ก่อน		หลัง		ระดับ	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	ก่อน	หลัง
	Min-Max		Min-Max			
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด (n=100)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	25.45	2.739	32.85	2.359	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	20-31		28-38			
ด้านกำลังใจ	12.75	2.204	16.40	1.576	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	8-19		12-20			
ด้านการจัดการกับปัญหา	12.49	1.744	16.97	1.617	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	9-16		13-20			
โดยรวม	50.69	4.458	66.19	4.019	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	40-60		56-75			
เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (n=92)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	25.48	3.108	32.62	2.804	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	19-34		25-40			
ด้านกำลังใจ	13.28	1.957	16.41	1.864	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	9-17		12-20			
ด้านการจัดการกับปัญหา	12.10	1.881	17.21	1.486	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	8-16		12-20			
โดยรวม	50.86	4.298	66.24	4.136	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ
	40-62		57-75			

จากตารางที่ 1 พบว่า พลังสุขภาพจิตโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่าคะแนนระหว่าง 40-60 คะแนน ($\bar{X}$ = 50.69, SD = 4.458) โดยมีพลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ระหว่าง 20-31 คะแนน ($\bar{X}$ = 25.45, SD = 2.739) ด้านกำลังใจระหว่าง 8-19 คะแนน ($\bar{X}$ = 12.75, SD = 2.204) และด้านการจัดการกับปัญหาระหว่าง 9-16 คะแนน ($\bar{X}$ = 12.49, SD = 10.744) ทั้งนี้เมื่อหลังเข้าโปรแกรม ครบ 3 ครั้ง พลังสุขภาพจิตโดยรวม มีค่าคะแนนระหว่าง 56-75 คะแนน ($\bar{X}$ = 66.19, SD = 4.019) โดยมีพลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ระหว่าง 28-38 คะแนน (M = 32.82, SD = 2.359) ด้านกำลังใจระหว่าง 12-20 คะแนน ($\bar{X}$ = 16.40, SD = 1.576) และด้านการจัดการกับปัญหาระหว่าง 13-20 คะแนน ($\bar{X}$ = 16.97, SD = 1.617)

และพลังสุขภาพจิตโดยรวมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่าคะแนนระหว่าง 40-62 คะแนน ($\bar{X}$ = 50.86, SD = 4.298) โดยมีพลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ระหว่าง 19-34 คะแนน ($\bar{X}$ = 25.48, SD = 3.108) ด้านกำลังใจระหว่าง 9-17 คะแนน ($\bar{X}$ = 13.28, SD = 1.957) และด้านการจัดการกับปัญหาระหว่าง 8-16 คะแนน ($\bar{X}$ = 12.10, SD = 1.881) ทั้งนี้เมื่อหลังการเข้าโปรแกรมครบ 3 ครั้ง พลังสุขภาพจิตโดยรวม มีค่าคะแนนระหว่าง 57-75 คะแนน ($\bar{X}$ = 66.24, SD = 4.136) โดยมีพลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ระหว่าง 25-40 คะแนน ($\bar{X}$ = 32.62, SD = 2.804) ด้านกำลังใจระหว่าง 12-20 คะแนน ($\bar{X}$ = 16.41, SD = 1.864) และด้านการจัดการกับปัญหาระหว่าง 12-20 คะแนน ($\bar{X}$ = 17.21, SD = 1.486)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

พลังสุขภาพจิต	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด (n=100)				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<55คะแนน)	83	83.0	0.0	0.0
เกณฑ์ปกติ (55-69คะแนน)	17	17.0	76	76.0
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>69คะแนน)	0.00	0.0	24	24.0
	$\bar{X} \pm SD$, Min - Max 59.91 $\pm$ 3.015, 52-68		$\bar{X} \pm SD$, Min - Max 73.08 $\pm$ 2.733, 68-79	
เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (n=92)				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<55คะแนน)	72	78.3	0.0	0.0
เกณฑ์ปกติ (55-69คะแนน)	20	21.7	70	76.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>69คะแนน)	0.0	0.0	22	23.9
	$\bar{X} \pm SD$, Min - Max 60.21 $\pm$ 3.544, 51-68		$\bar{X} \pm SD$, Min - Max 73.22 $\pm$ 23.041, 67-79	

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนรวมระดับพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด มีค่าคะแนนพลังสุขภาพจิต

ก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 83.0 และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 17.0 หลังเข้าโปรแกรม ค่าคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.0

และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 24.0 และพบว่ากลุ่ม
เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าคะแนนรวม
ระดับพลังสุขภาพจิตก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนใหญ่ต่ำ
กว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.3 และอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ร้อยละ 21.7 หลังเข้าโปรแกรม ค่าคะแนนอยู่ใน
เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.1 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ
23.9

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง
พลังสุขภาพจิต ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้สถิติ
Paired Sample T- Test

พลังสุขภาพจิต	ก่อน		หลัง		t	P value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอด (n=100)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	24.45	2.739	32.82	2.359	-39.348	.000*
ด้านกำลังใจ	12.75	2.204	16.40	1.576	-20.668	.000*
ด้านการจัดการกับปัญหา	12.49	1.744	16.97	1.617	-27.916	.000*
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	50.69	4.458	66.19	4.019	-71.062	.000*
เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (n=92)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	25.48	3.108	32.62	2.804	-35.906	.000*
ด้านกำลังใจ	13.28	1.957	16.41	1.864	-19.936	.000*
ด้านการจัดการกับปัญหา	12.10	1.881	17.21	1.486	-33.143	.000*
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	50.86	4.298	66.24	4.136	-92.858	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่า
คะแนนระดับพลังสุขภาพจิต ทั้งของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐม
ภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนทั้ง
โดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน หลังเข้าโปรแกรมสูง
วกาก่อนเข้าโปรแกรม

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง
พลังสุขภาพจิตระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
โดยใช้สถิติ Independent Sample T- Test

พลังสุขภาพจิต		เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลห้วยยอด (n=100)		เจ้าหน้าที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ (n=92)		t	P value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ด้านความมั่นคง ทางอารมณ์	ก่อน	25.45	2.739	25.48	3.108	-0.67	.947
	หลัง	32.82	2.359	32.62	2.804	.537	.592
ด้านกำลังใจ	ก่อน	12.75	2.204	13.28	1.957	-1.765	.079
	หลัง	16.40	1.576	16.41	1.864	-0.52	.958
ด้านการจัดการ กับปัญหา	ก่อน	12.49	1.744	12.10	1.881	1.494	.137
	หลัง	16.97	1.617	17.21	1.486	-1.052	.294

พลังสุขภาพจิตโดยรวม	ก่อน	50.69	4.458	50.86	4.298	-.266	.790
	หลัง	66.19	4.019	66.24	4.136	-.083	.934

*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 พบว่า

1. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความทนทานด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหา หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองในโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนพลังสุขภาพจิตทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองในโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองในโปรแกรม กษกร ฉายากุล (2561)¹ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($F = 3.385$ และ 5.204 , $p < 0.05$ ตามลำดับ กริณี สังข์ประคอง (2561)⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 9.93, $P < .01$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 22.93, $p < .001$) มะลิ โพธิพิมพ์และคณะ (2564)¹⁶ ทั้งนี้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดโครงสร้างความเข้มแข็งทางใจหรือพลังสุขภาพจิต 3 ประการของ Grothberg (1995)²³ ได้แก่

การเสริมสร้างพลังจิต ฉันเป็น (I am) เป็นการเสริมสร้างความทนทานด้านความมั่นคงทางอารมณ์ โดยการเติมพลังจิตหรือเติมพลังใจให้ตนเอง ฝึกคิดยอมรับสิ่งที่ดีของตนเองและทบทวนประโยชน์จากสิ่งดี ๆ ที่ตนมีต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ทำให้มีพลังใจที่เข้มแข็ง มีความอดทนไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค รวมทั้งมีความสามารถในการรับมือกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติและคณะ (2550)¹⁷ กล่าวว่า “ลักษณะบุคคลที่มีการฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤตหรือมีความหุนหันตัวในภาวะวิกฤต ต้องเป็นบุคคลที่มีมุมมองทางบวก มองส่วนที่เป็นประโยชน์ส่วนที่ดีที่เหลืออยู่ เข้าใจตัวเอง รู้จุดอ่อน จุดแข็งของตัวเอง ควบคุมอารมณ์และความคิดของตัวเองได้ รู้จักสร้างพลังใจให้ตัวเอง มีทักษะในการจัดการ

ปัญหาและพยายามหาทางออกที่ดีที่สุดให้กับตนเอง”

การเสริมสร้างพลังฮึด ฉันมี (I have) เป็นการเสริมสร้างความทนทานด้านกำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ตัวเอง ไม่ท้อถอย หรือคิดถึงสิ่งล้าค่าที่เป็นกำลังใจ เช่น คนในครอบครัวหรือมิตรสหาย คนที่เป็นที่พึ่งและคอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจ คิดถึงความสำเร็จที่ผ่านมา ต้องอยู่กับปัจจุบัน และคิดแก้ไขปัญหอย่างมีสติ ก็จะฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคไปได้ กำลังใจที่ดี จะเอาชนะอุปสรรคและไปยังเป้าหมายที่ต้องการสำเร็จ สอดคล้องกับ อูชา พิงธรรม (2552)²⁰ กล่าวว่า “ครอบครัว คือ กำลังใจของชีวิต การเลี้ยงดูจากพ่อแม่ด้วยความรักความอบอุ่น จะซึมซับความรักความอบอุ่นและประสบการณ์อันดีจากครอบครัว ส่งผลให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่ดี ปรับตัวได้ มีจิตใจหนักแน่นเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต หรือมีคนใกล้ชิดมิตรสหายที่พร้อมจะพูดคุย เป็นที่ปรึกษาให้กับเรา ส่งผลให้เรามีกำลังใจ มีเพื่อนคู่คิด จะช่วยให้มีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญปัญหาอย่างไม่ย่อท้อ”

การเสริมสร้างพลังฮึด ฉันสามารถ (I can) เป็นการเสริมสร้างความทนทานด้านการจัดการกับปัญหา เพิ่มพลังสู้ เพิ่มความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาและมีแรงจูงใจที่ช่วยเหลือผู้อื่น สอดคล้องกับ ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล (2550)¹² กล่าวว่า “คนที่มีความเข้มแข็งทางใจไม่ได้หมายถึงคนที่ชนะทุกเรื่องของชีวิตหรือคนที่สมหวังในทุกสิ่งที่ปรารถนา แต่หมายถึงคนที่แพ้ได้ ล้มได้ แต่ไม่ท้อถอย และสามารถเรียนรู้จากความล้มเหลวนั้นๆ เพื่อพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่าและคนทุกคนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง”

2.ค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดกับเจ้าหน้าที่หน่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กชกร ฉายากุล. (2561) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 44(2), 96-107.

บริการปฐมภูมิ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลของโปรแกรมเสริมสร้างความคิดเชิงบวกที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิด พบว่า เด็กและเยาวชนที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความคิดเชิงบวกมีพลังสุขภาพจิต ในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .01 ณัฐธินันท์ พิมพาศย์ (2560)¹³ ทั้งนี้โปรแกรมเสริมสร้างความคิดเชิงบวกเป็นกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิตประกอบด้วย พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ซึ่งเป็นโปรแกรมรูปแบบเดียวกับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เป็นโปรแกรมที่ใช้แบบทดสอบ RQ (Resilience Quotient) ของกรมสุขภาพจิต ประเมินระดับพลังสุขภาพจิตเหมือนกัน ซึ่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดหรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ล้วนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีลักษณะงานรูปแบบเดียวกัน มีความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตให้รอดพ้นจากการผลกระทบจากปัญหา อุปสรรค โดยมีการฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมอยู่กับความทุกข์ มีความยืดหยุ่นปรับตัวได้ดี และสามารถกลับมาดำเนินได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้พื้นฐานความเข้มแข็งควรได้รับการส่งเสริมและปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กและสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยไหนก็ตาม Grotberg (2005)²³

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์ ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง จึงควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น



- 2.กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย. ฉบับปรับปรุง. กระทรวงสาธารณสุข.
- 3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2546. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- 4.กรมสุขภาพจิต. (2552). แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต RQ. ค้นเมื่อ 7 มกราคม 2565 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/main.asp>
- 5.กรมสุขภาพจิต. (2564). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- 6.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. ค้นเมื่อ 7 มกราคม 2565 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/main.asp>
- 7.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ และเสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 32-47.
- 8.กระทรวงสาธารณสุข. (2558). หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ. สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2565 จาก <https://www.nhso.go.th/storage/photos/832afb96606e2/pdf/Law.pdf>
- 9.กริณี สังข์ประครอง. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง.วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 2(2), 2-20.
- 10.จันทร์สุดา จันทน์พคุณ. (2557). ระดับพลังสุขภาพจิตพยาบาลจบใหม่หมุนเวียนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 11.จิตรัตน์ ดิลกคุณานนท์. (2560) ระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- 12.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา, นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- 13.ณัฐนันท์ พิมพ์พาทย์. (2560) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความคิดเชิงบวกที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- 14.เทียนทอง หาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 15.ภักคนพิน กิตติรักษนันทและคณะ. (2563) การพัฒนาและนำเทคโนโลยีสุขภาพจิตการเสริมสร้างพลังใจไปใช้ในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย, 52(2), 33-48.
- 16.มะลิ โพธิ์พิมพ์, สุชาติ บุญยการ, จีรภา บุญยการ, วลัยชัชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, วรรัตน์ สังวะลี, และ วาสกรี เขวงกุล. (2564). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 34(1), 22-33.

- 17.เยาวนาฏ พลิตนนท์เกียรติและคณะ. (2550). *คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต(ต่อเนื่อง)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- 18.สุจิตรา สุขทวี, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และ อังคณา จิรโรจน์. (2564). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 235-243
- 19.สุรียา หมานมานะ, ไสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุนนมาลย์ อุทัยมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 124-132.
- 20.อุษา พึ่งธรรม. (2552). *คู่มือการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในสถานศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ปิยอนต์.
- 21.Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 300-302.
- 22.EOC DDC THAILAND. (2021). *Global Covid Situation*. Retrived from shorturl.at/bxAB2.
- 23.Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. Bernard van Leer Foundation. Retrieved May 10, 2014, from <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>
- 24.Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity*. Greenwood: Praeger Publishers.
- 25.Ramkissoon H. Body-Mind Medicine Interventions in COVID-19 Place Confinement for Mental, Physical and Spiritual Wellbeing. *OBM Integrative and Complementary Medicine* 2021;6(16); doi:10.21926/obm.icm

การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

Motivational Interviewing to behavior change of Diabetes Mellitus , Hypertensive
patients in Ban Thakham Subdistrict Health Promotion Hospital

(Received: February 20,2023 ; Revised: February 25,2023 ; Accepted: February 26,2023)

โสภา ไชยแก้ว¹

Sopha Chaiyakaew¹

บทคัดย่อ

การศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Motivational interviewing) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้สุขศึกษาแบบเดี่ยวและแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วย Motivational Interviewing technique กับ Routine management ว่ามีผลต่อผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงหรือไม่ และอย่างไร โดยใช้วิธีทำการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Routine to Research (R2R) จากกลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม ที่มีข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการและการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบทั้งปีงบประมาณ 2562 และ 2563 จำนวน 182 คน โดยแบ่งแบบ Non-randomized ได้กลุ่มวิจัย (Motivational Interviewing) 42 คน และกลุ่มควบคุม 140 คน ติดตามผลการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ 3, 6 เดือน และ 1 ปีงบประมาณ

ผลการศึกษา พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการ Motivational interviewingค่าความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 3 และ 6 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 3 และ 6 เดือน ค่าของเสียสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับเดียวกันทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ระดับกรดยูริก ระดับไขมันอิ่มตัว และระดับไขมันไม่ดีในเลือด เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มวิจัยมีแนวโน้มลดลง และกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระดับไขมันดีในเลือด เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับคอเลสเตอรอลรวม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญในกลุ่มวิจัย

คำสำคัญ : การเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This study on Motivational Interviewing to behavior change of Diabetic patients and Hypertensive patients was conducted with main objective to compare the results of Health education to the group and the single of Diabetic patients and Hypertensive patients by using

¹ พย.ม รพ.สต บ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

the Motivational Interviewing technique and Routine management. The experimental research (Quasi-Experimental Research) by routine research (R2R) method was applied to 182 diabetic and/or hypertensive patients who were admitted to Ban Thakham Subdistrict Health Promotion Hospital in the fiscal year 2019 and 2020. The Non-randomized group method was used to divided 42 patients in the research groups and 140 patients in the control groups and by monitoring physical examination and room examination for 3, 6 months and 1 fiscal year.

The results of the study revealed that behavioral modification using the Motivational interviewing process had a statistically significant reduction in systolic blood pressure at 3 and 6 months compared to the incremental trend in the control group. There were no statistically significant changes in BMI for both the study group and the control group at 3 and 6 months. a statistically significant increase. And statistically significant decrease in renal function at the same level in both the research group and the control group uric acid levels saturated fat level and bad cholesterol levels in the blood change but not statistically significant by the research group tends to decrease and the control group tended to increase levels of HDL in the blood increased but not statistically significant in both the research group and the control group Risk of cardiovascular disease total cholesterol level and the accumulation of sugar in the blood increase in both groups with a significant increase in the control group but not significant in the research group.

Keywords: motivational enhancement , behavior modification , diabetic patients , high blood pressure patients

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non - Communicable Disease: NCD) เป็นกลุ่ม ของโรค ที่มีสาเหตุการเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัย หรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหาร และโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น การเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง หากไม่ได้รับ การควบคุมป้องกันตั้งแต่ แรกเริ่ม จะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรค หลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจาก โรคเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง จากการสำรวจ สุขภาพประชาชน ไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 ใน ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของ

โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.8 และพบว่าร้อยละ 43.2 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็น โรคเบาหวานและได้รับการรักษาและควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดีก็มีเพียงร้อยละ 23.7 สำหรับโรค ความดันโลหิตสูงพบว่าความชุกของโรคความดัน โลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็น ร้อยละ 24.7 และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44.7 ที่ ไม่ทราบว่าตนเองเป็นที่มี โรคความดันโลหิตสูง และ มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและ ควบคุมได้เพียงร้อยละ 29.7⁽¹⁾

อำเภอเมืองเชียงใหม่ มีประชากร 234,870 คน (2562) จากการรวบรวมสถิติของผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ รักษาโรงพยาบาลนครพิงค์ปีงบประมาณ 2561

พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามลำดับดังนี้ ระดับต่ำ(<10%) ร้อยละ 7.67 ระดับปานกลาง(10-<20%) ร้อยละ 7.44 ระดับสูง(20-<30%) ร้อยละ 5.53 ระดับสูงมาก(30-<40%) ร้อยละ 2.23 ระดับสูงอันตราย($\geq 40\%$) ร้อยละ 1.37 เช่นเดียวกันจากการรวบรวมสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มารับบริการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านท่าข้ามและในปีงบประมาณ 2561 พบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ตามลำดับดังนี้ ระดับต่ำ(<10%) ร้อยละ 21.08 ระดับปานกลาง(10-<20%) ร้อยละ 42.65 ระดับสูง(20-<30%) ร้อยละ 21.57 ระดับสูงมาก(30-<40%) ร้อยละ 11.27 ระดับสูงอันตราย($\geq 40\%$) ร้อยละ 3.43 และในปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ตามลำดับดังนี้ ระดับต่ำ(<10%) ร้อยละ 22.49 ระดับปานกลาง(10-<20%) ร้อยละ 37.75 ระดับสูง(20-<30%) ร้อยละ 22.89 ระดับสูงมาก(30-<40%) ร้อยละ 12.05 ระดับสูงอันตราย($\geq 40\%$) ร้อยละ 4.82 ผลการทำงานของไต(eGFR) ในปีงบประมาณ 2561 พบตามลำดับดังนี้ การทำงานของไตในระดับที่ 1 ร้อยละ 12.20 ระดับที่ 2 ร้อยละ 53.66 ระดับที่ 3a ร้อยละ 29.27 ระดับที่ 3b ร้อยละ 3.90 ระดับที่ 4 ร้อยละ 0.98 ในปีงบประมาณ 2560 ผลการทำงานของไตพบตามลำดับดังนี้ การทำงานของไตในระดับที่ 1 ร้อยละ 16.40 ระดับที่ 2 ร้อยละ 58.40 ระดับที่ 3a ร้อยละ 16.80 ระดับที่ 3b ร้อยละ 7.20 ระดับที่ 4 ร้อยละ 1.20

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถป้องกันได้ การบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการจัดให้มีบริการดูแล รักษา ภายหลังการเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียว ไม่อาจลดภาระผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมในระยะยาวได้ ดังนั้น การป้องกันก่อนการเกิดโรคเป็นเรื่องที่จำเป็นที่จะต้องทำควบคู่กันไป โรคและภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนเกิด

จากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณหรือสัดส่วนที่ไม่พอดี ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหารรสหวาน มัน เค็มที่มากเกินไปรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยมีการใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้นจึงทำให้มีกิจกรรมต่างๆลดน้อยลง อยู่ในภาวะความเครียดประคบกับผู้ป่วยบางรายยังคงสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหากไม่มีการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในปีที่ผ่านมาผู้วิจัยได้ให้ความรู้สุขภาพผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยวด้วยวิธีการแบบRoutineซึ่งไม่ได้ค้นหาหรือประเมินปัญหาในเชิงลึกของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างจริงจังซึ่งในความเป็นจริง ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัญหาและความต้องการที่ไม่เหมือนกันดังนั้นเราจึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่หลังจากเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้เข้ารับการอบรมในเรื่อง การบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงใจที่จะเปลี่ยนแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง รวมทั้งการให้ความรู้แบบที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ในวิถีทางที่ตนเองสะดวกและเลือกด้วยตนเอง

ดังนั้นผู้ทำการวิจัยเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational interviewing technique) เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกิดแรงใจ ตระหนักเห็นความสำคัญและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเองส่งผลให้สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลและความดันโลหิตสูงและลดภาวะแทรกซ้อน
ดังที่กล่าวมาข้างต้นลงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้สุขศึกษาใน
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วย
Motivational Interviewing technique กับ Routine
management

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้เทคนิคการสร้า
แรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข ต่ออัตราการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการควบคุม
โรคได้ดีตามเกณฑ์เป้าหมาย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-
Experimental Research) บนพื้นฐานของการทำ
Routine to Research (R2R)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ
ความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้ารับการศึกษา
(Inclusion criteria) ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
ประชากร และขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง) รพ.สต.บ้านท่าข้าม โดยอาศัยการ
ประมวลผลจากฐานข้อมูลระบบงานโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (JHCIS :
Java Health Center Information System)

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา
(Exclusion criteria) มีข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการ
ไม่ครบ 2 ปีงบประมาณ คือในปีงบประมาณ 2562 -
2563 มีข้อมูลประวัติการเข้ารับการรักษาไม่ครบ 2 ไตร
มาสติดกัน หรือไม่ครบ 6 เดือนหลังเริ่มการวิจัย มี

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบ 2
ปีงบประมาณ คือขาดเพียงรายการใดรายการหนึ่ง
ข้อมูลที่มีไม่สามารถคำนวณ CVD risk, eGFR ครบ 2
ปีงบประมาณได้ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย อันได้แก่
เสียชีวิต สูญหาย ย้ายออกจากพื้นที่ หรือได้รับการส่ง
ตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษา ณ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม ที่มี
ข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการและการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการครบทั้งปีงบประมาณ 2562 และ 2563
จำนวน 182 คน โดยแบ่งแบบ Non-randomized ได้
กลุ่มวิจัย (Motivational Interviewing) 42 คน และ
กลุ่มควบคุม 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบ
บันทึกข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ความ
ดันโลหิตสูง ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล บ้านท่าข้าม ปีงบประมาณ 2562 – 2563 ซึ่งถูก
จัดเก็บในระบบฐานข้อมูล MySQL และถูกเรียกใช้โดย
โปรแกรม JHCIS โดยใช้คำสั่งภาษา sql ที่ผู้วิจัยเขียน
ขึ้นเองในการดึงข้อมูล สำหรับการคำนวณระดับความ
เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น ผู้วิจัย
อาศัยการอ้างอิงวิธีการคำนวณและสูตรคำนวณจาก
Framingham heart study

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคุณสมบัติของ
ผู้เข้าร่วมวิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย
ใช้สถิติ independent t-test สำหรับ continuous
variable และใช้สถิติ chi square สำหรับ discrete
variable จากนั้นใช้สถิติ pair t-test ในการวิเคราะห์
ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทำวิจัย สรุปผลการ
ทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากค่า $p < 0.05$

ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

หัวข้อ		กลุ่มวิจัย (42 คน)	กลุ่ม ควบคุม (140 คน)	P- valu e	95% CI
อายุเฉลี่ย (ปี)		64.21±10.0 7	64.53±8.9 1	0.84	-0.32 (- 3.51,2.87)
เพศ	ชาย	19	42	0.07	
	หญิง	23	98		
HT	เป็น	41	138	0.67	
	ไม่ เป็น	1	2		
DM	เป็น	24	39	< 0.01	
	ไม่ เป็น	18	101		

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ/หรือ เบาหวาน จำนวน 182 คน ได้รับการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวิจัย 42 คน และกลุ่มควบคุม 140 คน ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยมีอายุเฉลี่ย 64.21±10.07 ปี กลุ่มควบคุม 64.53±8.91 ปี แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.84$) ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยแบ่งเป็นชาย 19 คน หญิง 23 คน (อัตราส่วน 9:20) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมแบ่งเป็นชาย 42 คน หญิง 98 คน (อัตราส่วน 3:7) แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.07$) ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยเป็นความดันโลหิตสูง 41 คน (ร้อยละ 97.62) และ 138 คนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 98.57) แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.67$) ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยเป็นเบาหวาน 24 คน (ร้อยละ 57.14) และ 39 คนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 27.86) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยผลการตรวจร่างกาย จำแนกตามกลุ่มวิจัยและควบคุม เทียบระหว่างเดือนที่ 0, 3 และ 6 ของการทำวิจัย

V/S	เดือน	กลุ่มวิจัย (42 คน)			กลุ่มควบคุม (140 คน)		
		Mean±SD	เทียบกับเดือนที่ 0		Mean±SD	เทียบกับเดือนที่ 0	
			P- value	Mean dif (95% CI)		P- value	Mean dif (95% CI)
SBP	0	136.84±15.05	-		133.11±12.69	-	
	3	132.12±12.35	0.01	-4.72 (-8.3,-1.14)	131.95±10.56	0.22	-1.16 (-3.03,0.71)
	6	131.58±11.45	0.02	-5.26 (-9.59,-0.93)	136.12±13.30	0.01	3.01 (0.81,5.21)
BMI	0	25.34±4.17	-		24.28±4.79	-	
	3	26.86±10.23	0.33	1.53 (-1.59,4.64)	24.26±4.68	0.84	-0.02 (-0.27,0.22)
	6	25.31±4.30	0.93	-0.02 (-0.55,0.51)	24.44±4.77	0.32	0.16 (-0.16,0.48)

จากตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจร่างกาย เทียบระหว่างกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม พบว่า • ค่าความดันโลหิตตัวบน หลังจากการทำวิจัย 3 เดือน กลุ่มวิจัย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 4.72 mmHg (P = 0.01) กลุ่มควบคุม ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 1.16 mmHg (P = 0.22) ค่าความดันโลหิตตัวบน หลังจากการทำวิจัย 6 เดือน กลุ่มวิจัย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 5.26mmHg (P = 0.02) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 3.01

mmHg (P = 0.01) ค่าดัชนีมวลกาย หลังจากการทำวิจัย 3 เดือน กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 1.53 kg/m² (P = 0.33) กลุ่มควบคุม ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.02kg/m² (P = 0.84) ค่าดัชนีมวลกาย หลังจากการทำวิจัย 6 เดือน กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.02 kg/m² (P = 0.93) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.16 kg/m² (P = 0.32)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำแนกตามกลุ่มวิจัยและควบคุม เทียบระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2563

Lab	ปี งบ	กลุ่มวิจัย (42 คน)			กลุ่มควบคุม (140 คน)		
		Mean±SD	P-value	Mean dif (95% CI)	Mean±SD	P-value	Mean dif (95% CI)
Cr	60	0.99±0.41	<0.01	0.11 (0.07,0.15)	0.92±0.25	<0.01	0.10 (0.08,0.11)
	61	1.10±0.39			1.01±0.23		
Uric	60	6.06±1.26	0.09	-0.28 (-0.61,0.04)	5.97±1.50	0.60	0.05 (-0.14,0.24)
	61	5.78±1.24			6.03±1.57		
Chol	60	195.90±34.93	0.66	3.21 (-11.54,17.96)	201.79±31.85	<0.01	10.31 (3.69,16.92)
	61	199.12±41.05			212.1±41.30		
TG	60	171.43±104.06	0.09	-31.71 (-68.5,5.07)	151.14±69.53	0.99	0.10 (-12.67,12.87)
	61	139.71±62.04			151.24±86.69		
HDL	60	51.38±12.60	0.10	2.24 (-0.44,4.92)	55.12±12.13	0.49	0.41 (-0.75,1.56)
	61	53.62±11.54			55.53±12.18		
LDL	60	132.31±27.28	0.61	-2.98 (-14.66,8.71)	134.55±27.20	0.13	4.33 (-1.35,10.01)
	61	129.33±32.21			138.88±33.72		
HbA1c	60	7.53±1.29	0.61	0.11 (-0.34,0.56)	7.28±1.43	0.01	0.61 (0.18,1.04)
	61	7.65±1.34			7.89±1.55		
CVD	60	19.61±9.13	0.26	0.81 (-0.63,2.26)	15.49±6.80	<0.01	1.62 (0.95,2.29)
	61	20.43±9.59			17.11±7.94		
eGFR	60	76.06±21.82	<0.01	-9.56 (-12.04,-7.07)	75.67±17.75	<0.01	-9.00 (-10.25,-7.75)
	61	66.50±20.07			66.66±15.58		

จากตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เทียบระหว่างกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าของเสียสะสมในเลือด (Creatinine

: Cr) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.11 mg/dL (P < 0.01) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.10 mg/dL(P

< 0.01) ระดับกรดยูริกในเลือด (Uric acid : Uric) กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.28 mg/dL (P = 0.09) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.05mg/dL(P = 0.60) ระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือด (Total cholesterol : Chol) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 3.21 mg/dL (P = 0.66) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 10.31 mg/dL(P < 0.01) ระดับไขมันอิ่มตัวในเลือด (Triglyceride : TG) กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 31.71 mg/dL (P = 0.09) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.10 mg/dL(P = 0.99) ระดับไขมันดีในเลือด (HDL cholesterol : HDL) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 2.24 mg/dL (P = 0.10) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.41 mg/dL(P = 0.49) ระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL cholesterol : LDL) กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 2.98 mg/dL (P = 0.61) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 4.33 mg/dL(P = 0.13) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c : HbA1c) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.11 % (P = 0.61) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.61 % (P = 0.01) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (Framingham CVDrisk : CVD) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.81 % (P = 0.26) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 1.62 % (P < 0.01) ค่าการทำงานของไต (Estimated glomerular filtration rate : eGFR) กลุ่มวิจัย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 9.56 mL/min/1.73m² (P < 0.01) กลุ่มควบคุม ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 9.00 mL/min/1.73m² (P < 0.01)

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้ป่วยในกลุ่มวิจัยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล (Motivational Interviewing Technique) จากนั้นติดตามผลที่ 3 เดือน, 6 เดือน และสิ้นปีงบประมาณ พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบนของผู้ป่วยในกลุ่มวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 3 และ 6 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 3 และ 6 เดือน ค่าของเสียสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับเดียวกันทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ระดับกรดยูริก ระดับไขมันอิ่มตัว และระดับไขมันไม่ดีในเลือด เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มวิจัยมีแนวโน้มลดลง และกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระดับไขมันดีในเลือด เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับคอเลสเตอรอลรวม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญในกลุ่มวิจัย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการ Motivational interviewing สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตตัวบน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับคอเลสเตอรอลรวม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในกลุ่มวิจัยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ระดับกรดยูริก ระดับไขมันอิ่มตัว และระดับไขมันไม่ดีในเลือด ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมว่ามีแนวโน้มที่ดีกว่าในกลุ่มวิจัยหรือไม่ สำหรับการควบคุมดัชนีมวลกาย ค่าของเสียสะสมในเลือด ค่าการทำงานของไต และระดับไขมันดีในเลือด

ยังต้องมีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น รวมไปถึงการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็น Randomized controlled trial การเพิ่มกระบวนการ

Motivational interviewing ในกลุ่มเดิมซ้ำในระยะเวลาที่เหมาะสม และเพิ่มการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ครอบคลุมและครบถ้วนในทุกปี เพื่อพัฒนางานประจำที่ทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก.คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2560 การบริหารบริการโรคเรื้อรัง เล่ม 4. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center): ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข; [Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/index.php>]
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (JHCIS). 10 กรกฎาคม 2560ed: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. Framingham Heart Study : Cardiovascular Disease (10- year risk) [Available from: <https://www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/cardiovascular-disease/10-year-risk.php>]
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ ก. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2014. 32 p.
6. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554: ศูนย์สารสนเทศ ราชบัณฑิตยสถาน; 2011 [Available from: <http://www.royin.go.th/dictionary/>]
7. Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension 2012 Update 2015: Thai Hypertension Society; 2015.
8. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2014: Diabetes Association of Thailand; 2014.

การศึกษาภาพรังสีทรวงอก การดำเนินโรคและปัจจัยแสดงความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ในช่วง 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 - 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564

Study of chest radiographs disease progression and severity factors
in patients with COVID-19 who received treatment
at Kalasin Hospital in 1 May 2021 – 15 July 2021

(Received: February 20,2023 ; Revised: February 27,2023 ; Accepted: March 7,2023)

ปวีณา พันตัน¹

Paweena Pantan¹

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ จึงต้องวินิจฉัยภาพทางรังสีจาก chest radiography (chest x-ray) ปัจจุบันยังไม่ได้มีความจำเพาะของภาพทางรังสี สำหรับโรคปอดอักเสบจากโควิด-19⁴ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 - 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564 เพื่อใช้ภาพรังสีทรวงอกในการวินิจฉัย ติดตามการดำเนินโรคความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโควิด-19 และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกของผู้ป่วยกับข้อมูลพื้นฐานและอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยโควิด-19 รูปแบบการศึกษา Cross-sectional study สถิติพรรณนาคำเสนอโดยค่าเฉลี่ย และ ร้อยละ สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ multiple logistic regression เสนอโดย ค่า OR_{adj} 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 205 ราย (หญิง 110 ราย ร้อยละ 53.7 ชาย 95 ราย ร้อยละ 46.3) อายุระหว่าง 18-69 ปี (ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (คิดเป็นร้อยละ 56.6) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.4 โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร่วม ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 77.1 มีโรคเบาหวานร่วมร้อยละ 10.7 อาการที่พบได้มากที่สุด คืออาการไอ ร้อยละ 53.7 และ ไข้ ร้อยละ 51.7 มีความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก 147 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 205 ราย (ร้อยละ 71.7) จำนวนภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ 439 ภาพ จากทั้งหมด 696 ภาพ (ร้อยละ 63) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities มากที่สุด โดยเริ่มที่ปอดส่วนรอบนอก peripheral และด้านล่างของปอดทั้งสองข้างก่อน จากนั้นมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นโดยจะกระจายตัวไปทั่วๆปอดส่วนกลางและด้านล่าง โดยมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และพบความผิดปกติแบบ consolidationร่วมด้วย ในช่วงที่มีการติดตามภาพรังสีทรวงอก 1-4 วันและ5-9วัน จากนั้นในช่วงที่มีการติดตามภาพรังสีทรวงอกช่วงวันที่10-14ยังพบ ground glass opacities หลงเหลือแต่ความรุนแรงลดลง และพบว่าเริ่มมี reticulation มาแทนที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงมากกว่าวันที่ 10ซึ่งแสดงถึงการเริ่มฟื้นฟูของโรค ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตสัมพันธ์กับการพบความผิดปกติภาพรังสีทรวงอกแรกรับแบบหนาที่ปอดที่ถุงลมปอด (consolidation) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj}= 18.64, 95\%CI: 1.9274 - 180.356, p= 0.01$) และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าปัจจัยเรื่องอายุสัมพันธ์กับความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกโดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสพบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก1.10 เท่า (95% CI: 1.06 – 1.14, p-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาพรังสีทรวงอก, ผู้ป่วยโควิด-19

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Abstract

Covid-19 is a contagious respiratory disease and for this reason chest radiography or CXR can be used to diagnose Covid-19, as it often manifests itself as pneumonia. Currently there are no specific characteristic radiographic findings that are used during diagnosis of patients with Covid-19 pneumonia⁶. The aim of this study is to investigate and describe findings and risk factors the of first images made with CXR in patients suffering from Covid-19, These patients were treated at Kalasin Hospital (Thailand) between May 1, 2021 and July 15, 2021. The descriptive Statistics study uses the average and percentage. Analytical statistics use multiple logistic regression ORadj 95%CI at $p=0.05$.

Result: 250 patients, of which 110 females (53.7%) and male 95 (46.3%), where admitted at Kalasin Hospital from May 1, 2021, to July 15, 2021. Their ages ranges from 18 to 69 years (mean age = 40). Most patients were self-employed (56.6%) and active in the agricultural sector (25.3%). Most patients had no underlying disease (77.1%), but some suffered from diabetes mellitus DM (10.7%). Most patients complained of coughing (53.7%) and fever (51.7%). 147 patients in 205 patients (71.7%) has abnormal CXR findings. 439 abnormal CXR in all 696 CXR were analyzed to see disease progression. The most common abnormal findings on CXR were peripheral ground glass opacity affecting the bilateral lower lobes. The ground glass opacity progressed from peripheral to diffuse bilateral middle and lower lung fields with increase consolidation about 1-4 days and 5-9 days after initial CXR. The reticulations were developed about 10 days to more than 15 days from initial CXR that indicating healing phase. The first chest radiography found consolidation related with clinical severity statistically significant ORadj = 18.64, 95% CI: 1.9274-180.356, $p = 0.01$. *Multivariate* analysis found one year increase in age relate with abnormal CXR 1.1 times (95% CI: 1.06 – 1.14, p -value < 0.001).

Keywords: chest radiographs , patients with COVID-19

บทนำ

ในปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังประสบกับปัญหาสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (Covid-19) โดยการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปีพ.ศ.2562 และลุกลามไปทั่วโลก ในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน พ.ศ.2564 อัตราการติดเชื้อในประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่ 9,489 คน อัตราการติดเชื้อยืนยันสะสมในประเทศไทย 1,581,415 คน และอัตราผู้เสียชีวิตทั้งหมด 16,498 คน¹² ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2564 - วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564 พบ ผู้ป่วยยืนยันสะสม 10,131 ราย ผู้ป่วยยืนยันกำลังรักษาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม 284 ราย หายป่วยวันนี้ 18 ราย หายป่วยสะสม 9,780 ราย เสียชีวิตสะสม

67 ราย³ เนื่องจากเชื้อโควิด-19 มักส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยภาพทางรังสีจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) ปัจจุบันยังไม่ได้มีความจำเพาะของภาพรังสีทรวงอกสำหรับโรคปอดอักเสบจากโควิด-19⁴ รังสีแพทย์จากทั่วโลกมีการรายงานและเผยแพร่แบ่งปันข้อมูลลักษณะภาพรังสีเพื่อวินิจฉัยและดูความเป็นไปของโรค⁴⁻¹⁰ เพื่อให้การวินิจฉัยปอดอักเสบจากโควิด-19 ได้รวดเร็วและประเมินคัดแยกความรุนแรงของโรค ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาต่อไป การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอก การดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีทรวงอก ซึ่งใช้ภาพรังสีทรวงอกในการวินิจฉัย ติดตามความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโควิด-19 และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกของผู้ป่วยกับข้อมูลพื้นฐานและอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Cross-sectional study โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในข้อมูลทั่วไปในกรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ค่ามัธยฐานและพิสัย ใช้สถิติพหุโลจิสติกส์ถดถอย (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ค่า Adjusted Odd's ratio, 95% confidence interval ที่ระดับ p-value < 0.05

ขนาดตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโควิด-19 และเข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 - 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564 ที่ Cohort ward โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{Sample size} = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด

P = สัดส่วน, อัตรา เช่น ความชุก ฯลฯ

d = Precision

การประมาณค่าสัดส่วนของประชากร (Estimating proportion of one group) โดยกำหนดความผิดพลาดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% และกำหนดค่ามาตรฐาน ตามตาราง Z เท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จากการติดตามผลของภาพรังสีทรวงอกผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 88 คน พบว่า มีผล Chest x-rays ผิดปกติตลอดการติดตาม เท่ากับ 13 คน (14.8%)¹¹ จากการคำนวณ พบว่าได้ขนาดตัวอย่าง 194 คน ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญเสียจากการศึกษา 10

% ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้คือ 205 คน ดำเนินการคัดเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา

1 ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันการตรวจวินิจฉัยโดย RT-PCR จากการทำ Nasopharyngeal Swabs ได้ผลเป็น positive

2 ผู้ป่วยมีอายุช่วง 18-69 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่ Cohort ward และได้รับการติดตามอาการด้วยภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษาโควิด-19 ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา

1 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอดอยู่เดิม เช่น โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) โรคมะเร็งปอด

2 ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (film chest x-ray) ในวันแรกที่เข้ารับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 ได้รับการยืนยันการตรวจวินิจฉัยโดย RT-PCR จากการทำ Nasopharyngeal Swab ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 - 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564 จำนวน 205 ราย โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน ทั้งหมด 205 ฉบับ

วิเคราะห์ภาพรังสีทรวงอกแรกรับและติดตามผลการรักษาตามช่วงเวลา 1-4 วัน, 5-9 วัน, 10-14 วัน, มากกว่าหรือเท่ากับ 15 วันนับจากวันแรกรับจากระบบ PACS แปลผลโดยรังสีแพทย์ 2 ท่าน

ลักษณะภาพรังสีทรวงอกประกอบไปด้วย ลักษณะ Ground glass opacity, consolidation, reticulation, pulmonary nodule/mass อ้างอิงตาม Fleischner society glossary of term¹¹ และอื่นๆ เช่น Pleural effusion, Pneumothorax ลักษณะการกระจายตัวแบ่งเป็น เหนือที่ peripheral, เหนือที่ perihilar และกระจายตัวทั่วปอด และการกระจายตัวตามกลีบปอดแต่ละข้าง ระดับความรุนแรงของรอยโรคในปอด Total Severity Score (TSS) อ้างอิงตาม Maximum severity score by Warren et al¹² ปอดแต่ละข้างให้

คะแนน 0-4 ขึ้นกับว่ามีรอยโรคที่ปอดมากน้อยเพียงใด
คะแนน 0 = ไม่พบความผิดปกติ, คะแนน 1 < 25 %
คะแนน 2 = 25-50 % คะแนน 3 = 50-75 % คะแนน 4
> 75 % โดยค่าคะแนนความรุนแรงสูงสุด (Total
Maximum severity score) เป็นคะแนน 0 1 2 3 4 5 6
7 และ 8

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19
ได้รับการยืนยันการตรวจวินิจฉัยโดย RT-PCR จากการ
ทำ Nasopharyngeal Swab ที่เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม
พ.ศ.2564 - 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564 จำนวน 205 ราย
พบว่าเป็นเพศหญิง 110 ราย (ร้อยละ 53.7) เพศชาย 95
ราย (ร้อยละ 46.3) อายุระหว่าง 18-69 ปี (ค่าเฉลี่ยอยู่
ในช่วง 40 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (คิดเป็น
ร้อยละ 56.6) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ
25.3 โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร่วม ซึ่งคิดเป็นร้อย
ละ 77.1 มีโรคเบาหวานร่วมร้อยละ 10.7 โรคความดัน
โลหิตสูงร่วมร้อยละ 10.7 อาการที่พบได้มากที่สุด คือ
อาการไอ ร้อยละ 53.7 และ ไข้ ร้อยละ 51.7

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรังสีทรวงอก จาก
การวิเคราะห์ภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วย 205 ราย
จำนวน 696 ภาพ แบ่งเป็นภาพรังสีทรวงอกแรกรับ 205
ภาพ และติดตามผลการรักษาทั้งหมด 491 ภาพ โดย
แบ่งตามช่วงเวลาติดตามภาพรังสีทรวงอก 1-4 วัน 49
ภาพ, 5-9 วัน 194 ภาพ, 10-14 วัน 200 ภาพ, มากกว่า
หรือเท่ากับ 15 วันนับจากวันแรกรับ 48 ภาพ. พบว่า
ผู้ป่วยมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ 147 ราย จากผู้ป่วย
ทั้งหมด 205 ราย (ร้อยละ 71.7) มีภาพรังสีทรวงอก
ผิดปกติจำนวน 439 ภาพจาก 696 ภาพ โดยแบ่งเป็น
ภาพรังสีทรวงอกแรกรับผิดปกติ 113 ภาพจากทั้งหมด
205 ภาพ (ร้อยละ 55.12) ภาพรังสีทรวงอกหลังจาก
ติดตามการรักษา 1-4 วันพบว่ามีภาพรังสีทรวงอก
ผิดปกติ 43 ภาพจากทั้งหมด 49 ภาพ (ร้อยละ 87.8)
ภาพรังสีทรวงอกหลังจากติดตามการรักษา 5-9 วัน

พบว่ามีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ 130 ภาพจากทั้งหมด
194 ภาพ (ร้อยละ 67) ภาพรังสีทรวงอกหลังจากติดตาม
การรักษา 10-14 วันพบว่ามีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ
118 ภาพจากทั้งหมด 200 ภาพ (ร้อยละ 59) ภาพรังสี
ทรวงอกหลังจากติดตามการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ
15 วันพบว่ามีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ 35 ภาพจาก
ทั้งหมด 48 ภาพ (ร้อยละ 72.9) และพบว่ามีผู้ป่วย 58
รายที่มีภาพรังสีทรวงอกปกติตลอดการรักษาใน
โรงพยาบาล ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1

คุณลักษณะที่ตรวจพบจากการถ่ายภาพรังสี
ทรวงอกแรกรับผู้ป่วยจำนวน 205 ราย พบว่าภาพถ่าย
รังสีทรวงอกผิดปกติ 113 ภาพ จากทั้งหมด 205 ภาพ
(ร้อยละ 55.12) ความผิดปกติทางรังสีที่พบมากที่สุด
คือลักษณะผิดปกติแบบฝ้าขาว (ground glass
opacities) 111/205 ร้อยละ 54.14 ลักษณะผิดปกติ
แบบหนาที่บวมที่ถุงลมปอด (consolidations) 14/205
ร้อยละ 6.83 มีความผิดปกติเป็นเม็ด (nodular) 9/205
ร้อยละ 4.39 กระจายตัวมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนรอบ
นอก (peripheral) 92/205 ร้อยละ 44.87 มักพบที่ปอด
ทั้งสองข้าง 65/205 ร้อยละ 31.71 พบมากที่สุดที่เนื้อปอด
ส่วนล่างโดยพบที่ปอดด้านซ้ายล่าง ร้อยละ 43.41 และ
ปอดด้านขวาล่าง ร้อยละ 39.51 และยังพบว่ามีผู้ป่วย
1 ราย ที่มีในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion)ร่วมด้วย
ภาพรังสีทรวงอกแรกรับส่วนใหญ่ปกติ 92 /205 ร้อยละ
44.87 ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติมีระดับความรุนแรง
อยู่ในระดับ 1, 2, 3 4 5 6 7 ร้อยละ 13.65, 14.63,
5.36, 14.14, 2.43, 2.92, 1.95ตามลำดับ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของ
โรค COVID-19 กับคุณลักษณะและภาพรังสีทรวงอก
แรกรับ พบว่า พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง
สัมพันธ์กับการพบพยาธิสภาพผิดปกติตั้งแต่การ
ถ่ายภาพรังสีทรวงอกในครั้งแรกลักษณะพยาธิสภาพ
ผิดปกติแบบที่บวมที่ถุงลมปอด (consolidation) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 18.64, 95\%CI: 1.9274 -$
 $180.356, p = 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค COVID-19 กับคุณลักษณะและสิ่งที่ตรวจพบจากการ X-Ray ปอด ครั้งที่ 1 (N=205)

คุณลักษณะ	ความรุนแรง		OR _{adj}	P-value
	รุนแรง	ไม่รุนแรง		
เบาหวาน				
- เป็น	1	21	1.00	0.99
- ไม่เป็น	5	178	(0.656 - 15.2676)	
ความดันโลหิตสูง				
- เป็น	2	20	3.67	0.31
- ไม่เป็น	4	178	(0.2954 - 45.6104)	
พยาธิสภาพที่ปอดด้านขวาบน				
- มี	3	5	6.35	0.15
- ไม่มี	3	194	(0.5128 - 78.5909)	
พยาธิสภาพที่ปอดด้านซ้ายล่าง				
- มี	5	84	6.84	0.08
- ไม่มี	1	115	(0.7852 - 59.6788)	
ลักษณะพยาธิสภาพผิดปกติแบบที่บวมปอด (consolidation)				
- มี	4	10	18.64	0.01
- ไม่มี	2	189	(1.9274 - 180.356)	

การติดตามการดำเนินโรคจากภาพรังสีทรวงอก หลังจากติดตามการรักษา 1-4 วันพบว่ามีการพบรังสีทรวงอกผิดปกติ 43 ภาพจากทั้งหมด 49 ภาพ (ร้อยละ 87.8) โดยส่วนใหญ่พบความผิดปกติแบบฝ้าขาว (ground glass opacities) 42/49 ร้อยละ 85.71 ผิดปกติแบบหนาที่บวมปอด (consolidations) 21/49 ร้อยละ 42.9 มีความผิดปกติเป็นเม็ด (nodular) 1/49 ร้อยละ 2 มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) 1/49 ร้อยละ 2 กระจายตัวมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนรอบนอก (peripheral) 32/49 ร้อยละ 65.3 เริ่มมีการกระจายตัวแบบทั่วๆ (diffuse) มากขึ้น 11/49 ร้อยละ 22.44 มักพบที่ปอดทั้งสองข้าง 31/49 ร้อยละ 63.3 พบมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนล่างโดยพบที่ปอดด้านซ้ายล่าง ร้อยละ 73.5 และปอดด้านขวาล่าง ร้อยละ 78

ภาพรังสีทรวงอกหลังจากติดตามการรักษา 5-9 วันพบว่ามีการพบรังสีทรวงอกผิดปกติ 130 ภาพจากทั้งหมด 194 ภาพ (ร้อยละ 67) โดยส่วนใหญ่พบความผิดปกติแบบฝ้าขาว (ground glass opacities) 124/194 ร้อยละ 63.91 ผิดปกติแบบหนาที่บวมปอด

(consolidations) 50/194 ร้อยละ 25.8 มีความผิดปกติเป็นเม็ด (nodular) 8/194 ร้อยละ 4.1 ความผิดปกติแบบร่างแห (reticular) 10/194 ร้อยละ 5.2 กระจายตัวมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนรอบนอก (peripheral) 93/194 ร้อยละ 47.9 มีการกระจายตัวแบบทั่วๆ (diffuse) 31/194 ร้อยละ 16 มักพบที่ปอดทั้งสองข้าง 86/194 ร้อยละ 44.6 พบมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนล่างโดยพบที่ปอดด้านซ้ายล่าง ร้อยละ 53.6 และปอดด้านขวาล่าง ร้อยละ 49

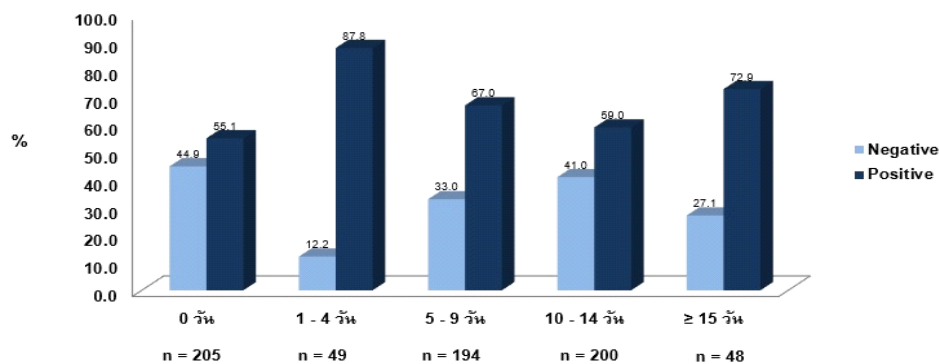
ภาพรังสีทรวงอกหลังจากติดตามการรักษา 10-14 วันพบว่ามีการพบรังสีทรวงอกผิดปกติ 118 ภาพจากทั้งหมด 200 ภาพ (ร้อยละ 59) โดยส่วนใหญ่พบความผิดปกติแบบฝ้าขาว (ground glass opacities) 94/200 ร้อยละ 47 ผิดปกติแบบหนาที่บวมปอด (consolidations) ลดลงเหลือ 15/200 ร้อยละ 7.5 มีความผิดปกติเป็นเม็ด (nodular) 4/200 ร้อยละ 2 ความผิดปกติแบบร่างแห (reticular) เพิ่มขึ้นเป็น 61/200 ร้อยละ 30.5 กระจายตัวมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนรอบนอก (peripheral) 97/200 ร้อยละ 48.5 มีการกระจายตัวแบบทั่วๆ (diffuse) 18/200 ร้อยละ 9 มักพบที่ปอดทั้ง

สองข้าง 70/200 ร้อยละ 34.8 พบมากที่เนื้อปอดส่วนล่าง โดยพบที่ปอดด้านซ้ายล่าง ร้อยละ 44 และปอดด้านขวาล่าง ร้อยละ 42.5

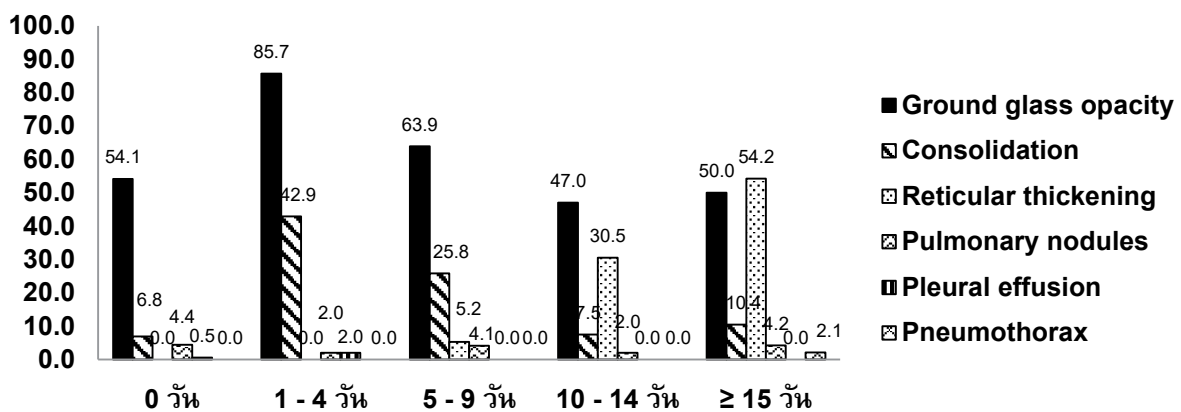
ภาพรังสีทรวงอกหลังจากติดตามการรักษา มากกว่าหรือเท่ากับ 15 วันพบว่า มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ 35 ภาพจากทั้งหมด 48 ภาพ (ร้อยละ 72.9) เป็นความผิดปกติแบบฝ้าขาว (ground glass opacities) 24/48 ร้อยละ 50 แต่ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงน้อย (TSS 1-2 จำนวน 21/48 ร้อยละ 43.7) ผิดปกติแบบหนาที่ปอดที่ถุงลมปอด (consolidations) ลดลงเหลือ 5/48 ร้อย

ละ 10.4 มีความผิดปกติเป็นเม็ด (nodular) 2/48 ร้อยละ 4.2 ความผิดปกติแบบร่างแห (reticular) เพิ่มขึ้น 26/48 ร้อยละ 54.2 กระจ่ายตัวมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนรอบนอก (peripheral) 23/48 ร้อยละ 47.9 มีการกระจายตัวแบบทั่วๆ (diffuse) 8/48 ร้อยละ 16.6 มักพบที่ปอดทั้งสองข้าง 25/48 ร้อยละ 52.1 พบมากที่เนื้อปอดส่วนล่างโดยพบที่ปอดด้านซ้ายล่าง ร้อยละ 44.7 และปอดด้านขวาล่าง ร้อยละ 56.3 มีผู้ป่วยหนึ่งรายพบว่ามีลมรั่วในช่องอก (pneumothorax) 1/48 ร้อยละ 2.1 ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2-5

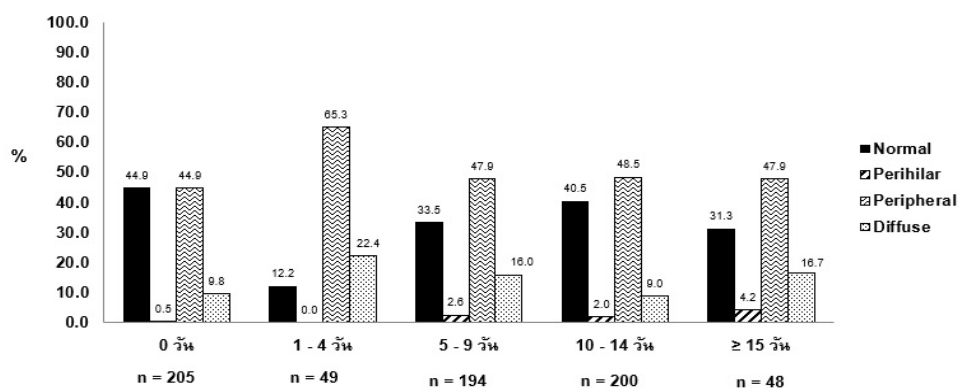
Chest X-ray



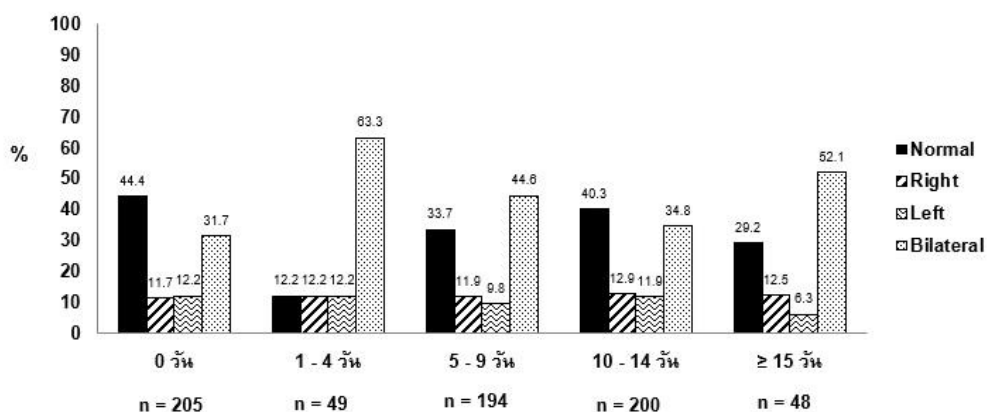
ภาพประกอบที่ 1 แสดงจำนวนของภาพรังสีทรวงอกที่ปกติและผิดปกติ



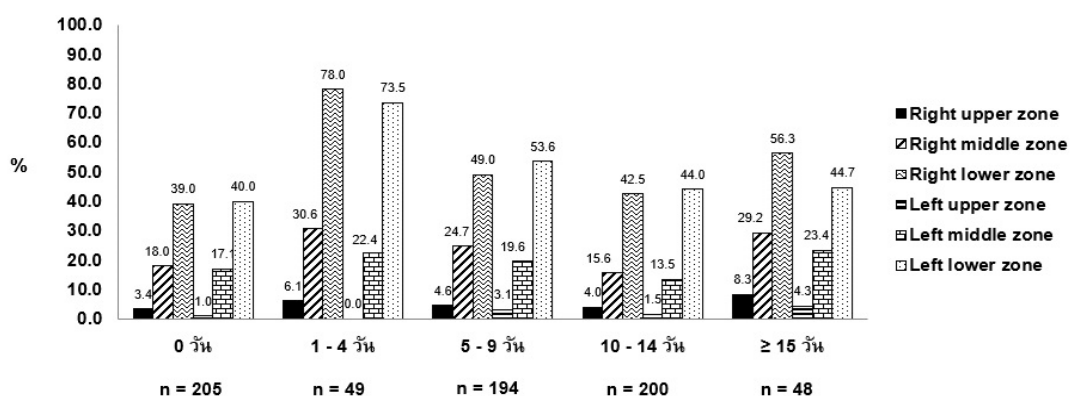
ภาพประกอบที่ 2 แสดงลักษณะความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก พบความผิดปกติแบบฝ้าขาว (ground glass opacities) มากที่สุด และเริ่มมีความผิดปกติแบบหนาที่ปอดที่ถุงลมปอด (consolidations) มากขึ้นในภาพรังสีทรวงอกหลังจากติดตามการรักษา 1-4 วันและ 5-9 วัน จากนั้นในช่วงที่มีการติดตามภาพรังสีทรวงอกช่วงวันที่ 10-14 ก็ยังพบ ground glass opacities และพบว่าเริ่มมี reticulation มาแทนที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงวันที่ 10-14 และมากกว่า 15 วันของการติดตามการรักษาด้วยภาพรังสีทรวงอกซึ่งบ่งบอกถึงการฟื้นฟูของโรค



ภาพประกอบที่ 3 แสดงลักษณะความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกพบว่าส่วนใหญ่กระจายตัวมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนรอบนอก (peripheral) และกระจายทั่วๆปอด



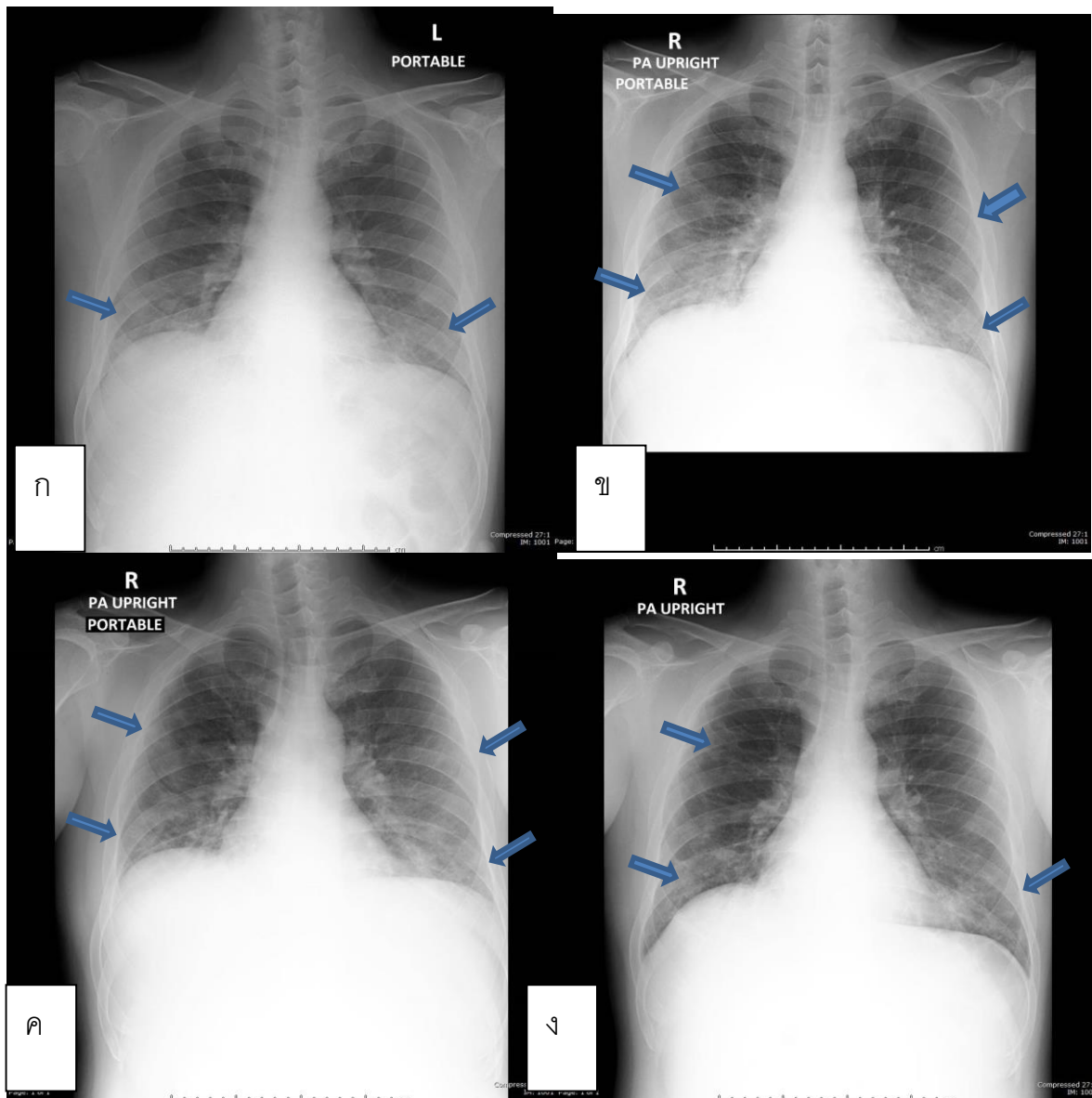
ภาพประกอบที่ 4 แสดงลักษณะความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกพบว่าส่วนใหญ่มีการกระจายตัวที่ปอดทั้งสองข้าง



ภาพประกอบที่ 5 แสดงลักษณะความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกพบว่ากระจายตัวมากที่สุดที่เนื้อปอดส่วนล่างทั้งสองข้าง

จากการศึกษาการดำเนินโรคจากภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ จำนวน 147 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 205 ราย (ร้อยละ 71.7) มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติจำนวน 439 ภาพจาก 696 ภาพ พบว่ามีภาพถ่ายรังสีทรวงอกวันแรกได้รับผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities มากที่สุด โดยเริ่มที่ปอดส่วนรอบนอก peripheral ของปอดด้านล่างทั้งสองข้างก่อน จากนั้นมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นโดยจะกระจายตัวไปที่ปอดส่วนกลางและด้านล่าง และจากด้านรอบนอก peripheral ก่อนสู่การกระจายตัวทั่วปอด มีระดับความรุนแรง (TSS) ของ ground glass opacities เพิ่มขึ้น และมีการพัฒนาเป็น

ความผิดปกติแบบ consolidation รวมด้วย ในช่วงที่มีการติดตามภาพรังสีทรวงอก 1-4 วันและ 5-9 วัน จากนั้นในช่วงที่มีการติดตามภาพรังสีทรวงอกช่วงวันที่ 10-14 ก็ยังพบ ground glass opacities หลงเหลือแต่ ความรุนแรงลดลง และพบว่าเริ่มมี reticulation มาแทนที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงวันที่ 10-14 และมากกว่า 15 วันของการติดตามการรักษาด้วยภาพรังสีทรวงอกซึ่งบ่งบอกถึงมีการฟื้นฟูของโรค อธิบายตัวอย่างผู้ป่วยดังภาพประกอบที่ 6-9 (ระดับความรุนแรงของรอยโรคในปอด Total Severity Score : TSS อ้างอิงจาก Maximum severity score by Warren et al¹²)



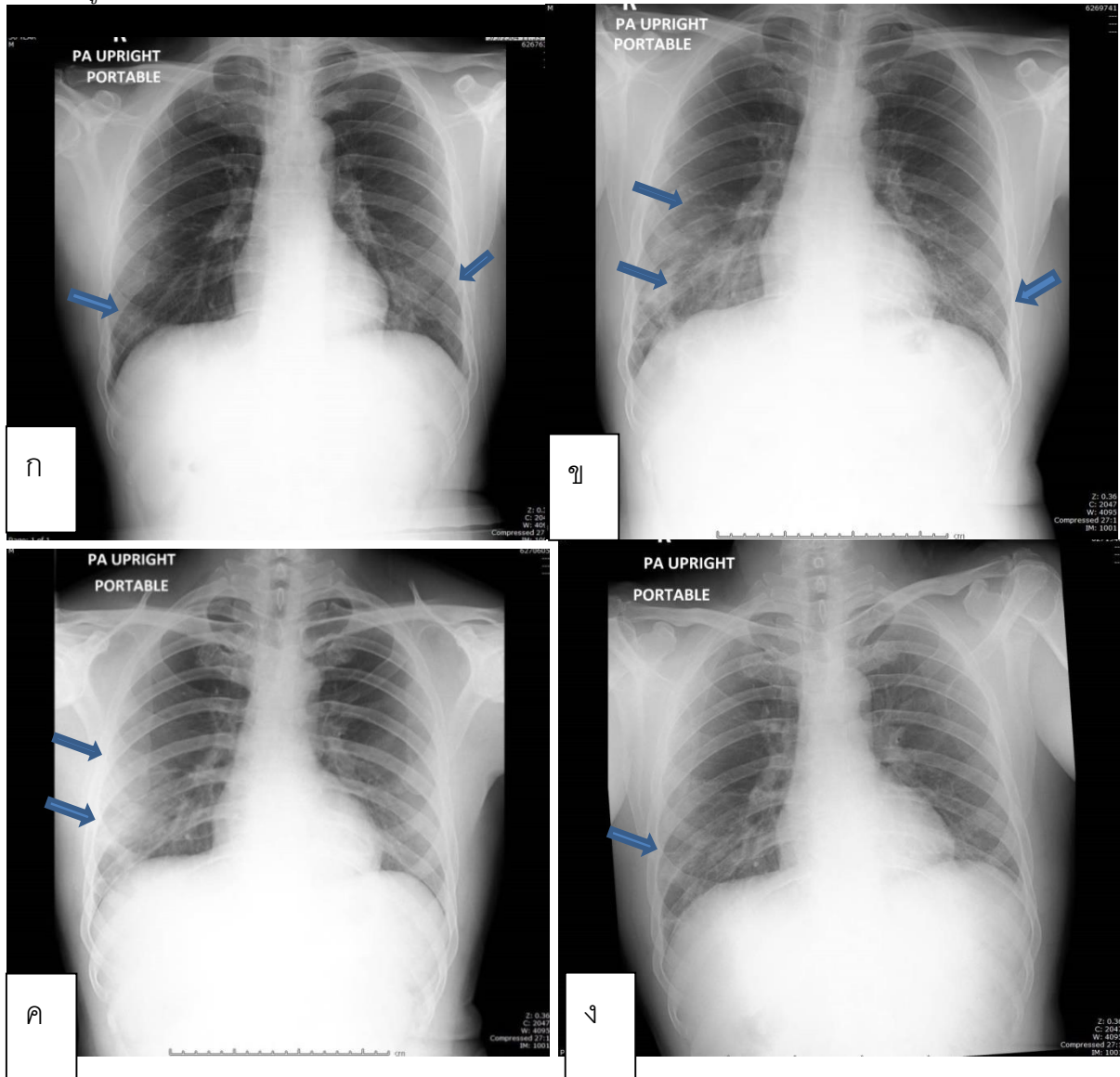
ภาพประกอบที่ 6 ภาพรังสีทรวงอกของชาย อายุ 41 ปี ผู้ป่วยยืนยันโควิด-19

ก) ภาพรังสีทรวงอกแรกได้รับ พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาวจาง ground glass opacities ที่ปอดด้านขวาล่างและซ้ายล่าง (TSS= 2 ขวา 1, ซ้าย 1)

ข) ภาพรังสีทรวงอกติดตามหลังการรักษา 3 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาวจาง ground glass opacities และแบบหนาที่บัพที่ถุงลมปอด (consolidations) เพิ่มขึ้นที่ส่วนกลางและด้านล่างของปอดทั้งสองข้าง ทั้งรอบนอกและตรงกลาง (TSS= 5 ขวา 3, ซ้าย 2)

ค) ภาพรังสีทรวงอกติดตามหลังการรักษา 7 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities และแบบหนาที่บัพที่ถุงลมปอด (consolidations) ที่ปอดด้านขวาล่างและซ้ายล่าง ด้านซ้ายล่างเท่าเดิม ทั้งรอบนอกและตรงกลาง (TSS= 5 ขวา 3, ซ้าย 2)

ง) ภาพรังสีทรวงอกติดตามหลังการรักษา 11 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาวเริ่มลดลง และมีความผิดปกติแบบร่างแห (reticulation) ในช่วงพื้นฟูเริ่มหายจากโรค (TSS= 3 ขวา 2, ซ้าย 1)



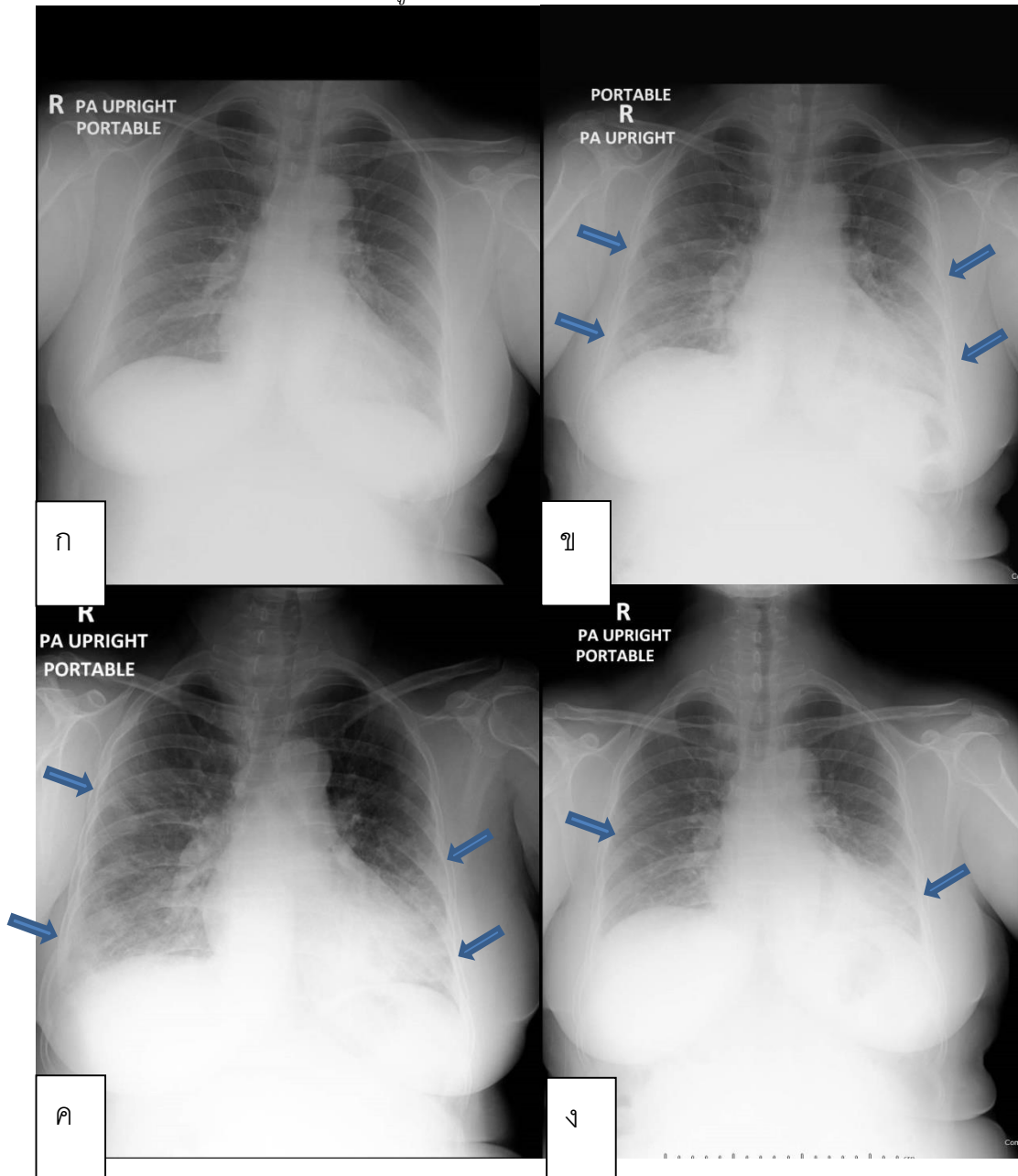
ภาพประกอบที่ 7 ภาพรังสีทรวงอกของชาย อายุ 56 ปี ผู้ป่วยยืนยันโควิด-19

ก) ภาพรังสีทรวงอกแรกได้รับ พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities ที่ปอดด้านขวาล่างและซ้ายล่าง บริเวณทั้งรอบนอก (TSS= 2 ขวา 1, ซ้าย 1)

ข) ภาพรังสีทรวงอกติดตามการรักษา 5 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities และแบบหนาที่บัพที่ถุงลมปอด (consolidations) มีความรุนแรงมากขึ้นกระจายทั่วทั้งปอดรอบนอกและกลางปอดที่ปอดด้านขวาล่าง ด้านซ้ายเท่าเดิม (TSS= 3 ขวา 2, ซ้าย 1)

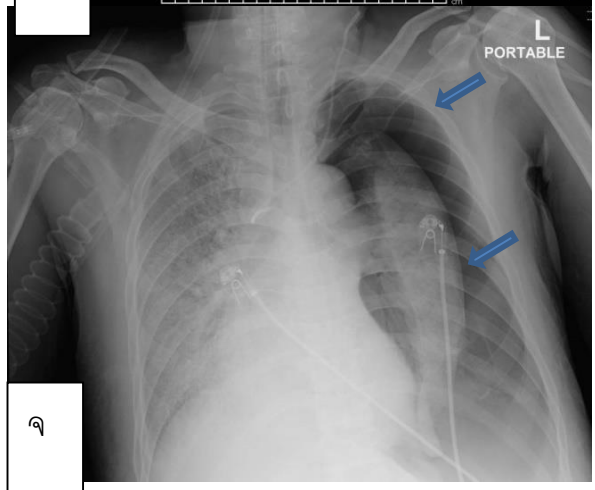
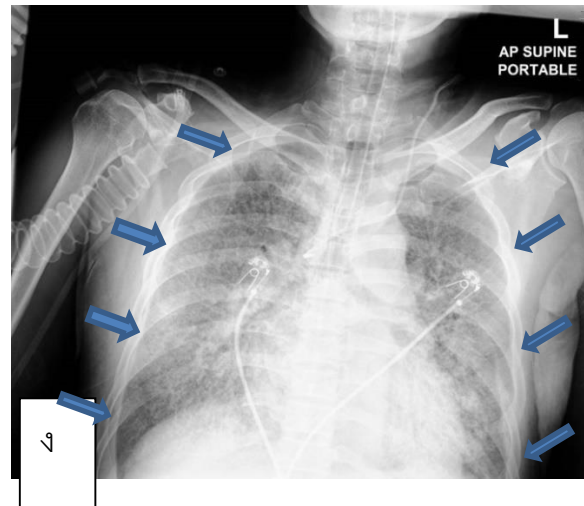
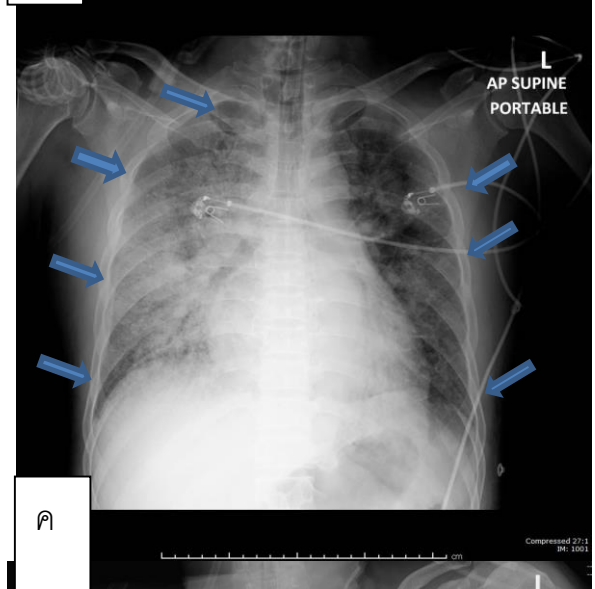
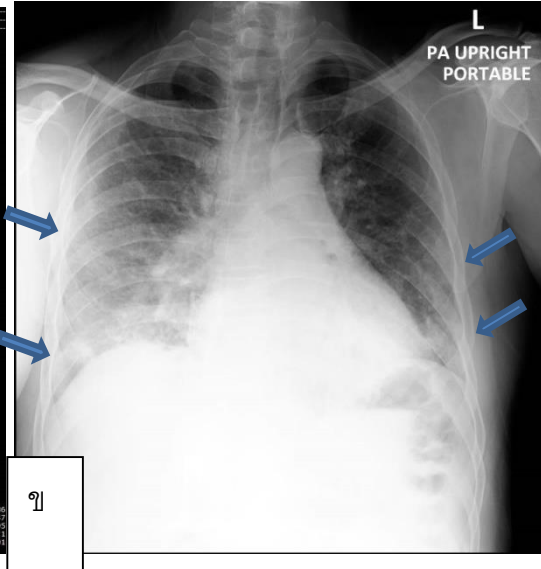
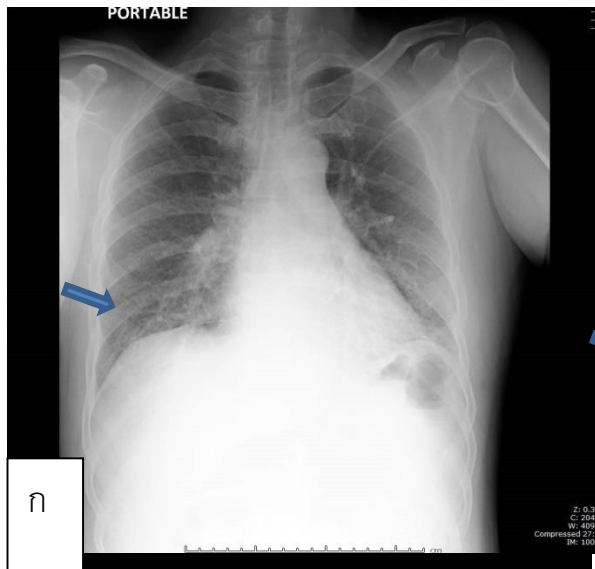
ค) ภาพรังสีทรวงอกติดตามหลังการรักษา 12 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities และแบบหนาที่บัพที่ถุงลมปอด (consolidations) ที่ปอดด้านขวาล่างเท่าเดิม ด้านซ้ายลดลง (TSS= 2 ขวา 2, ซ้าย 0)

ง) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 16 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาวเริ่มลดลง และมีความผิดปกติแบบร่างแห (reticulation) แทนที่ ซึ่งเป็นภาวะฟื้นฟูเริ่มหายจากโรค (TSS= 1 ขว 1, ซ้าย 0)



ภาพประกอบที่ 8 ภาพรังสีทรวงอกของหญิง อายุ 55 ปี ผู้ป่วยยืนยันโควิด-19

- ก) ภาพรังสีทรวงอกแรกรับ ไม่พบความผิดปกติ (TSS= 0)
- ข) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 6 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities เพิ่มขึ้นที่ ส่วนกลางและด้านล่างของปอดทั้งสองข้าง ทั้งรอบนอกปอด (TSS= 4 ขว 2, ซ้าย 2)
- ค) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 11 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities ส่วนกลางและ ด้านล่างของปอดด้านขวาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ด้านซ้ายเท่าเดิม กระจายทั่วๆเด่นที่รอบนอกปอด (TSS= 5 ขว 3, ซ้าย 2)
- ง) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 15 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities เริ่มลดลงและมีความผิดปกติแบบร่างแห (reticulation) ปอดด้านขวา บ่งบอกว่าเข้าสู่ช่วงฟื้นฟูเริ่มหายจากโรค ส่วนปอดด้านซ้ายล่างยังหลงเหลือ ground glass opacities (TSS= 3 ขว 1, ซ้าย 2)



ภาพประกอบที่ 9 ภาพรังสีทรวงอกของชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยยืนยันโควิด-19

ก) ภาพรังสีทรวงอกแรกเริ่ม พบความผิดปกติแบบฝ้าจางไม่ชัดเจนที่ปอดด้านขวาล่าง (TSS= 1 ขวา 1, ซ้าย 0)

ข) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 6 วัน พบว่าความผิดปกติแบบฝ้าขาวจาง ground glass opacities เพิ่มขึ้นมากขึ้นที่ส่วนกลางและด้านล่างของปอดทั้งสองข้าง ทั้งรอบนอกปอดและทั่วเนื้อปอด (TSS= 5 ขวา 3, ซ้าย 2)

- ค) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 11 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาวจาง ground glass opacities และแบบหนาที่บวมยุบ (consolidations) เพิ่มมากขึ้นทั่วๆปอดทั้งสองข้าง (TSS= 7 ขวา 4, ซ้าย 3) ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ
- ง) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 22 วัน พบว่ามีความผิดปกติแบบฝ้าขาวจาง ground glass opacities และแบบหนาที่บวมยุบ (consolidations) เพิ่มมากขึ้นทั่วๆปอดทั้งสองข้าง (TSS= 8 ขวา 4, ซ้าย 4)
- จ) ภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา 25 วัน ยังพบความผิดปกติแบบฝ้าขาวจาง ground glass opacities ที่ปอดทั้งสองข้างและ พบมีภาวะแทรกซ้อน Pneumothorax หลังการรักษา 25 วันและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 18 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก

ลักษณะ	กลุ่มที่มีภาพรังสีปอดผิดปกติ	กลุ่มที่ไม่มีภาพรังสีปอดผิดปกติ	p-value
จำนวนผู้ป่วย	147(71.7)	58(58.8)	
อายุ(ปี),mean±SD	44.34±12.65	30.00±10.76	<0.001
เพศ, n(%)			
ชาย	68(46.3)	27(46.6)	0.970
หญิง	79(53.7)	31(53.4)	
อาชีพ, n(%)			
ไม่ได้เรียน	6(4.1)	2(3.4)	<0.001
นักเรียน/นักศึกษา	5(3.4)	16(27.1)	
เกษตรกร	43(29.3)	9(15.5)	
รับจ้าง	90(61.2)	26(44.8)	
ค้าขาย	2(1.4)	4(6.9)	
ข้าราชการ	1(0.7)	1(1.7)	
โรคประจำตัว, n(%)			
เบาหวาน	19(12.9)	3(5.2)	0.106
ความดันโลหิตสูง	20(13.6)	2(3.4)	0.034
หอบหืด	3(2.0)	0(0.0)	0.560
อาการก่อนมาโรงพยาบาล, n(%)			
ไม่มีอาการ	12(8.2)	6(10.3)	0.619
ไข้ตัวร้อน	83(56.5)	23(39.7)	0.030
ไอ	80(54.4)	30(51.7)	0.727
เจ็บคอ	19(12.9)	15(25.9)	0.025
อ่อนเพลีย	8(5.4)	1(1.7)	0.450
มีเสมหะ	25(17.0)	8(13.8)	0.573
น้ำมูก/คัดจมูก	23(15.6)	16(27.6)	0.050
เหนื่อยหอบ	3(2.0)	0(0.0)	0.560
ปวดเมื่อยตามตัว	12(8.2)	6(10.3)	0.619
แน่นหน้าอก/หายใจลำบาก	11(7.5)	2(3.4)	0.358
ปวดศีรษะ	6(4.1)	1(1.7)	0.676
ลิ้นไม่ลิ้มรส	3(2.0)	2(3.4)	0.623
ท้องเสีย/ถ่ายเหลว	2(1.4)	2(3.4)	0.318
จุกไม่ไดกลืน	9(6.1)	4(6.9)	0.762
อื่นๆ	2(1.4)	0(0.0)	1.00

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก (Univariate and Multivariate logistic regression)

Factors	Univariate		Multivariable	
	OR(95% CI)	p-value	OR(95% CI)	p-value
อายุ	1.10(1.07-1.14)	<0.001	1.10(1.06-1.14)	<0.001
ความดันโลหิตสูง	4.41(0.99-19.51)	0.051	1.35(0.26-7.05)	0.723
ไข้ตัวร้อน	1.97(1.06-3.67)	0.031	1.47(0.71-3.02)	0.296
เจ็บคอ	0.43(0.20-0.91)	0.028	0.57(0.23-1.38)	0.210

จากตาราง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ อาชีพ ความดันโลหิตสูง ไข้ตัวร้อนและเจ็บคอ เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ยกเว้น ปัจจัยด้านอาชีพ มาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multivariate analysis) พบว่า มีเพียงปัจจัยอายุ ที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกโดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสพบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกเพิ่มขึ้น 1.10 เท่า (95% CI: 1.06 – 1.14, p-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

โรคโควิด-19 (covid-19) เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก การที่จะรักษาโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ ต้องได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว และภาพถ่ายรังสีทรวงอกเป็นหนึ่งในวิธีการที่ช่วยในการวินิจฉัย แยกความรุนแรงของผู้ป่วยเบื้องต้น และใช้ติดตามการรักษา

การวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest x-ray) ในช่วงอายุ 18-69 ปี ที่เข้ารับการรักษาใน Cohort ward โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 - 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564 พบว่าผู้ป่วยจำนวน 147 รายมีภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติจากผู้ป่วยทั้งหมด 205 ราย (ร้อยละ 71.7) โดยมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติจำนวน 439 ภาพจาก 696 ภาพ ซึ่งภาพถ่ายรังสีทรวงอกวันแรกได้รับผิดปกติแบบฝ้าขาว ground glass opacities มากที่สุด โดยเริ่มที่ปอดส่วนรอบนอก peripheral ของปอดด้านล่างทั้งสองข้างก่อน จากนั้นมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

ขึ้นโดยจะกระจายตัวไปที่ปอดส่วนกลางและด้านล่าง และจากด้านรอบนอก peripheralสู่การกระจายทั่วๆ ปอด มีระดับความรุนแรง (TSS) ของ ground glass opacities มากขึ้น และมีการพัฒนาเป็นความผิดปกติแบบ consolidationร่วมด้วย หลังจากติดตามภาพรังสีทรวงอก 1-4 วันและ 5-9 วัน จากนั้นในช่วงที่มีการติดตามภาพรังสีทรวงอกช่วงวันที่ 10-14 ก็ยังพบ ground glass opacities หลงเหลือแต่ความรุนแรงลดลง และพบว่าเริ่มมี reticulation มาแทนที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงวันที่ 10-14 และมากกว่า 15 วันของการติดตามการรักษาด้วยภาพรังสีทรวงอกซึ่งบ่งบอกถึงมีการฟื้นฟูของโรค สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้ของ Khawaja B Waheed และคณะ^๕ ได้ทำการศึกษาภาพรังสีทรวงอกและภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกในผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาที่ King Fahad Military Medical Complex, Dhahran ในช่วงเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ.2563 โดยทำการศึกษารูปแบบเชิงบรรยาย retrospective study จากการศึกษาในผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโควิด-19 จำนวน 106 คน อายุเฉลี่ย 50.62 ปี มีผู้ป่วยจำนวน 46 คน มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ 46 คน (43.3%) ซึ่งภาพรังสีทรวงอกที่พบมากที่สุด คือ peripheral ground-glass opacities (56.5%) consolidation (34.70%) และอื่น ๆ (26.00 %) สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้ของ วรสิริรา กิตติวรพงษ์กิจ^๖ ที่ได้ทำการศึกษาลักษณะภาพถ่ายรังสีทรวงอกและการติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยโควิด-19 พบว่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ Ground

glass opacity ซึ่งกระจายในส่วนนอก (peripheral) บริเวณส่วนล่าง(Lower) ทั้งสองข้าง (Bilateral) และงานวิจัยของ Liqa A. Rousan⁹ พบว่าภาพรังสีทรวงอกที่พบมากที่สุดคือ peripheral ground glass opacity และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zuhair Sadiq และคณะ⁷ ที่ได้ทำการศึกษามลภาวะรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในรูปแบบ Meta-analysis โดยผลการศึกษพบว่า 74% ของผู้ป่วยมีภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัยหรือช่วงการดำเนินโรค ขณะที่ส่วนใหญ่พบว่า Ground glass opacities (29%) Consolidation เป็นความผิดปกติที่พบได้ทั่วไป (28%) และนอกจากนี้การกระจายยังพบว่าเป็นลักษณะ Bilateral (43%) มากกว่าที่จะเป็นฝั่งเดียวและพบในส่วน Basal zone (56%) เป็นหลัก นอกจากนี้ยังพบ Pneumothorax (1%) และ Pleural effusions (6%) ได้บ้างแต่ไม่บ่อย แต่ลักษณะผิดปกติแบบหนาที่บวมปอด (consolidations) ในการศึกษาพบว่ามีเพียง 14 คน (6.83%) และในการศึกษาครั้งนี้ได้หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีอาการป่วยรุนแรงคือ มีความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกแรกพบพบลักษณะผิดปกติแบบที่บวมปอด (consolidation) ($OR_{adj} = 18.64, 95\%CI: 1.9274 - 180.356, p = 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยนุช ปฏิกานวรัตน์¹⁴ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คืออายุ ที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี จะมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2.2 เท่า ($OR_{adj} = 2.2, 95\%CI: 1.4 - 3.7, p < 0.001$) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($OR_{adj} = 4.4, 95\%CI: 1.7 - 11.5, p < 0.001$) ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติแรกพบ ($OR_{adj} = 10.1, 95\%CI: 2.7 - 36.6, p < 0.001$) โดยการศึกษาพบว่ามีภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอกแรกพบที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคโควิด-19 คือ ปอดกลีบขวาบน ($OR_{adj} = 6.35, 95\%CI: 0.5128 - 78.5909,$

$p = 0.15$) และด้านซ้ายล่าง ($OR_{adj} = 6.84, 95\%CI: 0.7852 - 59.6788, p = 0.08$) โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่โรคประจำตัวเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาดังกล่าว และการศึกษาที่ยังพบว่าปัจจัยเรื่องอายุสัมพันธ์กับความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกโดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสพบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก 1.10 เท่า ($95\% CI: 1.06 - 1.14, p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยขณะรักษาและติดตามอาการในโรงพยาบาลที่อาจสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีโรคประจำตัว เช่น ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์จึงคัดออก ซึ่งอาจส่งผลต่อการแปลผลข้อมูลลักษณะภาพรังสีทรวงอกและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ในการทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง retrospective cross-sectional study ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะภาพรังสีทรวงอก การดำเนินโรค และการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวที่พบในภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาคohort ward โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยบางรายมาโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อการแปลผลข้อมูลลักษณะภาพรังสีทรวงอก และความน่าเชื่อถือของงานวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้น ในการทำการวิจัยครั้งต่อไปควรจะมีการเก็บข้อมูลโดยเพิ่มระยะเวลาและอาจจะทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการทำการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น และกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่ครอบคลุม มากขึ้น เพื่อลดอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่างที่เกิดจากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Thailand. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19): รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย – 15 มี.ค.2563 [Internet]. [cited 2020 Dec 22]; Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/20200315-tha-sitrep-22-covid19-th.pdf?sfvrsn=e43679f_0



2. กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. สืบค้น 29 กันยายน 2564. จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2565). สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จังหวัดกาฬสินธุ์. สืบค้น 21 มกราคม 2565. จาก <http://www.kalasin.go.th/t/index.php/th/2017-10-03-04-10-08/2019-covid-19/3275-19-20-2581.html>
4. Liu H, Liu F, Li J, Zhang T, Wang D, Lan W. (2020). Clinical and CT imaging features of the COVID-19 pneumonia: Focus on pregnant women and children. *J Infect*, 80(5), 7-13. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.007
5. Bai HX, Hsieh B, Xiong Z, Halsey K, Choi JW, Tran TML, Pan I, Shi LB, Wang DC, Mei J, Jiang XL, Zeng QH, Eglin TK, Hu PF, Agarwal S, Xie FF, Li S, Healey T, Atalay MK, Liao WH. (2020). Performance of Radiologists in Differentiating COVID-19 from Non-COVID-19 Viral Pneumonia at Chest CT, 296(2), 46-54. doi: 10.1148/radiol.2020200823
6. Waheed KB, Naseer J, Ul Hassan MZ, Sarfraz S, Ahmed Z, Amin MS, Ali I, Shams TMO, Muthaian J, Arulanantham ZJ. (2021). Imaging trend and disease course in admitted COVID-19 patients. *Saudi Med J*, 42(1), 30-37. doi: 10.15537/smj.2021.1.25642
7. Sadiq, Z., Rana, S., Mahfoud, Z., & Raoof, A. (2021). Systematic review and meta-analysis of chest radiograph (CXR) findings in COVID-19. *Clinical imaging*. Advance online publication, 80, 229–238. doi: 10.1016/j.clinimag.2021.06.039
8. Kiththiworaphongkich, W. (2021). Disease course and temporal changes of chest X-ray findings in COVID-19 positive patients at Phayao hospital. *Journal of Nakornping Hospital*, 12(1), 149-167. <https://he01.tcithaijo.org/index.php/jnkp/article/view/249949>
9. Rousan, L.A., Elobeid, E., Karrar, M. *et al.* (2020). Chest x-ray findings and temporal lung changes in patients with COVID-19 pneumonia. *BMC Pulm Med*, 20(245), 1-9. doi: 10.1186/s12890-020-01286-5
10. Yasin, R., Gouda, W. (2020). Chest X-ray findings monitoring COVID-19 disease course and severity. *Egypt J Radiol Nucl Med*, 51, 193. doi: 10.1186/s43055-020-00296-x
11. Hansell DM, Bankier AA, MacMahon H, McCloud TC, Müller NL, Remy J. (2008). Fleischner Society: glossary of terms for thoracic imaging. *Radiology*, 246(3), 697-722. doi: 10.1148/radiol.2462070712.
12. Warren MA, Zhao Z, Koyama T, Bastarache JA, Shaver CM, Semler MW, Rice TW, Matthay MA, Calfee CS, Ware LB. (2018). Severity scoring of lung oedema on the chest radiograph is associated with clinical outcomes in ARDS. *Thorax*. 73(9), 840-846. doi: 10.1136/thoraxjnl-2017-211280
13. ฐิติพร สุวัฒน์พงษ์เชฏฐ, ขยูนานิน นิติวรางกูร, วรารุณ สขุเกษม, สิทธิ พงษ์กิจการณ. (2564). Rama Co-RADS: เกณฑ์คัดแยกระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกสำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยยืนยันโควิด-19. *Ramathibodi Medical Journal*, 44(2), 50-62
14. ปิยนุช ปฏิภาณวัตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2565; 64-71

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน โรควัณโรค ต่อความรู้ด้านสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

The Efficacy of Learn and Share Programs on Public Health Volunteer in Prison
Health Literacy of Tuberculosis

(Received: February 11,2023 ; Revised: February 22,2023 ; Accepted: February 24,2023)

จันทรา สุวรรณธาร¹, ณัฐธิดา พิมพ์กมลวัต¹
Chantra Suwanthan¹, Nattida Pimkamomwat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องโรควัณโรคของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ paired t-test, independent samples t-test และ Mann – Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.952) ซึ่งหมายความว่า อสรจ. ที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้ด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 19.33 (95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 12.41 ถึง 26.24) แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน สามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรควัณโรค ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย และมีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้ต้องขังอื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง 2) ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรควัณโรคในเรือนจำ

Abstract

This research is a quasi-experimental research. The objective was to compare health literacy scores. and knowledge about tuberculosis between the experimental group and the comparison group before and after joining the program. The sample group consisted of 80 prison health volunteers, divided into experimental and comparison groups, 40 people each.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลขอนแก่น

The experimental group received the program for a period of 5 weeks and the comparison group did not receive the program. Data were collected using the health literacy assessment questionnaire about tuberculosis disease of the Division of Health Education Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Data were analyzed using descriptive statistics, including Frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics using paired t-test, independent samples t-test and Mann-Whitney U test.

The results of the study revealed that 1) health literacy between the experimental group and the comparison group before the experiment was not statistically significant (p value = 0.952), which means that the prison health volunteers in the experimental group and the comparison group well versed in health no difference And after the experiment, it was found that health literacy between the experimental group and the comparison group was a statistically significant difference ($p < 0.001$). The experimental group had a mean score greater than the comparison group, equal to 19.33 (95% confidence interval of the difference between 12.41 and 26.24). Show programs to learn and share can encourage prison health volunteers is knowledgeable enough about health to practice health related to tuberculosis correctly and consistently until it is a healthy habit and have expertise in listening, speaking, reading and writing in order to communicate for themselves and other prisoners to understand and accept their own health practices correctly. 2) Knowledge of tuberculosis between the experimental group and the comparison group before and after the experiment were statistically significant differences ($p=0.002$ and $p<0.001$, respectively), indicating that the two groups of prison health volunteers had sufficient level of knowledge and understanding about tuberculosis for their health practice.

Keywords : Health Literacy ,Tuberculosis Prevention in prisons

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่ผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวนมาก จากรายงานกรมควบคุมโรค(2561)¹ พบผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 70,000 รายต่อปี และสถานการณ์วัณโรคในเรือนจำยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง เนื่องจากผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดวัณโรค และวัณโรคดื้อยา เนื่องจากเรือนจำมีคนอยู่แออัดทำให้วัณโรคแพร่ได้ง่าย เพราะวัณโรคติดต่อโดยการหายใจ โดยเฉลี่ยในเรือนจำพบวัณโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 7 - 10 เท่า และพบผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำทุกประเภท (ใหม่และเคยรักษามาก่อน)

ของประเทศไทย ในปี 2558 - 2560 เพิ่มขึ้นจาก 1,304 1,589 และ 3,014 ราย ตามลำดับ และจากการศึกษาลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ของอมรรัตน์ วิริยะประสพโชค และคณะ (2560)² พบว่า อัตราการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ต้องขังสูงกว่าประชากรทั่วไป 3.2 เท่า ผู้ต้องขังมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไป (36.5 และ 45 ปี) และมีสัดส่วนของเพศชายเสมอเพศหญิง และการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ($p<0.05$) จากรายงานผู้ต้องขังที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคของสถานพยาบาลในเรือนจำแห่งนี้ ในปี 2562 - 2565 มีจำนวน 74 , 34 , 54 และ 28 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 1,673.4

, 680.1 , 1,155.5 และ 718.3 ต่อแสนประชากร ในผู้ต้องขัง ตามลำดับ ซึ่งถือเป็นอัตราป่วยด้วยโรค วัณโรคที่สูง และอัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรค ปี 2562 – 2565 คิดเป็น ร้อยละ 97.3 , 82.95 , 89.05 และ 84.7 ตามลำดับ ถือว่า เป็นอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ มากกว่าร้อยละ 90 สาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ปัญหาเรื่องการ โอนออก เนื่องจากผู้ต้องขังมีการเคลื่อนย้ายสูง การย้ายระหว่างเรือนจำเพื่อลดความแออัด การ ขาดยา การเข้าสู่ระบบการรักษาที่ล่าช้า และการ กลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 – 2 ปี (กรม ควบคุมโรค, 2561)¹

สำหรับสถานพยาบาลในเรือนจำแห่งนี้ ได้ นำแนวคิดของกรมราชทัณฑ์ที่ส่งเสริมให้มี อาสาสมัครผู้ต้องขังเข้ามารับการอบรมเพื่อพัฒนา ศักยภาพและสนับสนุนงานด้านสุขภาพในเรือนจำ เรียกอาสาสมัครผู้ต้องขังกลุ่มนี้ว่า “อาสาสมัคร สาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)” มาช่วยในการ ปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคใน เรือนจำ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง โรควัณโรค การคัดกรอง การเก็บเสมหะ และการ ให้สุขศึกษา ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ทั้งหมด จำนวน 237 คน ได้รับการอบรม เรื่องโรค วัณโรคจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของเรือนจำ แต่การอบรม ด้านวัณโรคถูกจำกัดด้านเวลาที่มีการอบรมสั้น แต่ เนื้อหาในการอบรมมีมากและวิธีการในการ ดำเนินการอบรมเป็นการสื่อสารทางเดียว และจาก การสัมภาษณ์ อสรจ. พบว่าการตอบคำถามยังไม่ ถูกต้องตามเกณฑ์การคัดกรองวัณโรค ไม่สามารถ ระบุลำดับขั้นตอนในการเก็บเสมหะ ไม่สามารถ บอกอาการของผู้ต้องขังที่สงสัยว่าป่วยด้วยวัณโรค ได้ ส่วนการปฏิบัติหน้าที่ของ อสรจ.นั้น พบว่าขาด การป้องกันตนเอง เช่น การไม่สวมถุงมืออย่าง สม่าเสมอในการเก็บเสมหะส่งตรวจ วิธีการเก็บ เสมหะไม่ถูกต้อง ตลอดจนความรู้ ความเข้าใจเรื่อง

โรควัณโรคยังไม่ชัดเจน ไม่สามารถนำมาสื่อสาร และให้สุขศึกษาแก่ผู้ต้องขังและผู้ป่วยวัณโรคได้ อย่างถูกต้อง และครอบคลุม ส่งผลให้เรือนจำแห่ง นี้ ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้น้อย อัตราป่วยของผู้ป่วย วัณโรคเพิ่มมากขึ้น อัตราความสำเร็จในการรักษา วัณโรคต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

จากนโยบายการยกระดับคุณภาพการ ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงเป็น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562)³ จึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการ ป้องกันโรคติดต่อในชุมชน สำหรับ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม). ให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่ออย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยได้นำทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น มาใช้ใน การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง การ ป้องกันวัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุข และเนื่องจาก อสม. มีบทบาทในการ สื่อสารสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงเป็นต้นแบบ ด้านสุขภาพและสามารถถ่ายทอดทักษะดังกล่าว ให้กับคนในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ดังนั้น การที่ อสม. มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ จึงเปรียบเสมือนการมีความสามารถในการ ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน (กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)³ โปรแกรมการ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ จะเป็น เครื่องมือสำคัญที่เหมาะสมกับความต้องการของ ประชาชนและชุมชนในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ ตลอดชีวิตเพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพิจารณาเห็นว่าแนวคิดความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ ที่ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการ

ตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหาโรคในเรือนจำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับโรค วัณโรค ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับโรค วัณโรค ภายในกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest – Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) คำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (สมัญญา มุขอาษา, 2559)⁴ ผู้วิจัยกำหนด ค่า $\alpha = 0.05$ ค่า $\beta = 0.20$; power $(1-\beta)=0.80$ จากการแทนค่าในสูตร ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 32 คน/กลุ่ม และคาดว่ากลุ่มตัวอย่างจะออกระหว่างการทดลองร้อยละ 5 ($r=0.05$) คำนวณขนาดตัวอย่างที่ปรับค่าใหม่ ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 40 คน/กลุ่ม และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple

Random Sampling) แบบจับฉลาก โดยสุ่มตัวอย่างเพศชาย จำนวน 30 คน/กลุ่ม เพศหญิง จำนวน 10 คน/กลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2565 – เดือน กุมภาพันธ์ 2566

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็น อสรจ. ที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ และยังปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องในเรือนจำอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอายุ 30 - 60 ปี มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสาร และไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. สนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น
4. แต่ละกลุ่มต้องประกอบด้วย ชาย 30 คน หญิง 10 คน

การกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. อสรจ. มีเหตุจำเป็นไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกครั้ง
2. อยู่ในกระบวนการศึกษาไม่ครบขั้นตอน เช่น การพันโทษ การย้ายเรือนจำ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมประกอบด้วย แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง โรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561)⁵ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็น อสรจ.

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความ

เข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ จำนวนด้านละ 6 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากพอใช้ น้อย น้อยที่สุด ให้ 5 – 1 คะแนน ตามลำดับ แบ่งระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านและโดยรวม ออกเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดีพอใช้ ไม่ดี โดยใช้ เกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561)

ตอนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจ โรคโควิด-19 เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 4 คำตอบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน หมายถึงการจัดกิจกรรมเสริมสร้าง ความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง วัณโรค ในรูปแบบของการบรรยาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง การฝึกทักษะการเรียนรู้ ตามแผนการเรียนรู้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) กรณีที่มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ ใช้สถิติ paired t-test , Independent t-test และกรณีที่มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติ ใช้สถิติ Mann – Whitney U test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน เรื่องโรคโควิด-19 กำหนด p-value ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2565 เลขที่โครงการ KEF65032

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย เพศชาย 30 คน/กลุ่ม เพศหญิง 10 คน/กลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสโสด และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ไม่เกิน 3 ปี เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 52.50 และ 45.00 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.50 และ 35.00 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 134.38, S.D = 14.11 และ $\bar{x}$ = 136.00, S.D = 12.90 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.952) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 1.63 (95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -4.39 ถึง 7.64) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก และดี ($\bar{x}$ = 155.68, S.D = 15.93 และ $\bar{x}$ = 136.35 , S.D = 15.13 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19



ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 19.33 (95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 12.41 ถึง 26.24) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด ก่อนและหลัง ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t- test

ตัวแปร/กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	95 % ช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	40	134.38	14.11	-1.63	-4.39 ถึง 7.64	0.952
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	136.00	12.90			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	40	155.68	15.93	19.33	12.41 ถึง 26.24	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	136.35	15.13			

3. เปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ จากการเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบ Mann –

Whitney U test พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามาตรฐานความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบ Mann – Whitney U test ($n=80$)

ตัวแปร	มัธยฐาน	พิสัยควอไทล์ (Interquartile Range: Q3-Q1)	Z	p value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	7.00	2 (8.00 – 6.00)	3.117	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.00	1.5 (9.00 – 7.50)		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	10.0	0 (10.00 – 10.00)	-5.378	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.00	1.0 (9.00 – 8.00)		

4. การทดสอบสมมติฐานเพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด ภายในกลุ่มก่อนและหลังทดลอง จากการทดสอบสมมติฐานเพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของ

ความรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด อยู่ในระดับดีและดีมาก ($\bar{x} = 134.38$, S.D = 14.11 และ $\bar{x} = 155.68$, S.D = 15.93 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

ของความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) โดยพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิดน้อยกว่าหลังทดลอง เท่ากับ 21.30 (95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 14.76 ถึง 27.84) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด อยู่ในระดับดีและดี ($\bar{x}=136.00$, S.D =12.90 และ $\bar{x}$

= 136.35, S.D = 15.12 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.905) โดยพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด น้อยกว่าหลังทดลอง เท่ากับ 0.35 (95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง -5.54 ถึง 6.24) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t- test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($s.d._d$)	95%ช่วงเชื่อมั่นค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง	p value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	40	134.38	14.11	21.30	21.44	14.76 ถึง 27.84	<0.001
หลังทดลอง	40	155.68	15.93				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนทดลอง	40	136.0	12.90	0.35	18.41	-5.54 ถึง 10.24	0.905
หลังทดลอง	40	136.35	15.12				

5. การทดสอบสมมติฐานเพื่อการเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ภายในกลุ่มก่อนและหลังทดลอง จากการเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ก่อนและหลังการทดลอง ในแต่

ละกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบ Mann – Whitney U test พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p=0.005$ ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนมัธยฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ก่อนและหลังการทดลอง ในแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบ Mann – Whitney U test ($n=80$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด	มัธยฐาน	พิสัยควอไทล์ (Interquartile Range: Q3-Q1)	Z	p value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	7.0	2.0 (8.0 – 6.0)	5.482	<0.001
หลังทดลอง	10.0	0 (10.0 – 10.0)		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนทดลอง	8.0	1.5 (9.0 – 7.5)	2.785	0.005
หลังทดลอง	9.0	1.0 (9.0 – 8.0)		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 และคะแนนมัธยฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า

1. กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 ก่อนทดลองน้อยกว่าหลังทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.905) แต่มีค่ามัธยฐานของความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อนทดลองน้อยกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.005)

2. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 และคะแนนมัธยฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อนทดลองน้อยกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) สะท้อนถึงความเข้าใจและความสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไปยังผู้ต้องขังผ่านการปฏิบัติงานได้ สถานพยาบาลเรือนจำควรส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและร่วมปฏิบัติการกับพยาบาลในการค้นหาคัดกรอง และนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาได้เร็วขึ้นเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด-19 แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมเรียนรู้และแบ่งปัน โรคโควิด-19 ในรูปแบบของการบรรยาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง และการฝึกทักษะการเรียนรู้ สามารถสร้างความเข้าใจและความสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไปยังผู้ต้องขังผ่านการปฏิบัติงานได้ ซึ่ง Don Nutbeam, 1998 ได้กล่าวว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยการส่งเสริมสุขภาพทั้งของตนเองและชุมชนในบทบาทตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Nutbeam D, 1998)⁶ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำจึงสามารถ

เป็นสื่อบุคคลที่สามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพและเลือกจัดการบริการสุขภาพตามบริบทเรือนจำโดยประสานงานกับพยาบาลในสถานพยาบาลเรือนจำไปสู่ผู้ต้องขังได้ในภาวะที่มีความจำกัดด้านบุคลากร โดยเฉพาะสำหรับการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ในเรือนจำ เป็นการสะท้อนถึงการนำศักยภาพจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560)⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี มงกุฎทอง, เชิดพงษ์ ทองสุข และแดนสรวง วรรณวงศ์สอน⁸ ได้ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคโควิด-19 โดยการเรียนรู้ร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปราจีนบุรี จากการประเมินผลความรู้พบว่าหลังอบรม อสม. มีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิชมน หล้ารอด, สุรินทร์ กลัมพากร, และจุฑาธิป ศีลบุตร⁹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า หลังทดลองและระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 และค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระหง¹⁰ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน สามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจ ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย และมีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้ต้องขังอื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1) โปรแกรมเรียนรู้และแบ่งปัน เรื่องโรคหัวใจ โรค สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ส่งผลต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ต้องขังป่วยโรคหัวใจ การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคหัวใจในผู้ต้องขังอื่น
 - 2) สถานพยาบาลเรือนจำควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมเพื่อสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ แก้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการร่วมปฏิบัติงานการดูแล และป้องกันควบคุมโรคระหว่างเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์และอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ
2. ข้อเสนอแนะสำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นคว้าวรรณกรรมที่มีส่วนในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการคัดกรอง และติดตามดูแลผู้ต้องขังอื่น ๆ ให้เหมาะสมต่อไป

2) ควรมีการศึกษาติดตามการนำความรู้ด้านสุขภาพ โรคหัวใจ โรค ไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อศึกษาผลระยะยาวของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา ดร.ประทีป กาลเข ว่า วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางและปรับแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนการวิเคราะห์ทางสถิติที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้และพัฒนากระบวนการการคิดเพื่อพัฒนางานวิจัยนี้ให้มีคุณค่า ขอขอบคุณ นางบุปผา อ่อนบุญมา หัวหน้าสถานพยาบาลเรือนจำ และนายชิษณุพงศ์ สืบเหล่าจิว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการสถานพยาบาลเรือนจำ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลขอนแก่น และนางสาวกนกวรรณ พิมลมาศ ที่ให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ และทำให้งานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยชิ้นนี้จะประโยชน์ต่อการดูแลผู้ต้องขังและการป้องกันโรคหัวใจในเรือนจำในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ต้องขัง เพื่อค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรคในเรือนจำ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2561.



2. อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค, จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน, จิราภรณ์ วงศ์ใหญ่ และศุภเลิศ เนตรสุวรรณ. ลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากเรือนจำและผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ในอำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560; 11: 277-85.
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) เรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. สมัญญา มุขอาษา. การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
5. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561 [กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป]. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
6. Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. Health Promotion International, 13(4), 349-64. Doi:10.1093/heapro/13.4.349. Retrieved June 30, 2021, from https://www.researchgate.net/profile/DonNutbeam/publication/12979284_The_WHOhealth_promotion_glossary/links/542022590cf203f155c2aa6e/The-WHO-health-promotion-glossary.pdf
7. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. องค์การแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health Literacy). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. อัญชลี มงกุฎทอง , เชิดพงษ์ ทองสุข และแดนสรวง วรรณวงศ์สอน. การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2565; 53: 109-18.
9. นิชมน หล้ารอด , สุรินทร์ กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่จังหวัดปทุมธานี. Journal of Health Science Research. 2562; 13: 84-94.
10. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อลำไส้และรอยแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มี เซลล์ปมประสาท, 5 ปีในโรงพยาบาลอุดรธานี

Risk factor for predict postoperative enterocolitis and anastomosis stricture in Hirschsprung's Disease : A 5 years in Udonthani Hospital

(Received: February 18,2023 ; Revised: February 22,2023 ; Accepted: February 24,2023)

พนิดา บุปผาไชย¹, จารุพงษ์ น้อยคำแย²

Panida Buphachai¹, Jarruphong Noitumnee²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาทและศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในโรคผนังลำไส้ไม่มีปมประสาทโดยมุ่งเน้นในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ การติดเชื้อลำไส้และรอยแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบในโรงพยาบาลอุดรธานี ทำการศึกษาแบบ Retrospective cohort study ที่มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาทที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจนสิ้นกระบวนการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานีระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ในโรงพยาบาลอุดรธานี

ผลการศึกษา : ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีปมประสาททั้งหมด 45 รายเพศชาย 37 รายเพศหญิง 8 รายมีความผิดปกติร่วมทั้งหมด 7 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทั้งหมด 26 รายร้อยละ 57.7 พบภาวะติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด 20 รายร้อยละ 44.4 และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือมีภาวะติดเชื้อลำไส้ก่อนการผ่าตัด(p-value 0.036)และแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบ(Log rank test, p-value 0.03) พบภาวะแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบได้ 10 รายร้อยละ 22.2 และปัจจัยที่มีผลต่อแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด(p-value 0.039)และอายุขณะผ่าตัดน้อยกว่า 30 วัน(Log rank test, p-value 0.028)

คำสำคัญ : โรคผนังลำไส้ไม่มีปมประสาท, ลำไส้โป่งพองตั้งแต่กำเนิด, การติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด, แผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัด

Abstract

This study aimed to explore and analyze the risk factors for postoperative complications in patients with Hirschsprung's disease (HD). Two complication more interesting are Enterocolitis and anastomosis stricture. Retrospective cohort study in Patients with HD who treatment at Udonthani Hospital from 2015 to 2020. Follow-up data collected included constipation, fecal incontinence, anastomotic fistula, Hirschsprung's-associated enterocolitis (HAEC), and readmission. The putative risk factors for postoperative complications in patients with HD were as follows: clinical classification, gender, operative age, hemoglobin and serum albumin levels and preoperative HAEC. A follow-up survey was conducted for all patients by telephone. Data were analyzed statistically using SPSS version 23.0.

¹ พบ.โรงพยาบาลอุดรธานี

² กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Results: A total of 45 patients were included in the study. Male 37 patients and Female 8 patients. 7 patients had associated anomalies. 26 patients (57.7%) who had postoperative complications. Among patients with complications: 20 had post-operative HAEC(44.4%), 10 had anastomosis stricture(22.2%). Risk factor for Post-operative HAEC significant differences were Pre-operative HAEC (p-value 0.036) and Anastomosis stricture (Log rank test, p-value 0.03). Risk factor for anastomosis stricture significant differences were Post-operative HAEC (p-value 0.039) and Age of Surgery < 30 day (Log rank test, p-value 0.028)

Keywords: Hirschsprung's disease, Hirschsprung's-associated enterocolitis, Anastomosis stricture

บทนำ

โรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาทหรือโรคลำไส้โป่งพอง(Hirschsprung's Disease)เป็นโรคความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดเกิดจากผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาทจะทำให้ลำไส้ไม่สามารถคลายตัวเพื่อให้อาหารผ่านได้ ลำไส้ส่วนที่ปกติพยายามบีบรัดตัวก็เกิดการโป่งพองขึ้นทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน อุบัติการณ์พบได้ประมาณ 1 : 5,000 รายของทารกแรกเกิดมีชีพ เพศชาย:เพศหญิง คือ 4:1¹

อาการของโรคมักจะแสดงอาการตั้งแต่ทารกจะมาด้วยท้องอืด(>90%), อาเจียน(85%), ไม่ถ่ายขี้เทาภายใน24ชั่วโมง(>60%), อาการติดเชื้อลำไส้, มีไข้² หรือบางรายอาการแสดงด้วยท้องผูกเรื้อรัง ตรวจร่างกายพบท้องอืด, ตรวจทางทวารหนักมีการบีบรัดที่หูดทวารมากกว่าปกติและมีอุจจาระหรือลมพุ่งตามนิ้วออกมา ภาพถ่ายทางรังสีพบลมในลำไส้ใหญ่ขยาย การวินิจฉัยได้จากประวัติ,ตรวจร่างกาย, การตรวจสวนทางทวารด้วยสารทึบรังสี(Barium enema)และผลชิ้นเนื้อทางพยาธิ(Definitive pathologic diagnosis)¹ ชนิดของโรคขึ้นกับตำแหน่งผนังลำไส้ที่ไม่มีเซลล์ปมประสาทจากทวารขึ้นมาก็คือ Short segment (distal to rectosigmoid colon), Classic (rectosigmoid colon), Long segment (proximal to sigmoid colon) and Total colonic aganglionosis(TCA, extend to small intestine) การรักษาโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาทต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อนำส่วนที่ไม่มีปมประสาทออกทั้งหมดและนำลำไส้ส่วนที่ปกติไปต่อบริเวณเนื้อทวารหนัก ซึ่งมีวิธีการผ่าตัดมีหลายวิธีทั้งผ่าตัดผ่านทางทวาร(Transanal endorectal pull-

through procedure) และผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง (Abdominal endorectal pull-through procedure)

พบว่าหลังการผ่าตัดสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ประมาณ 20-60%³⁻⁶ เช่น การติดเชื้อลำไส้หลังผ่าตัด(Post-operative Hirschsprung's associated enterocolitis : Post-op HAEC) การรั่วบริเวณแผลผ่าตัด(Anastomosis Leakage), รอยแผลผ่าตัดทวารตีบแคบ(Anastomosis stricture), ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่พบได้บ่อยและมีผลต่อผู้ป่วยคือภาวะการติดเชื้อในลำไส้หลังการผ่าตัด(Post-op HAEC)พบได้ 20-44%^{3,4,7-8} และ รอย แผล ผ่า ตัด ทวาร ตีบ แคบ (Anastomosis stricture) 7-33%^{3,4,9} ซึ่งภาวะติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดเป็นภาวะที่มีผลต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากและมีโอกาสเสียชีวิต¹⁰ มีผู้ตั้งการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อลำไส้ (Hirschsprung's associated enterocolitis: HAEC) โดยใช้เป็น HAEC score¹¹จากประวัติ, การตรวจร่างกาย, ภาพถ่ายทางรังสี, ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมักเกิดภายใน 6 เดือน - 2 ปีแรกหลังการผ่าตัด¹² พบการศึกษาในต่างประเทศเพื่อหาปัจจัยและวิธีการลดปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือแนะนำให้เตรียมภาวะโภชนาการ, เลือกวิธีการผ่าตัดให้เหมาะสมกับชนิดของโรค, วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนให้รวดเร็วและรักษาให้เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรง^{3,13} ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวในโรงพยาบาล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด Post-op HAEC ในผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาท
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ anastomosis stricture ในผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ที่มีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในผู้ป่วยเด็กโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาทที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันโดยผลชิ้นเนื้อพยาธิวิทยาและรักษาจนสิ้นกระบวนการในโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่าง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 อายุตั้งแต่แรกเกิด - 15 ปี จำนวน 45 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อครอบคลุมทุกวัตถุประสงค์ทุก วัตถุประสงค์โดยใช้ infinite proportion formula เพื่อคำนวณสัดส่วนในทุกปัจจัยที่พบ และ 2 independent proportion formula เพื่อคำนวณปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่ศึกษา โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาทได้แก่ความชุก, อายุและน้ำหนักเมื่อทำการผ่าตัด, ชนิดที่พบ, การวินิจฉัย, วิธีการผ่าตัดและรักษา, การติดเชื้อ, pre-operative HAEC(pre-op HAEC) ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา โดยภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลลัพธ์ในการศึกษาคือ post-op HAEC และ anastomosis stricture

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อในลำไส้ (HAEC) โดยยึดตามหลักของ HAEC score¹¹ ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด, อุจจาระพุ่งเป็นสีโคลนมีกลิ่นเหม็น, ถ่ายอุจจาระปนเลือด, อาการอาเจียนหรืออาเจียนมีไข้ร่วมด้วย, ภาพทางรังสีวินิจฉัยที่พบลำไส้โป่งพองหรือลักษณะของลำไส้ติดขัดผลเลือดบ่งชี้ว่ามี การติดเชื้อ โดยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการสวนล้างลำไส้ ร่วมกับการได้รับการวินิจฉัยโดยกุมารศัลยแพทย์

เกณฑ์การวินิจฉัยรอยแผลผ่าตัดทวารหนัก ตีบแคบ(anastomosis stricture) ตรวจร่างกายพบ

รอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบโดยกุมารศัลยแพทย์ ร่วมกับการได้รับการรักษาโดยการขยายรอยเย็บแผลผ่าตัด ทวาร (anastomosis dilatation)

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาท โดยมีผลตรวจทางพยาธิยืนยันอายุตั้งแต่แรกเกิด-15 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยและรักษาผ่าตัดที่โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่าง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 และติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. ข้อมูลจากเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอุดรธานี
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อน
4. ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมที่มีผลต่อการการวินิจฉัยและรักษาในโรคผนังลำไส้ไม่มีเซลล์ปมประสาท ได้แก่ โรคไม่มีรูทวาร (Anorectal Malformation), โรค ลำไส้ใหญ่ตันตั้งแต่กำเนิด (Rectal Atresia)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป : นำเสนอผลเป็น จำนวน เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วน : นำเสนอเป็น Chi's square, Fisher exact test, Relative risk(RR) และ 95% confidence interval(95% CI) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยในข้อมูลแบบแบ่งกลุ่ม โดยใช้ Univariate and multivariate analysis และใช้ Independent t-test, Mean difference(MD), 95% CI ในข้อมูลแบบต่อเนื่องกำหนดระดับนัยสำคัญ p-value < 0.05 นอกจากนี้วิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์(survival analysis - event free survival rate) ด้วย Kaplan-Meier method โดยเหตุการณ์(Event) ที่สนใจศึกษา คือ Post-op HAEC ที่ระยะติดตามที่ 6 เดือนและ anastomosis stricture ที่ระยะติดตาม 2 ปี โดยใช้

สถิติ Log rank test กำหนดระดับนัยสำคัญ p -value < 0.05

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานีระหว่าง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ทั้งหมด 45 คน พบเป็นเพศชาย 37 คน (82.2%) และ เพศหญิง 8 คน (17.9%) คิดเป็นสัดส่วนชาย: หญิง 4.59 : 1 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.53 ± 0.63 สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ยผ่าตัด 5.77 ± 4.20 กิโลกรัม ความผิดปกติร่วมพบทั้งหมด 7 คน (15.6%) ได้แก่ ความผิดปกติโครโมโซมคู่ที่ 21 (21th trisomy), ความผิดปกติทางหัวใจ, ลำไส้เล็กส่วนบนตัน (Duodenal atresia) และโรค glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency (G6PD) ชนิดของโรคตามตำแหน่งของลำไส้ที่ไม่มีปมประสาทได้แก่ Short segment 10 คน (22.2%), Classic type 23 คน (51.1%), Long segment 10 คน (22.2%) และ (TCA) 2 คน (4.4%) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดมี 3 ท่านผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบทวารด้วยสารทึบรังสี (Barium enema) ทั้งหมด 41 คน (91.1%) อายุเฉลี่ยที่ได้รับการตรวจคือ 82 ± 146 วัน มีภาวะ Pre-Op HAEC 23 คน (51%) โดยเป็นการติดเชื้อก่อนผ่าตัด 7 วัน มีผู้ป่วย 10 คน (22.2%) ได้ผ่าตัดโดยยกทวารเทียมก่อน (Division ostomy) โดยพบว่า 7 คนใน 10 คน เป็นชนิด Long segment และ TCA ชนิดการผ่าตัดในการศึกษาคือ การผ่าตัดทางทวารหนัก (Transanal endorectal pullthrough procedure) 24 คน (53.3%) และการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง (Abdominal endorectal pullthrough procedure) 21 คน (46.7%) ซึ่งการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องมีทั้งการผ่าตัดในครั้งเดียว (One staged repair) และการผ่าตัด 2 ครั้ง (Two staged repair, Division Ostomy and Definite surgery) อายุเฉลี่ยที่ได้รับการ

ผ่าตัดคือ 222.00 ± 711.75 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.4 ± 13.20 วัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบทั้งหมด 26 คน (57%) คือ Post-op HAEC 20 คน (76.9%) พบมากที่สุดรองลงมาคือ anastomosis stricture 10 คน (38.5%) นอกนั้นภาวะอื่นๆ 6 คน (23.1%) ที่พบได้คือ แผลผ่าตัดติดเชื้อ (surgical site infection : SSI) 4 คน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2 คน, ภาวะปอดอักเสบ 3 คน, เส้นเลือดอุดตัน (deep vein thrombosis: DVT) 1 คน, พังผืดรัดลำไส้ในช่องท้อง (Adhesion) 1 คน และพบว่าผู้ป่วยได้ผ่าตัดซ้ำอีก (Re-operation) ทั้งหมด 5 คน ซึ่ง 2 ใน 5 คนจากตำแหน่งที่ต่อลำไส้กับทวารหนัก ผังลำไส้ยังไม่มีเซลล์ปมประสาท (Residual aganglionosis segment) ส่วนอีก 3 คนเกิดจากมีภาวะติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดรุนแรง (Severe post-op HAEC) ระยะเวลาที่เกิด Post-op HAEC เฉลี่ยที่ 36.6 ± 60.95 วัน และระยะเวลาที่เกิด Anastomosis stricture เฉลี่ย 109 ± 173.51 วัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภายใน 60 วัน แต่จากการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นเวลา 2 ปี พบผู้ป่วย 1 คนที่เกิดรอยแผลผ่าตัดตีบแคบหลังการผ่าตัดเมื่อ 1.9 ปี และเมื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกพบว่าผู้ป่วยรายนี้ก็มีภาวะติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดที่บ่อยครั้ง **ปัจจัยที่มีผลต่อติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด (Post-op HAEC)** จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า pre-op HAEC มีผลต่อการเกิดมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบถึง 2.232 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 2.232, 95% CI 1.047-4.758, p -value 0.036) แต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ, ความผิดปกติร่วม, Ostomy diversion, barium enema, ชนิด, วิธีการผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด, การผ่าตัดซ้ำและการเหลือส่วนที่ไม่มีปมประสาทไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดลำไส้ติดเชื่อหลังผ่าตัด (post-op HAEC)

ปัจจัยที่ศึกษา	With enterocolitis n = 20, n(%)	Without enterocolitis n = 25, n(%)	RR(95% CI)	p-value
เพศ ผู้ชาย ผู้หญิง	17(85.0) 3(15.0)	20(80.0) 5(20.0)	1.225 (0.469-3.201)	0.716
ความผิดปกติร่วม มี ไม่มี	2(10.0) 18(90.0)	5(20.0) 20(80.0)	0.603(0.178-2.040)	0.437
ทวารเทียม (Ostomy division) มี ไม่มี	7(35.0) 13(65.0)	3(12.0) 22(88.0)	1.885(1.043-3.406)	0.083
การสวนสารทึบรังสี(Barium enema) ทำ ไม่ได้ทำ	18(90.0) 2(10.0)	23(92.0) 2(8.0)	0.878(0.311-2.482)	0.815
ชนิดของ Hirschsprung's disease TCA Long segment Classic Short segment	2(10.0) 4(20.0) 12(60.0) 2(10.0)	0(0) 6(24.0) 11(44.0) 8(32.0)		0.135
ติดเชื้อมาก่อนผ่าตัด(pre-op HAEC) ใช่ ไม่ใช่	14(70.0) 6(30.0)	9(36.0) 16(64.0)	2.232(1.047-4.758)	0.036*
ชนิดการผ่าตัด Transanal endorectal pullthrough Abdominal assisted pullthrough	10(50.0) 10(50.0)	15(56.0) 11(44.0)	0.875(0.456-1.680)	0.688
ตารางที่ 2 (ต่อ) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดลำไส้ติดเชื่อหลังผ่าตัด (post-op HAEC)				
ปัจจัยที่ศึกษา	With enterocolitis n = 20, n(%)	Without enterocolitis n = 25, n(%)	RR(95% CI)	p-value
แผลผ่าตัดติดเชื่อ(SSI) ใช่ ไม่ใช่	2(10.0) 18(90.0)	2(8.0) 23(92.0)	1.139(0.403-3.220)	0.815

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดลำไส้ติดเชื่อหลังผ่าตัด (post-op HAEC)

ปัจจัยที่ศึกษา	With enterocolitis n = 20, n(%)	Without enterocolitis n = 25, n(%)	RR(95% CI)	p-value
การติดเชื่อในกระสเล็ด ใช่ ไม่ใช่	2(10.0) 18(90.0)	0(0) 25(100.0)	2.389(1.680-3.398)	0.192
การเหลือส่วนที่ไม่มีปมประสาท ใช่ ไม่ใช่	1(5.0) 19(95.0)	1(4.0) 24(96.0)	1.132(0.272-4.710)	0.872
การผ่าตัดซ้ำทั้งหมด ใช่ ไม่ใช่	4(20.0) 16(80.0)	1(28.0) 24(72.0)	2.000(0.120-3.571)	0.155
Anastomosis stricture ใช่ ไม่ใช่	7(35.0) 13(65.0)	3(12.0) 22(88.0)	1.885(1.043-3.406)	0.083
อายุขณะทำการผ่าตัด น้อยกว่า 30 วัน ตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป	7(35.0) 13(65.0)	6(24.0) 19(76.0)	1.325(0.689-2.551)	0.419
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ใช่ ไม่ใช่	2(10.0) 18(90.0)	4(16.0) 21(84.0)	0.722(0.222-2.353)	0.678

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระยะปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิด post-op HAEC(Survival Analysis for post-op HAEC) ในระยะการติดตาม 6 เดือน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด Post-op HAEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การติดเชื่อลำไส้ก่อนการผ่าตัด(Pre-op HAEC) พบ survival free rate ร้อยละ 39.1 และ 72.7 ในกลุ่มที่พบและไม่พบภาวะดังกล่าว

ตามลำดับ และพบว่ารอยแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบ(Anastomosis stricture)มีผลอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน โดยพบ survival free rate ร้อยละ 30.0 และ 62.9 ในกลุ่มที่พบและไม่พบภาวะดังกล่าวตามลำดับ (Log rank test p-value คือ 0.025 และ 0.034 ตามลำดับ) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระยะปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิด post-op HAEC (Survival Analysis for post-op HAEC)

ปัจจัยที่ศึกษา	Survival free rate(%)	Median survival free time(days)	95% CI	p-value
ผู้ป่วยทั้งหมด	55.6	117.156	94.890-139.421	
Pre-op HAEC ใช่	39.1	90.261	60.460-120.062	0.025*

ไม่ใช่	72.7	145.273	63.681-174.865	
Anastomosis stricture				0.034*
ใช่	30.0	73.700	29.284-117.555	
ไม่ใช่	62.9	129.571	105.264-153.897	

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) เมื่อนำผู้ป่วยชนิด Total colonic aganglionosis (TCA) ออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากชนิดนี้ต้องมีการผ่าตัด 2 ครั้งและวิธีการผ่าตัดที่แตกต่างจากผู้ป่วยอีก 3 ชนิด เหลือจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 43 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดลำไส้ตีตื้อหลังผ่าตัด (post-op HAEC) และ ระยะปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิด post-op HAEC (Survival Analysis for post-op HAEC) มีเพียงปัจจัยเดียวคือ การเกิดลำไส้ตีตื้อก่อนผ่าตัด

(Pre-op HAEC) ซึ่งมีโอกาสพบสูงกว่า 3.043 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 3.043, 95% CI 1.194-7.758, p-value 0.012 และ Log rank test 0.014) ในขณะที่ รอยแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบ (Anastomosis stricture) มีผลต่อระยะปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิด post-op HAEC (Survival Analysis for post-op HAEC) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่าที่นัยแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิด post-op HAEC (Survival Analysis for post-op HAEC) ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อยไม่รวมชนิด Total colonic aganglionosis (N=43)

ปัจจัยที่ศึกษา	Survival free rate(%)	Median survival free time(days)	95% CI	p-value
ผู้ป่วยทั้งหมด	58.1	117.156	94.890-139.421	
Pre-op HAEC				0.014*
ใช่	39.1	90.261	60.460-120.062	
ไม่ใช่	80.0	147.800	63.681-174.865	
Anastomosis stricture				0.030*
ใช่	30.0	73.700	29.284-117.555	
ไม่ใช่	66.7	130.152	105.914-154.389	

ปัจจัยที่มีผลต่อรอยแผลทวารหนักตีบแคบ (Anastomosis stricture) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อรอยแผลทวารตีบแคบ (Anastomosis stricture) ด้วย univariate and multivariate analysis โดยใช้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 43 คนในกลุ่มที่มีการผ่าตัด Transanal endorectal pullthrough operation (ไม่รวมข้อมูลผู้ป่วย TCA) พบว่าปัจจัยที่มีผลคือการเกิดลำไส้ตีตื้อหลังผ่าตัด (Post-op HAEC) ส่งผลถึง 3.241 เท่า (crude RR 3.241, 95% CI 0.967-10.859 และ p-value 0.039)

และอายุขณะผ่าตัดก่อน 30 วัน ส่งผลถึง 3.462 เท่า (crude RR 3.462, 95% CI 1.170-10.243 และ p-value 0.019) ผลต่อการเกิดรอยแผลทวารหนักตีบแคบมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงดังตารางที่ 5 แต่เมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis พบว่ามีเพียงการเกิดลำไส้ตีตื้อหลังผ่าตัด (Post-op HAEC) ที่ส่งผลต่อการเกิดรอยแผลทวารหนักตีบแคบในกลุ่มที่พบปัจจัยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted RR 14.229, 95% CI 1.031-196.405 และ p-value 0.047)

ตารางที่ 4 ปัจจัยต่อการเกิดรอยแผลทวารตีบแคบ (Anastomosis stricture)

ปัจจัยที่ศึกษา	With stricture n = 10, n(%)	Without stricture n = 33, n(%)	RR(95% CI)	p-value
เพศ ผู้ชาย ผู้หญิง	8(80.0) 2(20.0)	27(81.8) 6(18.2)	0.914(0.238-3.512)	0.897
ความผิดปกติร่วม มี ไม่มี	1(10.0) 9(90.0)	5(15.2) 28(84.8)	0.685(0.105-4.478)	1.000
ทวารเทียม(Ostomy division) มี ไม่มี	1(10.0) 9(90.0)	7(21.2) 26(78.8)	0.486(0.071-3.309)	0.656
การสวนสารทึบรังสี(Bariumenema) มี ไม่มี	10(100.0) 0(0)	31(93.9) 2(6.1)		1.000
ชนิดของ Hirschsprung's disease Long segment Classic Short segment	1(10.0) 7(70.0) 2(20.0)	9(27.3) 16(48.5) 8(24.2)		0.426
ติดเชื้อมาก่อนผ่าตัด มี ไม่มี	7(70.0) 3(30.0)	16(48.5) 17(51.5)	2.029(0.604-6.821)	0.294
วิธีการผ่าตัด Transanal endorectal pullthrough Abdominal assisted pullthrough	6(60.0) 4(40.0)	18(54.5) 15(45.5)	1.188(0.390-3.613)	1.000
ติดเชื้อมาก่อนผ่าตัด(postop HAEC) ใช่ ไม่ใช่	7(70.0) 3(30.0)	11(33.3) 22(66.7)	3.241 (0.967-10.859)	0.039*
แผลผ่าตัดติดเชื้อ(SSI) มี ไม่มี	1(10.0) 9(90.0)	3(9.1) 30(90.9)	1.083(0.181-6.498)	1.000
แผลผ่าตัดติดเชื้อ มี ไม่มี	1(10.0) 9(90.0)	3(9.1) 30(90.9)	1.083(0.181-6.498)	1.000

ตารางที่ 4 ปัจจัยต่อการเกิดรอยแผลทวารตีบแคบ (Anastomosis stricture)

ปัจจัยที่ศึกษา	With stricture n = 10, n(%)	Without stricture n = 33, n(%)	RR(95% CI)	p-value
การเหลือส่วนที่ไม่มีปมประสาท มี ไม่มี	1(10.0) 9(90.0)	1(3.0) 32(97.0)	2.278(0.508-10.221)	0.359
ติดเชื้ในกระแสเลือด มี ไม่มี	1(10.0) 9(90.0)	1(3.0) 32(97.0)	2.278(0.508-10.221)	0.359
การผ่าตัดซ้ำ มี ไม่มี	2(20.0) 8(80.0)	3(9.1) 30(90.9)	1.900(0.551-6.550)	0.575
อายุขณะทำการผ่าตัด น้อยกว่า 30 วัน ตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป	6(60.0) 4(40.0)	7(21.2) 26(77.8)	3.462 (1.170-10.243)	0.019*
ภาวะแทรกซ้อน มี ไม่มี	3(30.0) 7(70.0)	3(9.1) 30(90.0)	2.643(0.933-7.490)	0.095

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระยะ
ปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิดรอยแผลทวารหนักตีบ
แคบ (Survival Analysis for anastomosis stricture)

พบว่าอายุขณะผ่าตัดก่อน30วันและการติดเชื้ลำไส้
หลังการผ่าตัดมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดัง
ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระยะปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิดรอยแผลทวารหนักตีบแคบ(Survival Analysis for anastomosis stricture)

ปัจจัยที่ศึกษา	Survival free rate(%)	Median survival free time(days)	95% CI	p-value
ผู้ป่วยทั้งหมด	76.7	117.156	94.890-139.421	
อายุที่ทำการผ่าตัด ก่อน30วัน หลัง30วัน	61.1 88.0	499.611 645.120	353.384-645.838 555.001-667.590	0.028*
Post-op HAEC ใช่ ไม่ใช่	53.8 86.7	465.070 635.833	289.756-640.398 549.911-667.590	0.048*

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยผนังลำไส้ไม่มีมปมประสาท ในโรงพยาบาลอุดรธานีจำนวน 45คน พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดร้อยละ 57.7 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ใกล้เคียงกัน คือ Tingting G.และคณะศึกษาที่ประเทศจีนพบร้อยละ 44.5³ และTawan T.และคณะได้รวบรวมข้อมูลจากหลายสถาบันในประเทศไทย พบว่าภาวะแทรกซ้อนเกิดได้ร้อยละ 64.3⁴ ภาวะแทรกซ้อนที่การศึกษาที่น่าสนใจคือ การติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด(Post-op HAEC) พบร้อยละ 44.4 ซึ่งใกล้เคียงกับกับหลายการศึกษาที่พบการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดที่ร้อยละ 20-44 ดังการศึกษาของ Le- Nguyen A. และคณะพบการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดได้ร้อยละ 25⁷ การศึกษาของ Tingtin Gao รายงานพบร้อยละ 27.7³ การศึกษาของ Neuvoen Ml.รายงานพบร้อยละ 44⁸ ในประเทศไทยTawan T.และคณะพบการติดเชื้อลำไส้หลังผ่าตัดได้ร้อยละ 22.8⁴

การเกิดลำไส้อักเสบหลังการผ่าตัด (post-op HAEC) พบว่าปัจจัยที่มีผลคือการติดเชื้อลำไส้ก่อนการผ่าตัด (Pre-op HAEC) ซึ่งการศึกษานี้เก็บข้อมูลการติดเชื้อลำไส้ก่อนผ่าตัดภายใน 7วัน การติดเชื้อลำไส้ก่อนผ่าตัด (pre-op HAEC) เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญและพบว่าระยะปลอดภัยเหตุการณ์ (Survival free rate) ลดลงจากร้อยละ 72.7 เป็นร้อยละ 39.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามในระยะการเกิด 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Matter AF. และคณะที่พบว่า การติดเชื้อลำไส้ก่อนผ่าตัดมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด (Pre-op HAEC) ได้ถึงร้อยละ 56¹⁴และการศึกษาของ ตะวัน และคณะ ซึ่งศึกษาลำไส้อักเสบอันเกี่ยวเนื่องลำไส้โป่งพอง(HACE)¹³ ได้รายงานปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดไว้หลายปัจจัย การติดเชื้อลำไส้ก่อนการผ่าตัดก็เป็นปัจจัยหนึ่งเช่นกัน สาเหตุที่การติดเชื้อลำไส้ก่อนผ่าตัดมีผลต่อการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดอาจเกิดจากพยาธิสภาพที่เยื่อลำไส้ยังคงมีความผิดปกติอยู่แม้จะได้รับการรักษาโดยยา

ปฏิชีวนะและการสวนล้างอุจจาระก่อนการผ่าตัดก็ตาม ซึ่งผลจากการศึกษานี้แนะนำให้รักษาภาวะลำไส้ติดเชื้อก่อนผ่าตัดให้ดีขึ้นก่อนอย่างน้อย 7 วันก่อนการผ่าตัดเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะลำไส้ติดเชื้อหลังการผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระยะปลอดเหตุการณ์ต่อการเกิด พบอีกปัจจัยที่มีผลทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญคือ รอยแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Matter AF.และคณะ¹⁴ โดยสาเหตุที่ทำให้รอยแผลผ่าตัดทางทวารตีบแคบมีผลต่อการเกิด การติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด อาจเกิดเพราะเมื่อแผลผ่าตัดทางทวารตีบแคบก็จะทำให้อุจจาระค้างคั่งในลำไส้ทำให้แบคทีเรียเพิ่มจำนวนมากขึ้น ก็เกิดการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดได้

ส่วนปัจจัยอื่นของการศึกษานี้แม้จะไม่พบว่ามีผลทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด เช่น เพศชาย, ความผิวดำ, ปกติร่วม, ชนิดรอยโรคที่ยาว, การวินิจฉัยล่าช้า, อายุผู้ป่วยขณะผ่าตัด และภาวะทุพโภชนาการ ตามที่การศึกษาของ ตะวัน อิมวิเศษได้รวบรวมไว้¹³ แต่เมื่อดูข้อมูลถึงรายละเอียดแต่ละปัจจัยก็จะพบว่ามีผลสอดคล้องกัน เช่น ความผิวดำปกติร่วมของการศึกษานี้คิดความผิวดำปกติรวมกันหมดไม่ได้แยกแต่ละชนิดของความผิวดำ ดังนั้นจึงไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าดูเฉพาะความผิดปกติในกลุ่ม 21th Trisomy ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบร่วมกับผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มีมปมประสาทได้มากถึงร้อยละ 12¹⁵ พบว่ามีผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Carneiro P.และคณะ ที่พบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ 21th Trisomy เกิดการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 46¹⁶ เมื่อเทียบกับการศึกษานี้พบมีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ Trisomy 21 จำนวน 2 รายโดยทั้ง 2 รายมีภาวะติดเชื้อลำไส้ก่อนการผ่าตัดและพบผู้ป่วย 1 รายคิดเป็นร้อยละ 50 ที่ติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัด

ปัจจัยด้านชนิดของHirschsprung's disease มีการศึกษาของ Tingtin Gao.และคณะ พบว่าเกิดการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดในกลุ่ม Long segment เกิดร้อยละ 36 และในกลุ่ม Total colonic

aganglionosis เกิดได้ร้อยละ 61.4³ แต่ในการศึกษานี้ ปัจจัยชนิดของรอยโรคไม่พบข้อแตกต่าง แม้จะคำนวณ โดยตัดกลุ่มชนิด Total colonic aganglionosis เนื่องจากชนิดนี้ต้องมีการผ่าตัด 2 ครั้งเพื่อตัดปัจจัย ด้านวิธีการรักษาออก ผลการวิเคราะห์ก็ไม่มีผล แตกต่างทางสถิติอาจเป็นเพราะจำนวนในการศึกษานี้มี จำนวนน้อย

ปัจจัยด้านอายุน้อยขณะผ่าตัด ในการศึกษานี้ ตัดที่อายุ 30 วันพบว่าอายุขณะผ่าตัดน้อยกว่า30วันไม่ มีผลแตกต่างทางสถิติที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อมลำไส้ หลังการผ่าตัด แต่มีผลต่อการเกิดรอยแผลผ่าตัดทาง ทวารหนักตีบแคบซึ่งจะพิจารณาในหัวข้อถัดไป ปัจจัย ด้านทฤษฎีของการเนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูล ส่วนนี้จึงเก็บเป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมในครั้ง ถัดไป

ภาวะแทรกซ้อนที่การศึกษานี้สนใจอีกภาวะคือ รอยแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบ(Anastomosis stricture) ในการศึกษานี้จะตัดรอยโรคชนิด Total colonic aganglionosis ออกเนื่องจากต้องผ่าตัด 2 ครั้งและแผลผ่าตัดทางทวารจะเป็นคนละชนิดกับรอย โรคกลุ่มอื่น ดังนั้นจะเหลือผู้ป่วยทั้งหมด 43 คน การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีรอยแผลผ่าตัดทางทวารหนัก ตีบแคบทั้งหมด 10 รายร้อยละ 22.2 ระยะเวลาเฉลี่ย ในการเกิดคือ 109 วัน พบว่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาของTingtin Gao. และคณะ ที่พบเพียง ร้อยละ 6.7³ และการศึกษาของTawan T.และคณะ พบร้อยละ 7.9⁴แต่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาของTander B.รายงานรอยแผลผ่าตัดตีบ แคบถึงร้อยละ 33⁹ซึ่งอาจเกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัย ของแต่ละการศึกษาไม่เหมือนกัน แพทย์ที่ทำการ วินิจฉัยหลายคนทำให้ข้อมูลที่ได้แตกต่างกัน มีการศึกษาของ Seo S.¹⁷และคณะ รายงานปัจจัยที่มีผล ต่อรอยแผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบคือปัจจัยของ การขาดเลือด, รอยเย็บรั่ว, รอยผ่าตัดต่อลำไส้ตั้งเกินไป และวิธีการผ่าตัดแบบ Duhamel ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ พบปัจจัยดังกล่าว

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดรอยแผล ผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบในการศึกษานี้ 2 ปัจจัย

คือการติดเชื้อมลำไส้หลังการผ่าตัด(Post-op HAEC)และ อายุขณะผ่าตัดน้อยกว่า 30วัน การติดเชื้อมลำไส้หลัง การผ่าตัด(Post-Op HAEC)มีผลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hira A.¹⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่การติดเชื้อมลำไส้(HAEC)มักสัมพันธ์กับ อาการลำไส้อุดตันจากรอยแผลผ่าตัดทางทวารตีบแคบ ซึ่งน่าจะเกิดจากการติดเชื้อมลำไส้จะทำให้รอยแผล ผ่าตัดมีเนื้อเยื่อที่อักเสบมากขึ้นเกิดการสร้างแผล เป็นได้มากขึ้นกว่าปกติก็เกิดการตีบแคบของรอยแผล ผ่าตัดทางทวารหนักมากขึ้นตามมา

ปัจจัยอายุขณะผ่าตัดน้อยกว่า 30 วันเมื่อนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์ระยะปลอดภัยเหตุการณ์ต่อการเกิด รอยแผลทวารหนักตีบแคบ (Survival Analysis for anastomosis stricture) พบว่าอายุขณะผ่าตัดก่อน30 วันมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้อง กับ การศึกษาในหลายๆงานวิจัย Kristina K.และคณะ แนะนำว่าควรผ่าตัดหลังการวินิจฉัย 2-3เดือน เพื่อให้ ผู้ป่วยอาการคงที่และสวนจนลำไส้ยุบดีถึงทำการผ่าตัด ¹⁹ Mollie R.ศึกษาพบว่าเมื่อผ่าตัดก่อนอายุ 30 วันมี ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมากกว่าในกลุ่มที่ผ่าตัด หลังอายุ 30 วัน²⁰จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จึง แนะนำให้เลือกการผ่าตัดหลังอายุ 30 วันโดยเฉพาะใน รายที่มีภาวะการติดเชื้อมลำไส้ก่อนการผ่าตัดร่วมด้วย เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

การศึกษาของ Kristina K.และคณะได้เขียน ERNACA guideline¹⁹ เพื่อลดอัตราการเกิดรอยแผล ผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบมีการศึกษาของ แนะนำให้ ขยายแผลผ่าตัดทางทวารหนักโดยใช้อุปกรณ์ขยายหลัง การผ่าตัด2-3สัปดาห์ และขยายจนถึงอายุ 6 เดือน แต่ จากการการศึกษาของโรงพยาบาลอุดรธานีพบว่าระยะเวลา เฉลี่ยของการเกิดรอยแผลผ่าตัดทางทวารตีบแคบคือ 109 วันและพบผู้ป่วย 1 รายที่เกิดภาวะรอยแผลผ่าตัด ทางทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัดตอน 1 ปี 9 เดือน ซึ่งเมื่อดูรายละเอียดของผู้ป่วยรายนี้พบว่ามักจะมีการ ติดเชื้อมลำไส้หลังการผ่าตัดบ่อยๆและมีอาการค่อนข้าง รุนแรง เพราะฉะนั้นจากการศึกษานี้แนะ นำให้ขยาย แผลผ่าตัดทางทวารหนักอย่างน้อย 6 เดือน แต่ถ้าใน



ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดบอยแนะนำให้
ขยายแผลผ่าตัดทางทวารต่อน้อย 1 ปี

ให้เกิดภาวะติดเชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดและการเกิดรอย
แผลผ่าตัดทางทวารหนักตีบแคบ

สรุป

ผลจากการศึกษานี้แนะนำให้อายุขณะผ่าตัด
ควรมากกว่า 30 วันและควรรักษาภาวะลำไส้ติดเชื้อ
ก่อนผ่าตัดให้ดีขึ้นก่อนอย่างน้อย 7 วันก่อนการผ่าตัด
หลังจากการผ่าตัดถ้าพบการติดเชื้อลำไส้ควรรักษา
อย่างเหมาะสม และแนะนำให้ขยายแผลผ่าตัดทาง
ทวารหนักอย่างน้อย 6 เดือน แต่ถ้าในผู้ป่วยที่มีการติด
เชื้อลำไส้หลังการผ่าตัดบอยแนะนำให้ขยายแผลผ่าตัด
ทางทวารต่อน้อย 1 ปีเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์และเจ้าหน้าที่
กลุ่มงานกุมารศัลยกรรมและกลุ่มงานกุมารโรงพยาบาล
อุดรธานีที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางโรค
ศัลยกรรมเด็ก และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
(พิเศษ)จารุพงษ์ น้อยคำแย ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือใน
ข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

- 1.Langer JC. Hirschsprung disease. Curr Opin Pediatr.2013;25(3):368-74.
- 2.Bradnock TJ, Knight M, Kenny S, et al. British Association of Paediatric Surgeons Congenital Anomalies Surveillance System. Hirschsprung's disease in the UK and Ireland:incidence and anomalies. Arch Dis Child. 2017;102(8) :722-727.
- 3.Gao T, Xu W, Sheng Q, Xu T, Wu W, Lv Z. Clinical outcomes and risk factors for postoperative complications in children with Hirschsprung's disease. Am J Transl Res. 2022;14(7):4830-4837.Published 2022 Jul 15.
- 4.Imvised T, Vejchapipat T, Chiengkriwate P, et al. Multicenter Experience of Primary TransanalEndorectal Pull-Through Opera3on in Childhood Hirschsprung's Disease. J Med Assoc Thai. 2016; 99 (Suppl. 4): S59-S64.
- 5.Parahita IG, Makhmudi A, Gunadi. Comparison of Hirschsprung- associated enterocolitis following Soave and Duhamel procedures. J Pediatr Surg. 2018;53(7):1351-4
- 6.Widyasari A, Pavitasari WA, Dwihantoro A, et al. Functional outcomes in Hirschsprung disease patients after transabdominal Soave and Duhamel procedures [published correction appears in BMC Gastroenterol. 2018 Jul 9;18(1):110] [published correction appears in BMC Gastroenterol. 2021 Sep 30;21(1):357]. BMC Gastroenterol. 2018;18(1):56.
- 7.Le-Nguyen A, Righini-Grunder F, Piché N, Faure C, Aspirot A. Factors influencing the incidence of Hirschsprung associated enterocolitis (HAEC) J Pediatr Surg. 2019;54:959–963.
- 8.Neuvonen MI, Kyrklund K, Lindahl HG, Koivusalo AI, Rintala RJ, Pakarinen MP. A population-based, complete follow-up of 146 consecutive patients after transanal mucosectomy for Hirschsprung disease. J Pediatr Surg. 2015;50:1653–1658.
- 9.Tander B, Rizalar R, Cihan AO, Ayyildiz SH, Ariturk E, Bernay F. Is there a hidden mortality after one stage transanal endorectal pull-through for patients with Hirschsprung's disease? Pediatr Surg Int 2007; 23: 81-6

- 10.Tomuschat C,Donnell AM, Coyle D, et al. Altered expression of a two-pore domain (K2P) mechano-gated potassium channel TREK-1 in Hirschsprung's disease. *Pediatr Res.* 2016 ;80(5):729-33.
- 11.Pastor AC, Osman F, Teitelbaum DH, et al. Development of a standardized definition for Hirschsprung-associated enterocolitis: a Delphi analysis. *J Pediatr Surg.* 2009;44:251-6.
- 12.Ruttenstock E, Puri P.Systematic review and meta-analysis of enterocolitis after one-stage transanal pull-through procedure for Hirschsprung's disease. *Pediatr Surg Int* 2010;26:1101-5.
- 13.ตะวัน อัมวิเศษ. ลำไส้อักเสบอันเกี่ยวเนื่องกับโรคลำไส้โป่งพอง.Thammasat Med J 2013;3: 361-9
- 14.Mattar AF, Coran AG,Teitelbaum DH. MUC-2mucin production in Hirschsprung's disease: Possibleassociation with enterocolitis development.*J Pediatr Surg* 2003;38:417-21.
- 15.Amiel J, Sproat-Emison E, Garcia-Barcelo M, et al. Hirschsprung disease, associated syndromes and genetics: a review. *J Med Genet* 2008;45(1):1-14.
- 16.Carneiro P, Brereton R, Drake D, et al. Enterocolitis in Hirschsprung's disease. *Pediatr Sur Int* 1992;7(5):356-60.
- 17.Seo S, Miyake H, Hock A, et al. Duhamel and Transanal Endorectal Pull-throughs for Hirschsprung's Disease: Review and Meta-analysis. *Eur J Pediatr Surg* 2018;28:81-8.
- 18.Ahmad H , Yacob D, et al. Evaluation and treatment of the post pull-through Hirschsprung patient who is not doing well; Update for 2022. *Semin Pediatr Surg* 2022;31(2):151164.
- 19.Kyrklund K, Sloots CEJ, de Blaauw I, et al. ERNICA guidelines for the management of rectosigmoid Hirschsprung's disease. *Orphanet J Rare Dis* 2020;15(1):164.
- 20.Freedman-Weiss MR, Chiu AS, Caty MG, Solomon DG. Delay in operation for Hirschsprung Disease is associated with decreased length of stay: a 5-Year NSQIP-Peds analysis. *J Perinatol* 2019;39(8):1105-1110.



การพัฒนาแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง และดูแลโรคซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565

The development of a Depression surveillance and care Model for high school students, Phrai
Bueng District, Sisaket Province in 2022

(Received: February 14, 2023 ; Revised: February 22, 2023 ; Accepted: February 24, 2023)

ศรีไพร ทองนิมิต¹

Sriphrai Thongnimit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงาน (Working Model) เฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 และ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (The New Working Model) ไปดำเนินการในพื้นที่อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 – 30 กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียนทุกสังกัดทุกคน ในอำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 จำนวน 664 คน ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 644 คน และครูประจำชั้น จำนวน 36 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ t-test เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มตัวอย่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งโดยนักเรียน ผู้ปกครองและครูดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการประเมินความพึงพอใจของนักเรียน ผู้ปกครอง ครูเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงสรุปได้ว่า รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ดีกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากมีวิธีการพัฒนารูปแบบที่ดี จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์รูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบใหม่เบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่และการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้เกิดระบบที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง มีวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดีเป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีการติดตามประเมินผลที่ดีและนำผลไปพัฒนารูปแบบขณะดำเนินการเป็นระยะๆ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน เสนอแนะ ให้พัฒนาต่อเนื่องและครอบคลุมทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ควรนำไปประยุกต์และขยายผลการพัฒนางานสู่พื้นที่ระดับจังหวัด ระดับประเทศ ให้ต่อเนื่องครอบคลุมและยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าในนักเรียน, การดูแลโรคซึมเศร้า, การพัฒนาแบบการดำเนินงาน

Abstract

The aim of this research and development project was to 1) develop a working model for Surveillance and care for depression for high school students, Phrai Bueng District, Sisaket Province in 2022, and 2) compare the results before and after the implementation of the developed model, which was conducted in Phrai Bueng District from June 1, 2022, to September 30, 2022. The samples consisted of: 1) All high school students who are studying in the school system under all affiliations in Phrai Bueng District totaling 644 people, Parents of 644 students, and 36 homeroom teachers. Descriptive statistics, (frequency, percentage, mean, and standard deviation), and a t-test at alpha 0.05 were used for data analysis. The results revealed that after the implementation of the new working model, the results of evaluation of depression and suicidal ideation in

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพรบึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

the sample population .were significantly decrease ($p < 0.05$).

The results of evaluation of strengths and difficulties assessment (SDQ) by students, students' parents and homeroom teachers were significantly higher ($p < 0.05$). And satisfaction assessment results of students, students' parents and homeroom teachers were significantly higher ($p < 0.05$). These findings indicated that the newly developed working model is superior to the original model. This is due to the effective methods and techniques deployed in the model development process, which included four steps: analysis of the original model, initial model development, new model implementation, and conclusion of the implementation results of the newly developed model. These activities result in clear working systems, a practical model, and well-prepared workers before they begin working, and an effective model implementation method with the participation of relevant individuals from the outset. . It is suggested that continuous development and consideration of all related factors be pursued and the model should be applied and extended for continuous and sustainable development.

Keywords: depression in students, depression care, Working Model Development

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันเวลาก็จะถึงขั้นฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ เป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับประเทศไทย พบเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง และอันดับ 10 ในผู้ชาย ซึ่งมีคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน¹ วัยรุ่นเป็นช่วงระยะเวลาที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงร่วมกันหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ลักษณะทางเพศ การพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเองที่ต้องแยกจากพ่อแม่ และการที่ต้องตัดสินใจด้วยตนเองเป็นครั้งแรกในชีวิต² ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการสูญเสียสุขภาพในช่วงวัยรุ่น³ จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ผ่านมามีพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้ามีเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นช่วงอายุ 15-18 ปี⁴

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบได้ในหลายประเทศทั่วโลก วัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.20⁵ ประเทศนอร์เวย์ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.60⁶ ส่วนวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.03 - 52.90⁷ จากการสำรวจขององค์การ

อนามัยโลกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า วัยรุ่นไทยมีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 15 และเคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13⁸ การศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.6⁹ แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความชุกค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเป็นช่วงที่ต้องเตรียมศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัยหรือเตรียมเข้าสู่งานประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้เลี้ยงตนเอง วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ว่าเหว่ เกิดความสับสนและมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึก ไร้ค่า สิ้นหวัง¹⁰ และในบางรายอาจ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย¹¹ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าทำให้วัยรุ่นมีความสนใจในสิ่งแวดลอมลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดเชิงซ้ำ ประสิทธิภาพการรับรู้ลดลง ส่งผลทำให้มีผลการเรียนตกต่ำบางครั้งต้องพักการเรียน อาจไม่สำเร็จการศึกษาหรือต้องลาออกจากโรงเรียน¹²

ที่ผ่านมาได้มีการจัดบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้าในโรงเรียน เป็นเพียงการป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแบบทั่วไป ขาดการติดตามเฝ้าระวังดูแลให้สอดคล้องตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ หรือยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทจริงของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ

ทำการศึกษาโดยหวังว่าผลการศึกษานี้จะสามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าในนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการในพื้นที่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยวิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี รูปแบบเดิม วิธีการดำเนินงาน และ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพร้อมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาจุด หรือประเด็น ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งศึกษาวรรณกรรม ทั้งทฤษฎี หลักการ นโยบาย แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน และ ผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ในพื้นที่ทดลอง

ระยะที่ 2 การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ (Working Model Development) การเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อ.ไทรบุรี จ. ศรีสะเกษ โดยจัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลไทรบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน แกนนำนักเรียน เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี และร่วมระดม

ความคิดออกแบบกระบวนการดำเนินงาน โดยใช้หลักการ Principle of management⁽¹³⁾ ที่ครบวงจร ร่วมออกแบบจัดทำผังการดำเนินงาน Flow chart ตามแนวทาง การประยุกต์แนวคิด 3P- 3C-PDSA/DAL⁽¹⁴⁾ และคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานดูแลภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้

ระยะที่ 3 การวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) โดยเปรียบเทียบผลต่างของสัดส่วนของคะแนนผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และผลการประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียนทุกสังกัด ทุกคน ในอำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 4 โรงเรียน รวม 664 คน ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 664 คน และครูประจำชั้นนักเรียน จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model Development) เฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรีจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 และเครื่องมือการดำเนินงานภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตประกอบด้วย

- 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)
- 2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

- 3) แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8
คำถาม (8Q)
- 4) สมุดประจำตัวเพื่อการดูแลเฝ้าระวังโรค
ซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต
- 5) แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน
(Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)
ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และผลการประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอยะปริง จังหวัดศรีสะเกษ แบบ One group pretest-post test โดยใช้สถิติพรรณนาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงาน หรือ เปรียบเทียบผลลัพธ์ (Product Evaluation) และ ความพึงพอใจรูปแบบการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอยะปริง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยใช้สถิติ t- test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวทางและมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรองที่ SPPH-2022-041 ระหว่างวันที่ 24 มิถุนายน 2565 - 23 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1.ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Model Development) การเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอยะปริง จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวทาง 3P (Purpose Process Performance) เป็นการใช้นวัตกรรมเพื่อออกแบบระบบและการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน (Purpose) ในประเด็นหรืองานที่ทำ แล้วออกแบบกระบวนการหรือแนวปฏิบัติ(Process) เพื่อดำเนินการให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายโดยกำหนดตัววัดความสำเร็จเพื่อสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการพัฒนา (Performance) และใช้ผลลัพธ์เพื่อเรียนรู้หาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานยกระดับสู่เป้าหมายที่ต้องการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ครู และเครือข่ายเพื่อการดูแลภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน

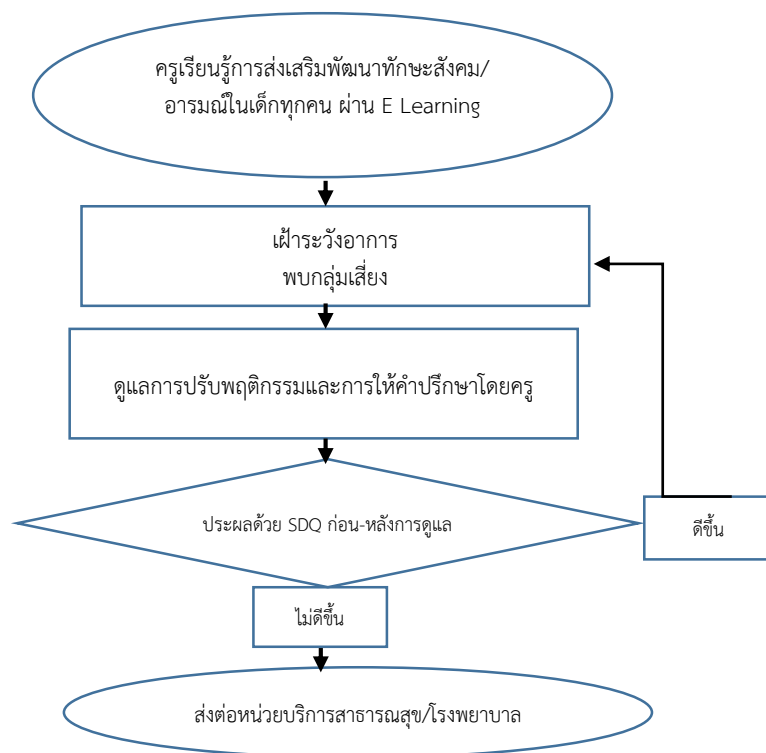
เป้าหมาย (Purpose)	กระบวนการหรือแนวปฏิบัติ ตามแนวทาง คู่มือ (Process)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้น (Performance)
ระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน	พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม	1.มีการคัดกรองด้วยแบบประเมิน SDQ 25 ข้อ 2.มีการริเริ่มนำ ระบบ School Health RERO ออนไลน์มาใช้
เสริมสร้างการเรียนรู้ภาวะซึมเศร้าของบุคลากร เครือข่าย	จัดกระบวนการเรียนรู้เทคนิคส่งเสริมพัฒนา ป้องกัน แก้ไขด้วยการปรับพฤติกรรม และการให้คำปรึกษา	1.ระบบป้องกันตามโครงการ to be number one กลุ่มเพื่อช่วยเหลือเพื่อนในโรงเรียน 2.เรียนรู้ผ่าน e-learning ระบบออนไลน์ School Health RERO 3.การปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยบุคลากรสาธารณสุข
สร้างระบบดูแลและประเมินผลการดูแล ภาวะซึมเศร้าในนักเรียน	ดูแลและประเมินผลการดูแลด้วยการปรับพฤติกรรมและ/หรือการให้คำปรึกษา	1.ดูแลด้วยการปรับพฤติกรรมและให้คำปรึกษา โดยครู

ตารางที่ 1 บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ครู และเครือข่ายเพื่อการดูแลภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน

เป้าหมาย (Purpose)	กระบวนการหรือแนวปฏิบัติ ตามแนวทาง คู่มือ (Process)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (Performance)
		2.ปรึกษาผ่าน ระบบออนไลน์ School Health RERO
พัฒนาระบบคำปรึกษาส่งต่อ	ให้คำปรึกษาส่งต่อตามแนวทาง(Flow chart) เมื่อมีอาการบ่งชี้	ส่งต่อ ระบบออนไลน์ School Health RERO

2. มีการออกแบบแนวปฏิบัติ โดยใช้หลัก 3P-PDSA เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง ผลการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลไทรบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน แกนนำนักเรียน นำเสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้า

ระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี และร่วมระดมความคิดออกแบบกระบวนการดำเนินงาน จัดทำผังการดำเนินงาน Flow chart ตามแนวทาง การประยุกต์แนวคิดหลัก 3P-PDSA และคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานดูแลภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลภาวะซึมเศร้าเด็กมัธยมศึกษาต่อปลายอำเภอไทรบุรี ที่พัฒนาขึ้นใหม่ (The New Working Model)

2. ผลการทดลองใช้รูปแบบเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (The New Working Model) ไปดำเนินการในพื้นที่วิจัย

2.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 644 คน เป็นเพศชาย 287 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 เพศหญิง 377 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8

2. ผลประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q

2.1 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q ก่อนดำเนินการ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q ก่อนดำเนินการในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Modal) เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่าง 664 คน พบว่า มีผลการประเมินปกติ 219 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 235 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 184 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับปกติ 349 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับน้อย 142 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลาง 125 คน

คิดเป็นร้อยละ 18.8 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2

2.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q หลังดำเนินการ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q หลังดำเนินการในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Modal) เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่าง 664 คน พบว่า มีผลการประเมินปกติ 506 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 128 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับปกติ 522 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับน้อย 28 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลาง 86 คน คิดเป็นร้อยละ 13.0 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 28 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

2.3 การประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) ก่อนดำเนินการ ผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างโดยนักเรียนเอง ผู้ปกครอง และครูประจำชั้น ก่อนดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังและเป็นข้อมูลนำเข้าประชุมเพื่อกำหนดแนวทางระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งก่อนดำเนินการ

ประมิณ	ก่อนดำเนินงาน																	
	กลุ่มปกติ						กลุ่มเสี่ยง						กลุ่มปัญหา					
	นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู		นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู		นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
พฤติกรรมด้านอารมณ์	444	66.8	277	41.7	199	29.9	104	15.7	201	30.3	279	42.0	116	17.5	186	28.1	186	28.1
พฤติกรรมอยู่เนิ่ง/สมาธิสั้น	235	35.4	302	45.5	183	27.6	170	25.6	60	9.0	142	21.4	259	39.0	302	45.5	339	51.1
พฤติกรรมเกราะ/ความประเพณี	240	36.2	292	44.0	149	22.4	83	12.5	222	33.4	308	46.4	341	51.4	150	22.7	207	31.2
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	190	28.6	272	41.0	190	28.6	263	39.6	82	12.3	122	18.4	211	31.8	310	46.8	352	53.0
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม	211	31.8	217	32.7	126	19.0	141	21.2	102	15.4	101	15.2	312	47.0	345	52.0	437	65.9

2.4 ผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) หลังดำเนินการ ผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โดยนักเรียน ผู้ปกครอง และครูประจำชั้น หลังดำเนินงานรูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมาขึ้นพื้นที่ทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งหลังดำเนินการ

ประเด็น	ก่อนดำเนินงาน																	
	กลุ่มปกติ						กลุ่มเสี่ยง						กลุ่มปัญหา					
	นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู		นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู		นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู	
	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%
พฤติกรรมด้านอารมณ์	551	82.9	532	80.1	469	70.6	45	6.8	44	6.6	126	19.0	68	10.3	88	13.4	69	10.4
	481	72.4	486	73.2	446	67.2	33	5.0	24	3.6	30	4.5	150	22.6	178	23.2	178	28.4
	473	71.2	478	72.0	414	62.3	35	5.3	125	18.8	165	24.8	156	23.5	61	9.2	85	12.8
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	462	69.5	483	72.5	422	63.5	100	15.1	59	8.9	54	8.1	102	15.5	122	18.6	188	28.5
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม	409	61.6	457	68.8	435	65.5	141	21.2	95	14.3	42	6.3	114	17.2	112	16.8	187	28.2

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ (Product Evaluation) ก่อนและหลังการดำเนินงาน

3.1 เปรียบเทียบผลการประเมินซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการดำเนินงาน ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ 2Q 9Q เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน

กลุ่มตัวอย่าง 644 คน พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ผลการประเมินการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการประเมินซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการดำเนินงาน

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
ประเมินซึมเศร้า 2Q 9Q	664	.74	.59	31.41	663	<.001
ประเมินเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8Q	644	.36	.61	15.41	663	<.001

3.2 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ก่อนและหลังการดำเนินงาน

3.2.1 เปรียบเทียบผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของผู้ปกครอง ผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของผู้ปกครอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มตัวอย่าง 644 คน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน

พฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น 3) ด้านพฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก 4) ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินประเมินจุดอ่อน(SDQ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ก่อนและหลังการดำเนินงานของผู้ปกครอง

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
พฤติกรรมด้านอารมณ์	664	2.35	3.15	19.27	663	<.001
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	664	2.07	3.25	16.44	663	<.001
พฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก	664	1.5	2.75	14.01	663	<.001
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	664	2.16	3.24	17.21	663	<.001
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	664	2.91	3.42	21.97	663	<.001

3.2.2 เปรียบเทียบผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของครู ผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของครู เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มตัวอย่าง 644 คน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น 3)

ด้านพฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก 4) ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินประเมินจุดอ่อน(SDQ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งก่อนและหลังการดำเนินงานของครู

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
พฤติกรรมด้านอารมณ์	664	2.56	3.28	20.14	663	<.001
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	664	2.79	3.36	21.36	663	<.001
พฤติกรรมเกร/ความประพฤติ	664	2.10	3.04	17.81	663	<.001
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	664	2.17	3.08	18.18	663	<.001
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	664	3.20	3.56	23.21	663	<.001

3.2.3 เปรียบเทียบผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของนักเรียน ผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของนักเรียนเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มตัวอย่าง 644 คน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น 3) ด้านพฤติกรรมเกร/ความประพฤติ 4) ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 7

สมาธิสั้น 3) ด้านพฤติกรรมเกร/ความประพฤติ 4) ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งก่อนและหลังการดำเนินงานของนักเรียน

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
พฤติกรรมด้านอารมณ์	664	1.25	2.97	10.87	663	<.001
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	664	2.52	3.24	20.10	663	<.001
พฤติกรรมเกร/ความประพฤติ	664	2.35	3.38	17.88	663	<.001
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	664	2.29	2.95	19.97	663	<.001
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	664	1.87	3.20	15.06	663	<.001

4. ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน

4.1 ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลอยู่ที่ระดับน้อยทั้ง 3 กลุ่มดำเนินงานเฝ้าระวังและ

ดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และ ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการดำเนินงานใช้รูปแบบดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่พัฒนาขึ้น ความพึงพอใจของนักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้น เพิ่มขึ้นที่ระดับ ปานกลาง ระดับมาก ระดับมาก ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน

ความพึงพอใจ	ก่อน			หลัง		
นักเรียน	1.22	0.23	ระดับน้อย	2.19	0.17	ระดับปานกลาง
ผู้ปกครอง	1.14	0.30	ระดับน้อย	4.11	0.32	ระดับมาก
คุณครูประจำชั้น	1.28	0.30	ระดับน้อย	4.22	0.22	ระดับมาก

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน การประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายใน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการ

ความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	Df	p-Value
นักเรียน						
- ก่อนดำเนินการ	664	1.22	0.23	-252.78	663	<.001
- หลังดำเนินการ	664	2.19	0.17			
ผู้ปกครอง						
- ก่อนดำเนินการ	664	1.15	0.30	-272.38	663	<.001
- หลังดำเนินการ	664	4.12	0.32			
คุณครูประจำชั้น						
- ก่อนดำเนินการ	36	1.28	0.30	-701.35	35	<.001
- หลังดำเนินการ	36	4.22	0.22			

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่ารูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดีกว่ารูปแบบเดิม เห็นได้จากการมีผลลัพธ์การผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง(SDO) ของนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน และผลประเมินความพึงพอใจของนักเรียน ครู ผู้ปกครอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการดำเนินการดังกล่าวใช้ทรัพยากรคน เงิน ของ เพียงเท่าที่มีอยู่เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ การวิจัยรูปแบบการฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเลยของชนิษฐา ชิดชิง,ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ,ธนภุต ทูริสุทธิ์,สังคม ศุภรัตนกุล⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิง

ประจักษ์สู่การปฏิบัติ ของดวงใจ วัฒนสินธุ์⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัฏ คล่องดี,สุรัชย์ เณียง⁽¹⁷⁾ เรื่องภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษาที่เป็นดังนี้เนื่องจากการศึกษามีรูปแบบที่ดีเหมาะสมกับพื้นที่ทดลอง และมีกระบวนการในการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดีมีประสิทธิภาพสูง สอดคล้องกับแนวคิดแนวทาง และวิธีการของการทำวิจัยและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (R&D for CSWM)⁽¹⁸⁾ ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาจากผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับตั้งแต่เริ่มต้น โดยเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การมีรูปแบบที่ดีและเหมาะสมกับพื้นที่ทดลองนั้น เห็นได้จากการมีองค์ประกอบของรูปแบบที่ครบถ้วน ทั้งหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ การสร้างและพัฒนาแบบจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับตั้งแต่เริ่ม ต้น ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูง รวมทั้ง ลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง

สรุปสิ่งที่ได้จากการวิจัย

สิ่งที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ 4 ประการ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และ จุดเด่นที่พบจากการวิจัย ได้แก่

1. ได้รูปแบบการดำเนินงาน(working model) ใหม่ ที่ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่ ตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา(Research and Development: R&D)

2. จากข้อมูลผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างรูปแบบใหม่และพัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม สรุปได้ว่าผลการดำเนินงานตามรูปแบบใหม่ของการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ดีกว่ารูปแบบเดิม

3. ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนางาน ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่

4. ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานในการพัฒนาการดูแลการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ และเป็นต้นแบบขยายผลการสู่การพัฒนาการดำเนินงานในระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่ทดลอง คือ อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ควรดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ให้ต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จนเกิดเป็น “รูปแบบตัวอย่าง” ของการพัฒนาในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

และ ควรนำประสบการณ์ที่ได้จากการสร้างและพัฒนา รูปแบบนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอื่นๆ ให้ครอบคลุมในทุกงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 การทำวิจัยในเรื่องเดิม ควรทำเป็นการวิจัย เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (R&D for CSWI) ที่สมบูรณ์แบบ ต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมรายละเอียดทุกๆ ด้าน อย่างครบถ้วนทั้งตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและตามบริบทของพื้นที่วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต้องเน้นกิจกรรมพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผู้ปกครองและชุมชน การสร้างจิตสำนึกให้เกิดความตระหนักตามมาตรการทางวิชาการและเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยปฏิบัติการดังกล่าว ต้องมีการค้นคว้า อ้างอิง ใช้ข้อมูลวิเคราะห์สังเคราะห์ที่รอบด้านในทุกมิติ เพื่อนำมาออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน(Working model) การประสานการทำงานกับบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุข วิชาชีพการศึกษา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อโน้มน้าวเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

2.2 การทำวิจัยในเรื่องใหม่ ควรประยุกต์แนวทางและวิธีการ ที่ได้ดำเนินการไป ในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการทำวิจัยในงานอื่น ๆ ทั้ง งานบริการ งานสนับสนุนทรัพยากร งานพัฒนางานบริการ งานพัฒนาหน่วยงาน และ งานบริหารจัดการ โดยสามารถทำได้ในทุกๆงาน และทุกๆหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานทั้งหลายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนำไปสู่ประโยชน์สุขของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ อย่างกว้างขวางและค้ำค้ำอย่างยั่งยืน ทั้งระยะสั้น และ ระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557) [อิน เต อ ร์ เนี ต] ; 2557 [เข้า ถึง เมื่อ 10 เม ษ า ย น 2565] . เข้า ถึง ได้ จ า ก <https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
2. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.
3. Coker, T. R., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A., & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: The perspectives of adolescents and parents. *Journal adolescent Health*, 47, 133-142.

5. Joseph, N. (2011). Prevalence of depression among pre-university college students in an Urban area of South India. *International Journal of Current Research*, 3(11), 439-442.
5. Matlin, S. L., Molock, S. D., & Tebes, J. K. (2011). Suicidality and depression among African American adolescents: The role of family and peer support and community Connectedness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 108-117. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01078.
6. Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child Adolescents Psychiatry Mental Health*, 5, 28.
7. จรรยาพร เจียมเจริญกุล และนิดา ลิ้มสุวรรณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(4), 253-263.
8. World Health Organization [WHO]. (2017). *Mental health status of adolescents in south-east Asia: evidence for action*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South- East Asia.
9. พิทักษ์พล บุญยมลิก, พนมศรี เสาร์สาร และ วรารณ จุฑา. (2550). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประโยควิชาชีพ: การสำรวจโรงเรียนและวิทยาลัยระดับชาติ ปี 2547. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 172-180.
10. Maughan, B., Collisshaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35-40. Bauman, K. E., Harris, K. M., Jone, J., et al. (1997). Protecting adolescents From harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 178, 823-832.
11. Kim, Y. J. (2014). The role of self-esteem in the relationship between depression and Suicidal Ideation of Korean adolescents. *Life Science Journal*, 11(7s), 494-498.
12. Krasniqi, N. (2014). Anxiety/depression and academic achievement in adolescents in Prishtina. *Journal of Educational and Social Research*, 4(2), 375-383. doi: 10.5901/ jesr.2014.v4n2p375
13. สมชาติ ไตรรักษา. การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560.
14. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี 2564.
15. ขนิษฐา ชิตชิง, ประจัญ กิ่งมิ่งแอ, ธนฤต ทูริสุทธิ, สังคม ศุภรัตน์กุล. (2560) รูปแบบการฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*. Vol. 12 No. 41 (2017): กรกฎาคม - กันยายน 2560, 90-100.
16. ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 (2016): มกราคม-มีนาคม 2559, 1-12
17. ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันธ์ คล่องดี, สุรัชย์ เณนียง. (2563). *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. ปีที่ 21 ฉบับที่ 41 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563, 104-116
18. สมชาติ ไตรรักษา. หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาค ที่ 1 หลักการบริหารองค์กรและหน่วยงาน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท เอส.พี.เอ็น. การพิมพ์ จำกัด; 2548 (ISBN 974-11-0325-5)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน:กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of COPD patients with acute exacerbation

(Received: February 20,2023 ; Revised: February 27,2023 ; Accepted: March 7,2023)

บุญสว่าง พิลาสภา¹Boonsawang Pilasopa¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่องดาว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1)แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก และข้อมูลผู้ป่วยใน 2)การสังเกตสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดง และการรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะก่อนจำหน่าย

ผลการศึกษา : จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีประวัติโรคติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมด้วยประวัติที่เกี่ยวข้องทำให้มีโอกาสสูงที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติจะช่วยลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลันดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและวิกฤตซึ่งต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญที่เป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานสอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

ABSTRACT

This study was a case study to compare two COPD patients with acute exacerbation who were admitted to the inpatient department of Songdao Hospital. The tools used to collect data consisted of: 1) data recording form collecting data from outpatient medical records, data on services provided at the COPD department Outpatient and Inpatient information 2) Observation, interviews with patients and relatives, analyzing comparative data according to the health pathological pattern. Symptoms and treatment 3) Nursing record form by using the concept of a patient assessment form based on a health model 11 Gordon's scheme To know the problems and needs of the patients. The information obtained can be used to plan nursing care for COPD patients with acute exacerbations, determine nursing

¹ พว. โรงพยาบาลส่องดาว

diagnoses, and evaluate nursing outcomes. in 3 phases: critical phase, recovery phase and pre-sale period

Results: From the study of the two case studies being an elderly person with a history of respiratory infections involved, making it more likely to cause an acute exacerbation rapid assessment of critically ill patients and Effective nurses can help reduce violence, reduce patient mortality. Including distribution planning and care. Continuous treatment with the cooperation of a multidisciplinary team Patients and relatives will help reduce the incidence of acute exacerbations. Therefore, nurses have a role in caring for both normal and critical patients, which require special knowledge, skills and special expertise in caring for patient in order to plan nursing operations according to standards in accordance with the treatment plan from the first admission until discharge to keep patients safe and have a good quality of life

Keyword: Nursing care, Chronic obstructive pulmonary disease, Acute exacerbation

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable disease) เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆ ของประชากรโลกโดยมีสาเหตุหลักที่สำคัญคือ ควันบุหรี่ ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มหลอดลมและถุงลม นำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง หลักการดูแลรักษาที่สำคัญคือป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ คงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด ถ้ามีระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรืออาจเสียชีวิตได้ การรักษาจึงต้องทำหลายด้านพร้อมกันทั้งการรักษาโดยการสูดยาและการรักษาโดยไม่สูดยา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดำเนินโรคส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงและไม่กลับคืนสู่สภาพปกติและเป็นโรคที่ไม่หายขาดโดยมีลักษณะเป็น progressive not fully reversible airflow limitation การระคายเคืองที่ต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (pulmonary vasculature) เกิด

การเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปจนถึงขนาดเล็ก มีการอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โครงสร้างของผนังหลอดลมโดยเฉพาะส่วนปลายมีการตีบแคบ การสร้าง mucus มากกว่าปกติรวมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เกิดการอุดกั้นและมีพังผืดเกิดขึ้น ส่งผลให้หลอดลมแฟบ การอุดกั้นในหลอดลมที่รุนแรงจะทำให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดของปอดเพิ่มขึ้น อิลาสตินและคอลลาเจนถูกทำลายไป ปอดจะเสียความยืดหยุ่น (Elastic recoil) ปอดที่มีการโป่งพองอย่างถาวรทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับลมออกจากความจุของปอดภายในเวลาที่กำหนด การ progressive not fully reversible airflow limitation ของโรคที่เพิ่มระดับความรุนแรงจะทำให้การหดคืนตัวของปอดเสียไป จากการทำลายใยยืดหยุ่นของปอดและหลอดลมฝอยเกิดการตีบแคบได้ง่ายขณะหายใจออกความจุคงค้างที่ใช้งานได้ (Functional residual capacity, FRC) เพิ่มขึ้นส่งผลให้การหายใจเข้าได้ต้องมีปริมาตรอากาศที่หายใจเข้ามากกว่าค่า FRC ที่เพิ่มขึ้น การที่หลอดลมตีบแคบขณะหายใจออกผ่านแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดลมจึงต้องหายใจออกด้วยแรงดันที่สูงขึ้นยิ่ง ทำให้เกิดแรงในทรวงอกกดหลอดลมให้ตีบแคบหรือปิดเร็ว

กว่าปกติ ส่งผลให้มีการลดลงของปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจออกได้เร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV1) ความเร็วสูงสุดของการหายใจออก (Peak flow rate) และปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (Force vital capacity) ปริมาตรอากาศหายใจเข้าเต็มที่ (Vital capacity) ลดลงทำให้ค่า FEV1/FVC ลดลง ส่งผลให้มีอากาศค้างในปอดขณะหายใจออกสุดเพิ่มมากขึ้น นั่นคือ ปริมาตรอากาศคงค้าง (Residual volume, RV) สูงกว่าปกติ จากการหายใจเข้าได้น้อย ทำให้การระบายอากาศในถุงลม (Ventilation) ลดลงและเลือดที่มาเลี้ยงถุงลม (Perfusion) เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือด ถุงลม และเส้นเลือดที่มาเลี้ยงปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมไม่สม่ำเสมอ บางส่วนของเนื้อปอดมีอากาศเข้ามาได้ดีแต่เลือดมาเลี้ยงน้อยหรือ บางส่วนการระบายอากาศถุงลมน้อยแต่เลือดมาเลี้ยงตามปกติทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มขึ้น การวินิจฉัยแยกโรคที่ดีที่สุดคือ การตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) เพื่อแยกจากโรคหืด คนที่สูบบุหรี่ค่า FEV1 จะลดลงมากกว่าคนปกติ ประมาณ 30-45 มิลลิลิตรต่อปี (Mortaz, Masjedi, & Rahman, 2011; Vozoris & Stanbrook, 2011) การเกิดอาการกำเริบบ่อย จะทำให้ค่า FEV1 ลดลง 40.1 มิลลิลิตรต่อปี และ PEFR ลดลง 2.9 ลิตรต่อวินาทีต่อปี (Donaldson et al., 2002; Wedzicha & Seemungal, 2007) เมื่อโรคมีความก้าวหน้าขึ้นการอุดกั้นทางเดินหายใจการคั่งค้างของอากาศในถุงลมและการเสียหายที่ของกล้ามเนื้อหายใจมากขึ้นทำให้เกิดความไม่สมดุลของการระบายอากาศ (Ventilation: V) และการไหลเวียนของเลือดผ่านถุงลม (Perfusion: Q) ที่เรียกว่า V/Q Mismatch ส่งผลทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติและ/หรือพร่องออกซิเจนตามมา

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับที่ 1 ระดับความรุนแรงเล็กน้อย (Mild COPD) ทดสอบโดยใช้ Spirometer พบว่าอัตราส่วนของ FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับที่ 2 ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate COPD) อัตราส่วนของ FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ระดับที่ 3 ระดับความรุนแรงมาก (Severe COPD) อัตราส่วนของ FEV1 / FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 แต่น้อยกว่าร้อยละ 50 ระดับที่ 4 ระดับความรุนแรงที่สุด (Very severe COPD) อัตราส่วนของ FEV1/FVC น้อยกว่า ร้อยละ 70 และค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 30 ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมากและมีอาการกำเริบที่รุนแรง

การกำเริบของโรค (Exacerbations) เป็นการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบาก ไอและ/หรือการมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นจากภาวะที่เป็นอยู่ทุกวันทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการรักษา การกำเริบของโรคจะพบเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น การติดเชื้อทั้งแบคทีเรียและไวรัส มลภาวะในสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่ยังไม่ทราบสาเหตุ การติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจมากขึ้น การคั่งของอากาศเพิ่มขึ้น การระบายอากาศออกน้อยลงทำให้หายใจลำบากมากขึ้น V/Q mismatch เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือดได้ ภาวะอื่นๆ เช่น ปอดอักเสบ การมีก้อนอุดกั้นในหลอดเลือด (thromboembolism) และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาการที่เกิดอาจคล้ายคลึงกันกับอาการกำเริบและจะทำให้อาการกำเริบรุนแรงขึ้น (รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ) ในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิต 40 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2554 สถานการณ์และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตสุขภาพที่ 8 พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นลำดับที่ 4 ของการเจ็บป่วยด้วยโรค 10 อันดับแรกในปี 2563 จากรายงานการตายตามกลุ่มโรค(hospital base)เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563พบจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 123รายเป็นลำดับที่ 15 (ข้อมูล HDC 15 กรกฎาคม 2563) อัตราการการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป อันดับ 4 ของประเทศ =109.64 ต่อ 100 ผู้ป่วย,จังหวัดสกลนครพบอัตราการการกำเริบเฉียบพลัน = 96.32 ต่อร้อยผู้ป่วย เป็นลำดับที่ 3 ในเขตสุขภาพที่ 8, อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนครมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง COPD ที่แผนกผู้ป่วยนอกปี 2563จำนวน 130 ราย,ปี 2564จำนวน 136รายและปี 2565 จำนวน 124 ราย พบ อัตราการกำเริบเฉียบพลัน (Exacerbation)ในผู้ป่วย ปี 2563-2565 จำนวน 102.08,116.13,83.7และ 84.06 ต่อ100 จำนวนผู้ป่วย พบอัตราการตายในปี 2563-2565 จำนวน 6.92,6.66และ 5.65 ตามลำดับ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ที่นำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวจากความรุนแรงของโรค เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในระยะปกติ และระยะฉุกเฉิน โดยการให้ความรู้ ติดตามการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แนะนำการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพปอดที่เหมาะสมกับบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อมสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้บริหารจัดการในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นผู้ร่วมทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเฝ้าระวังเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและสมรรถภาพทางกายการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเองได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน (Exacerbations)กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี(Case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่องดาว ในช่วงเดือน ธันวาคม 2565-มกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก /ข้อมูลการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง COPD และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2)การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติการสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพพยาธิสภาพ อาการและการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมิน ผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤตระยะฟื้นฟูสภาพและระยะการเตรียมจำหน่าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี ประวัติ COPD with old TB เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่องดาว เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2565 เวลา 09.23 น. ด้วยอาการ ไข้ ไอ หอบเหนื่อยมา 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับ Vital signs BT= 39.2 °C, PR=143/min ,RR=30/min ,BP= 126 / 81 mm Hg,ค่า O₂ sat 90 % E4V5M6,Dyspnea, Lung: Wheezing BL,Covid-19 Ag rapid test -Ve, Pupil 2 mm. react to right both eyes, DTX=158 mg% แพทย์พิจารณาให้ Berodual (1:3) NB จำนวน 3



dose ที่ ER ไม่ดีขึ้นส่ง CXR พบInfiltration BL, EKG Normal แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า 1. COPD with Acute Exacerbation 2. Pneumonia ให้ Dexamethasone 8 mg IV stat,load LRS 1000 ml IV then NSS 1000 ml rate 80 cc/hr

เจาะเลือดส่งตรวจ

H / C * 2,C B C,B U N,C r,E l e c t r o l y t e LFT,Lactate,U/Aให้ Fortum 2 gm IV Stat,Clindamycin 600mg IV Admitผู้ป่วย เวลา 11.00 น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ไอมีเสมหะ Vital sign BT= 38 °C , P R = 1 2 6 / m i n , R R = 3 0 / m i n , B P = 1 5 3 / 9 7 m m H g , ค่ำ O 2 s a t 9 3 % ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing BL Berodual 1 NBทุก 4 ชั่วโมง,Dexamethasone 4mg IV ทุก8 ชั่วโมง ,Fortum 2 gm IVทุก 8 ชั่วโมง, Clindamycin 600mg IV ทุก8 ชั่วโมง,keep O2 sat≥ 92%,Order for Continuation ให้NPOเว้นยาถ้ามีเอียน ถ้าClinical ดีให้ Regular diet Seretide(25/125)2*2,Budesonide 2*2, Theophylline(2 0 0) o r a l 1 * 2 P C , p a r a c e t a m o l (5 0 0) o r a l 1 * P r n ทุก 4-6 ชั่วโมง,GG 1*4 oral PC

วันที่ 29 ธันวาคม 2565ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอมีเสมหะต่างๆหายใจลำบากลดลงกินได้ wheezing BLลดลง Vital sign BT=3 8 °C,P R = 9 6 / m i n , R R = 2 8 / m i n , B P = 1 0 7 / 7 4 m m H g , ค่ำ O 2 s a t 9 5 % ดูแลให้ได้ยาตามแผนการรักษา IV หด off,On HL,Berodual 1 NBทุก 4 ชั่วโมง,Dexamethasone 4mg IVทุก8 ชั่วโมง ยา Order for Continuation เดิม Berodual(1 : 3) N B ทุก 4 ชั่วโมง ,Dexamethasone 4mg IV ทุก8 ชั่วโมง,Fortum 2 gm IVทุก 8 ชั่วโมง, Clindamycin 600mg IV ทุก8 ชั่วโมง,keep O2 sat≥ 92% Regular diet Seretide(2 5 / 1 2 5) 2 * 2 ,Budesonide 2 * 2 ,Theophylline(2 0 0) o r a l 1 * 2 P C ,

paracetamol(500)oral1*Prnทุก 4-6 ชั่วโมง ,GG 1*4 oral PC

วันที่ 30 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีไข้ ไอมีเสมหะต่างๆหายใจลำบากลดลง กินได้ wheezing BLลดลง Vital sign T=36.5°C,P R = 9 0 / m i n , R R = 2 6 / m i n , B P = 1 0 0 / 7 0 m m H g , ค่ำ O 2 s a t 9 6 % ดูแลให้ได้ยาตามแผนการรักษา On HL ,Berodual 1 NBทุก 6 ชั่วโมง,Dexamethasone 4mg IVทุก8 ชั่วโมง ,Fortum 2 gm IVทุก 8 ชั่วโมง, Clindamycin 600mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ,keep O2 sat≥ 92%,Order for Continuation ให้ Regular diet Seretide (25/125) 2 * 2 , Budesonide 2 * 2 , Theophylline (200) o r a l 1 * 2 P C , p a r a c e t a m o l (5 0 0) o r a l 1 * P r n ทุก 4-6 ชั่วโมง , G G 1 * 4 o r a l P C

วันที่ 31 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เวลา 02.00 น.ไอมีเสมหะน้อย หายใจลำบาก wheezing BLพ่น Berodual 1:3 NB*1อาการดีขึ้น เวลา 10.00 น ไอต่างๆครั้ง Vital sign BT=3 6 . 6 °C,P R = 9 0 / m i n , R R = 2 4 / m i n , B P = 1 1 6 / 7 0 m m H g , ค่ำ O 2 s a t = 9 6 % แพทย์จำหน่ายกลับบ้านนัดเดิม24มกราคม2566 ยาเดิม Seretide(2 5 / 1 2 5) 2 * 2 Budesonide*2,Theophylline(200)oral1*2PC , Berodual MDI พ่น ยา 2 * p r n เติม ยา prednisolone (5)2*3จำนวน 30 tabs รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 4 วัน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี ประวัติ COPD with old Covid-19 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่องดาว เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2566 เวลา 02.40 น.ด้วยอาการ ไอ หายใจลำบาก 1 วัน แรกรับ Vital sign BT=37°C, P R = 1 0 4 / m i n , R R = 2 8 / m i n ,

B P = 1 3 0 / 7 0 m m H g , ค่ำ O 2 s a t 9 2 % E4V5M6, Lung: Expiratory Wheezing BL, Covid-19 Ag rapid test -Ve, DTX 103 mg% แพทย์พิจารณาให้ Berodual (1:3) NB จำนวน 3

dose ที่ ER ไม่ดีขึ้น, Dexamethasone 4 mg IV stat แพทย์ให้

การวินิจฉัยว่าเป็น COPD with Acute Exacerbation พิจารณาตรวจ CBC ,BUN ,Cr ,Electrolyte ,U/A ให้ Order For continuation เป็น Azithromycin (250)2*1 oral ac ถ้า BT≥ 38.5 °C ให้ Cef 3จำนวน 2 gm IV Stat แพทย์พิจารณา

Admit ผู้ป่วย เวลา 03.50 น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ไอมีเสมหะ Vital sign BT=37.3°C, PR=110/min RR=26/min, BP= 130/70mmHg, ค่า O2 sat 94% ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing BL ดูแล

Berodual 1 NBทุก 4 ชั่วโมง Dexamethasone 4mg IVทุก8 ชั่วโมง, keep O2 sat≥ 92% Order For continuation ให้ยา

เดิม Accuhaler Seretide (50/250) mcg 1*2, Budesonide Inhaler (200) mcg 2*2, Berodual MDI (200 dose) 2* prn, Theophylline SR (200)1*2PC, Paracetamol (500) oral1*Prnทุก 4-6 ชั่วโมง, GG 1*4 oral PC

วันที่ 3 มกราคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอมีเสมหะต่างๆหายใจลำบากลดลงได้ Expiratory wheezing BLลดลง Vital sign BT=36.5°C, PR=92/min, RR=24/min, BP= 138/74mmHg, ค่า O2 sat 95%ดูแลให้ได้ยา

ตามแผนการรักษา Berodual 1 NBทุก 4 ชั่วโมง, Dexamethasone 4mg IVทุก8 ชั่วโมง ยา Order for Continuation เดิม

วันที่ 4 มกราคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะต่างๆหายใจลำบาก ลดลง กินได้ Expiratory wheezing BLลดลง Vital signs=36.7°C,PR=82/min ,RR=24/min ,BP=128/82mmHg,ค่า O2 sat 97% แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน นัดเดิม 24 มกราคม 2566 ไข้ยาเดิม เพิ่มยา prednisolone (5)2*3 จำนวน 4 วัน และ Azithromycin(250)2*1oral ac ให้ครบ 5 วัน รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการพื้นฐานปกติของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ทั้ง11 แบบแผนของGordon ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพ กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งภาวะปกติและการเปลี่ยนแปลง/ปรับเปลี่ยนขณะเจ็บป่วย ได้นำมาเป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 3 ระยะคือระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนการจำหน่าย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะวิกฤติ 1.เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวจากพยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษารายที่ 1 S: เหนื่อย, หายใจยาก O: -ไอ หายใจเหนื่อยหอบ O2 sat= 90 % - PR=143/min, RR=30/min - Wheezing BL	กิจกรรมการพยาบาล 1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวจำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นเพื่อลดงานการหายใจ 2.วัดและบันทึกPR-BP-RRทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง เมื่อพบว่าสัญญาณชีพคงที่ ประเมินลักษณะการหายใจและอาการ cyanosis 3.ประเมินระดับความรู้สึกตัว รุนานตา อาการปลายมือปลายเท้าเขียวซีดทุกชั่วโมง	กิจกรรมการพยาบาล 1.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวจำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นเพื่อลดงานการหายใจ 2.วัดและบันทึกPR-BP-RRทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง เมื่อพบว่าสัญญาณชีพคงที่ ประเมินลักษณะการหายใจและอาการ cyanosis 3.ประเมินระดับความรู้สึกตัว รุนานตา อาการปลายมือปลายเท้าเขียวซีดทุกชั่วโมง



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
- ผลภาพถ่ายรังสีปอด: infiltration BL กรณีศึกษารายที่ 2 S: เหนื่อย, หายใจไม่อิ่ม O: ไอ หายใจเหนื่อยหอบ O2 sat= 92 % - PR=104/min, RR=28/min - Expiratory Wheezing BL วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว เกณฑ์การประเมินผล - หายใจสม่ำเสมอ RR=ช่วง 14-24 ครั้ง/นาที PRช่วง 60-100 ครั้ง/นาที BPอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มม.ปรอท - เสียงการหายใจเข้า-ออก/ ฟังเสียงปอดปกติ - ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวหรือซีด O2 sat ≥92%	4.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจขยายและมีระบายอากาศได้เพียงพอและให้ยาทางหลอดเลือดดำ Dexamethasone 8 mg IV Stat then 4 mg ทุก 8 ชม. Berodual (1:3) NB จำนวน 3 dose บันทึกลงและติดตามหลังผู้ป่วยได้รับยา 5.ฟังปอดประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่น wheezing Creptitation สังเกตอาการไอ ลักษณะเสมหะอาการหายใจลำบากทุก 2 ชั่วโมง ประเมินเสียงหายใจที่เบาแสดงถึงการมีลมเข้า-ออกปอดได้น้อย 6.ตรวจวัดและบันทึกค่า O2 sat ≥92%% ตามแผนการรักษา 7.ประเมินสรีรวิทยาการหายใจทุก 4 ชั่วโมง เพราะแสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดออกซิเจน การประเมินผล 1. ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว RR= 24--30 ครั้งต่อนาที PR=100-126ครั้ง/นาที BP=98/67-128/79มม.ปรอท ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 93-95% เสมหะสีขาวข้นปริมาณลดลง 2. หลังได้รับยา ลักษณะการหายใจดีขึ้นอาการหอบเหนื่อยลดลง 3. ไม่มีภาวะ Respiratory Failure	4.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจขยายและมีระบายอากาศได้เพียงพอและให้ยาทางหลอดเลือดดำ Dexamethasone 4 mg IV Stat, Berodual (1:3) NB จำนวน 3 dose บันทึกลงและติดตามหลังผู้ป่วยได้รับยา 5.ฟังปอดประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่น wheezing Creptitation สังเกตอาการไอ ลักษณะเสมหะอาการหายใจลำบากทุก 2 ชั่วโมง ประเมินเสียงหายใจที่เบาแสดงถึงการมีลมเข้า-ออกปอดได้น้อย 6. ตรวจวัดและบันทึกค่า O2 sat ≥92%% ตามแผนการรักษา 7.ประเมินสรีรวิทยาการหายใจทุก 4 ชั่วโมง เพราะแสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดออกซิเจน การประเมินผล 1. ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว RR= 22--26 ครั้งต่อนาที PR=90-110 ครั้ง/นาที BP=110/68-130/70 mmHg ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 92-95% 2. หลังได้รับยาลักษณะการหายใจดีขึ้นอาการหอบเหนื่อยลดลง 3. ไม่มีภาวะ Respiratory Failure
2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง กรณีศึกษารายที่ 1 S: เหนื่อย, Hx สูบบุหรี่มา 55+ปี O: ไอ หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเย็น O2 sat= 90 % - PR=143/min, RR=30/min - Wheezing BL - ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบinfiltration BL กรณีศึกษารายที่ 2 S: เหนื่อย, หายใจไม่อิ่ม Hx สูบบุหรี่มา 55+ปี O: ไอ หายใจเหนื่อยหอบ O2 sat= 92 % - PR=104/min, RR=28/min	กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนคือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบากหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะความดันโลหิตสูงในช่วงแรก เหงื่อออก ผิวขึ้น ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ชีด เย็นเขียว หยุดหายใจ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา Dexamethasone 8 mg IV Stat then 4 mg ทุก 8 ชม. Berodual (1:3) NB จำนวน 3 dose then Berodual 1NB ทุก 4 ชั่วโมง Budesonide 2*2, Theophylline (200) oral 1*2PC, GG 1*4 oral PCติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด 3.จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ออกซิเจนตัว 4.สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน	กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนคือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบากหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะความดันโลหิตสูงในช่วงแรก เหงื่อออก ผิวขึ้น ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ชีด เย็นเขียว หยุดหายใจ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา Dexamethasone 4 mg IV Stat then 4 mg ทุก 8 ชม. Berodual (1:3) NB จำนวน 3 dose then Berodual 1NB ทุก 4 ชั่วโมง Budesonide 2*2, Theophylline (200) oral 1*2PC, GG 1*4 oral PCติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด 3.จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ออกซิเจนตัว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
- Expiratory Wheezing BL วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล - หายใจสม่ำเสมอ RR=ช่วง14-24 ครั้ง/นาที่ - เสียงการหายใจเข้า-ออกโล่งขึ้น - ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวหรือซีด O2 sat $\geq$92%	2-3 ครั้งแล้วกลืนหายใจแล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น การประเมินผล 1.หลังได้รับยาและการพยาบาลตามแผนการรักษาอาการหายใจหอบลดลง RR=24-26 ครั้ง/ต่อนาที 2.ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด เขียว O2 saturation 93-95%	4.สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน 2-3 ครั้งแล้วกลืนหายใจแล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น การประเมินผล 1.หลังได้รับยาและการพยาบาลตามแผนการรักษาอาการหายใจหอบลดลง RR=24-26 ครั้ง/ต่อนาที 2.ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด เขียว O2 saturation 93-95%
3.มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ(กรณีศึกษารายที่ 1)/เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ(กรณีศึกษารายที่ 2) ข้อมูลสนับสนุน O: -ไอ หายใจเหนื่อยหอบ O2 sat=90 % - BT=38.8 °C, PR=143/min, RR=30/min - Wheezing BL - ผลภาพถ่ายรังสีปอด infiltration BL - ผล CBC, WBC=14.1 (4.5-10 $\times$ 10³/ul) กรณีศึกษารายที่ 2 O: -ไอ หายใจเหนื่อยหอบ O2 sat=92 % - PR=104/min, RR=28/min - Expiratory Wheezing BL วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เกณฑ์การประเมินผล - อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส - ไม่มีอาการหนาวสั่น ผิวชุ่มชื้น ปากไม่แห้ง - SOS Score < 2 คะแนน - ปัสสาวะออก > 0.5 cc/kg/hr. - ระดับความรู้สึกตัวดี	กิจกรรมการพยาบาล 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Fortum 2 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง, Clindamycin 600mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเช่น phlebitis ผื่นแพ้ red man syndrome 4.สังเกตอาการอาการแสดงอื่น เช่น อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังวันเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้ 7.สังเกตลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผล H/C 8.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีความสุขสบาย การประเมินผล 1.วัดอุณหภูมิร่างกายลดลง 38°C ใน 24 ชั่วโมง 2.สังเกตและลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติในวันต่อ ๆ มา 2.SOS Score<2 หลัง Admit วันที่ 2 3.ปัสสาวะปกติ/รู้สึกตัวดี/ไม่มีอาการหนาวสั่น	กิจกรรมการพยาบาล 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Azithromycin (250)2*1oral ก่อนอาหาร ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา 4.สังเกตอาการอาการแสดงอื่น เช่น อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังวันเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้ 7.สังเกตเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผล H/C 8.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีความสุขสบาย การประเมินผล 1.วัดอุณหภูมิร่างกาย ไม่มีไข้ 2.SOS Score<2 3.ปัสสาวะปกติ/รู้สึกตัวดี/ไม่มีอาการหนาวสั่น
ระยะฟื้นฟู 5.ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก	กิจกรรมการพยาบาล 1 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.วางแผนปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้และค่อยๆ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กรณีศึกษารายที่ 1 S: เหนื่อย, หายใจยาก O: -ไอ หายใจเหนื่อย หอบ O2 sat=90% - RR=26-28/min/ Wheezing BL - ผลภาพถ่ายรังสีปอด infiltration BL กรณีศึกษารายที่ 2 S: เหนื่อย, หายใจไม่อิ่ม O: -ไอ หายใจลำบาก O2 sat= 93 % - PR=104/min, RR=28/min - Expiratory Wheezing BL วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือหัวใจเต้นผิดปกติ เกณฑ์การประเมินผล -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นตามขีดความสามารถโดยไม่มีอาการหายใจลำบาก หรือเหนื่อยล้าอย่างมาก -ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตขณะมีกิจกรรม และหลังมีกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้	เพิ่มกิจกรรมขึ้นตามสภาพของผู้ป่วยให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้ 3. จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อลดภาระงานการหายใจ 4. วัดสัญญาณชีพก่อนและหลังทำกิจกรรมสังเกตอาการหัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบากเหงื่อออกมาก 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพักสลับกับการทำกิจกรรมหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังการมีกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการทำกิจกรรมอย่างสงวนพลังงาน 7. จัดกิจกรรมในช่วงที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไม่มาก เช่น หลีกเลียงการมีกิจกรรมหลังมื้ออาหาร เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนขณะมีกิจกรรม การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังอ่อนเพลีย เริ่มทำกิจกรรมได้ดีขึ้นตามลำดับลูกนั่งรับประทานอาหารได้บนเตียง การตอบสนองต่อกิจกรรมในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นตามลำดับ	2. วางแผนปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้และค่อยๆเพิ่มกิจกรรมขึ้นตามสภาพของผู้ป่วยให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้ 3. จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อลดภาระงานการหายใจ 4. วัดสัญญาณชีพก่อนและหลังทำกิจกรรมสังเกตอาการหัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบากเหงื่อออกมาก 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพักสลับกับการทำกิจกรรมหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังการมีกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการทำกิจกรรมอย่างสงวนพลังงาน 7. จัดกิจกรรมในช่วงที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไม่มาก เช่น หลีกเลียงการมีกิจกรรมหลังมื้ออาหาร เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนขณะมีกิจกรรม การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังอ่อนเพลีย เริ่มทำกิจกรรมได้ในวันที่ 2 ของการรับบริการ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นตามลำดับ
6.ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 S: -“เหนื่อยมาก” ป่วยครั้งนี้จะได้กลับบ้านมั๊ยหมอ” - กลัว”ถ้าผมหลับ ผมจะตื่นมั๊ย” O: - สีหน้า แหวด ทาทางวิตกกังวล กรณีศึกษารายที่ 2 S: “เหนื่อยมาก, ผมจะดีขึ้นเหมือนทุกครั้ง มั๊ย ตอนนี้อากาศหนาว ผมยังรู้สึกไม่ไหว” O: - สีหน้า ท่าทาง กังวล วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยและญาติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าที่คลายความวิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเป็นมิตรเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษาพยาบาล 2. ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหรือมั่นใจในมาตรฐานแผนการรักษาพยาบาล 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆเพื่อประกอบการรักษา เช่น เครื่องมืออะไรมีประโยชน์หรือตรวจหรือส่งตรวจเพื่ออะไร 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟังปัญหาชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย 5. ไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาให้เวลารับฟังการระบายพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ญาติและผู้ป่วยสงสัยหรือกังวล	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษาพยาบาล 2. ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อสถานการณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือมั่นใจในมาตรฐานแผนการรักษาพยาบาล 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆเพื่อประกอบการรักษา เช่น เครื่องมือต่าง ๆ ประโยชน์การตรวจและส่งตรวจเพื่ออะไร 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับ ปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจรับฟังปัญหาชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย 5. ไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาให้เวลารับฟังการระบายพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ญาติและผู้ป่วยสงสัยหรือกังวล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	6.อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถร่วมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อม ๆ กับการพักผ่อนร่างกายและจิตใจการมีสติรับรู้กับปัจจุบัน ลดความคิดความกังวลในอดีตและอนาคตโดยการหายใจผ่อนคลายหรือสมาธิบำบัด การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเข้าใจในอาการแผนการรักษาให้ความร่วมมือและยอมรับความเจ็บป่วย	6.อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถร่วมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อม ๆ กับการพักผ่อนร่างกายและจิตใจการมีสติรับรู้กับปัจจุบัน ลดความคิดความกังวลในอดีตและอนาคตโดยการหายใจผ่อนคลายหรือสมาธิบำบัด การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเข้าใจในอาการแผนการรักษาให้ความร่วมมือและยอมรับความเจ็บป่วย
ระยะก่อนจำหน่าย 1.มีโอกาสรักษาซ้ำ เนื่องจากความรู้ ความตระหนักและการจัดการตนเองที่บ้านไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 1 S: “ที่บ้านผมต้องก่อไฟ เผลอไฟทำอาหารเอง” - “ไม่ค่อยได้ฝึกหายใจ เดี๋ยวมันเหนื่อยง่าย” O: ผู้ป่วยบอกวิธีและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สิ่งกระตุ้นไม่ถูกต้อง กรณีศึกษารายที่ 2 S: “บางทีเหม็นยุงพารา กับอากาศหนาวจะหายใจลำบาก” O: ผู้ป่วยบอกวิธีและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สิ่งกระตุ้นไม่ถูกต้อง วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดอุบัติการณ์การกลับมาซ้ำ เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยบอกถึงพยาธิสภาพ-วิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเพิ่มสมรรถภาพปอด การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการรักษาต่อเนื่อง และอาการผิดปกติได้	กิจกรรมการพยาบาล วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD 1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติการณ์การกลับมาซ้ำ 2. M-Medicine แนะนำความจำเป็นของการใช้ยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องของยาพ่น steroid และอื่นๆครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียง เช่น ลิ้นเป็นฝ้าขาว และวิธีป้องกัน รักษา 3. E-Environment แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด ไล่ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่าย 4. T-Treatment ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง 5. H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเอง ให้ความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และจะทำให้การ Progress ของพยาธิสภาพของปอดมีมากขึ้น 6. O-Out patient แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669 7. D-Diet แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่น	กิจกรรมการพยาบาล วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD 1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติการณ์การกลับมาซ้ำ 2. M-Medicine แนะนำความจำเป็นของการใช้ยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องของยาพ่น steroid และอื่นๆครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียง เช่น ลิ้นเป็นฝ้าขาว และวิธีป้องกัน รักษา 3. E-Environment แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด ไล่ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่าย 4. T-Treatment ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง 5. H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเอง ให้ความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และจะทำให้การ Progress ของพยาธิสภาพของปอดมีมากขึ้น 6. O-Out patient แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669 7. D-Diet แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ ย่อยง่ายและมีสารอาหาร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	หรือน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังเมื่อสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเพื่อวางแผนกลับบ้านสามารถบอกได้ถูกต้อง และเน้นย้ำทวนซ้ำ กับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีอาการหลงลืมง่าย	ครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังเมื่อสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเพื่อวางแผนกลับบ้านสามารถบอกได้ถูกต้อง และเน้นย้ำทวนซ้ำ กับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีอาการหลงลืมง่าย

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุทั้งคู่ ทั้งสองรายมีโอกาสเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้สูงจากปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ด้าน กรณีศึกษารายที่ 1 Dx COPO with Old TB มา 12 ปี ประวัติสูบบุหรี่มา 55 ปี ภายหลังป่วยยังสูบบุหรี่ต่อเนื่องหยุดมา 2 ปี ก่อพิษหุดมบุตรชายสูบบุหรี่ย้อมส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพที่ปอดเพิ่มขึ้น กรณีศึกษารายที่ 2 Dx COPD 8 ปี ประวัติสูบบุหรี่มา 54 ปี ภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรคแอบสูบบุหรี่ต่อเนื่องต่อมาติดเชื้อ Covid-19 มีโอกาสส่งเสริมที่จะทำให้มีพยาธิสภาพที่ปอดเพิ่มขึ้นหรือเกิด Long Covid กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการรุนแรงมากกว่าเนื่องจากมีภาวะ Pneumonia ร่วมด้วย กรณีศึกษาที่ 2 ภายหลังติดเชื้อ Covid-19 พบเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินบ่อยขึ้นเดือนละ 1-2 ครั้ง ทั้งสองรายจากการสัมภาษณ์ในช่วง 3 ปีของสถานการณ์การระบาด Covid-19 การจัดการตัวเองในเรื่องการออกกำลังกาย การฝึกหายใจ แทบไม่ค่อยทำ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจึงไม่มีความต่อเนื่องเกิด Exacerbation ได้บ่อยขึ้น ทำให้เกิด progressive ของโรคได้ง่าย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในทุกะยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโดยให้ผู้ป่วยที่

ส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดลดโอกาสเกิดภาวะอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ในระยะที่มีอาการรุนแรงจากอาการหอบกำเริบพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการใช้ทักษะประเมินความเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะและดูแลให้ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องปัญหาและการรักษาของแพทย์ตั้งแต่ระยะวิกฤต ฟื้นฟู และระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดดีขึ้นเพื่อเป็นการป้องกันและลดอุบัติการณ์หอบกำเริบเฉียบพลัน ควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยหรืออยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ เพื่อลดอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ในการสื่อสาร การได้ยิน ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การรับรู้ ความเข้าใจในเรื่องการจัดการตัวเองจะทำให้เข้าใจง่ายขึ้นและต่อเนื่อง เช่น วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การฝึกการหายใจ การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ต่อเนื่องจะทำให้การ Progressive ของโรคช้าลงเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเนี่ยนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด
- 2.วัชร บัญสวัสดิ์ (2547)Future Approach for Better Treatment of COPD วารสารอายุรศาสตร์อีสาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักวิทยบริการ
3. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ.(2561).การพยาบาลอายุรศาสตร์.กรุงเทพ:โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 4.ประทุม สร้อยวงศ์(2564).การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 5.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช. พ.ศ. 2557. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565]. Available from: URL: https://www.nhso.go.th/page/audit_indicators
- 6.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์(2556) หนังสือประกอบการอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจสมรรถภาพปอด.กรุงเทพฯ
- 7.นัตยา จิรกุล. (2554). ผลของการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น
Development of care model for Intermediate care stroke patients in
Kranuan Crown Prince Hospital and the health service network in
Kranuan District, Khon Kaen Province

(Received: February 21,2023 ; Revised: February 24,2023 ; Accepted: March 8,2023)

ดารุณี โนนทิง¹
Darunee Nonting¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จ.ขอนแก่น และศึกษาผลลัพธ์การนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางรายใหม่ (Intermediate care) ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2564 –28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 34 ราย วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)และตรวจสอบสามเส้า (Triangulation data) ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลาง (Intermediate care) 2) มีแนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) จัดทำแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home chart) 4) จัดระบบการให้คำแนะนำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ 5).นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น (Stroke @ BI in Kranuan District) และผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 34 ราย ได้รับการตรวจเยี่ยมตาม กำหนดจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และได้รับติดตามรายงานการประเมินค่า ค่าคะแนน Barthel index อย่างเป็น ระบบทุกเดือน อย่างต่อเนื่อง ครบ 6 เดือน ค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 33 ราย และ ผู้ป่วย 1 รายที่มี ค่าคะแนน Barthel index เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 97.05 ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Barthel index ก่อน จำหน่าย 41.6(17.3) ค่าเฉลี่ยหลังจำหน่าย 6 เดือน 73.8(20.9) คะแนน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This action research objective was to develop a model of care for intermediate-care stroke patients in Kranuan Crown Prince Hospital and Health Service Network, Kranuan District, Khon Kaen Province, and to study the results of the model's implementation for patients with a stroke in the intermediate care. The sample consists of 1) The group that developed and utilized the model for Intermediate stroke patients, including a physician, physiotherapist, Thai traditional medicine physician, nutritionist, pharmacist,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

and 65 registered nurses in the hospital, 13 professional nurses in the sub-district health promoting hospital and Primary Care Unit, 39 volunteers, in a total of 117 people. 2) New intermediate care stroke patients from 1st October 2021 - 28th February 2022, overall 34 cases. Analyzing the quantitative data by descriptive statistics using numbers, percentages, and qualitative data for content analysis and triangular examination (Triangulation data). The results found that the intermediate care of stroke patients model consisted of 1) planning for intermediate care for stroke patients 2) visit and monitor regulation 3) home chart 4) the Line group for advising between patients, cousins, and authorities 5) innovation in patient care, the program for monitoring abs visiting the stroke patients in the health care network at Kranuan district, Khon Kaen province. The results are that all 34 patients received the scheduled visits, which represents 100%, and all of them were systematically monitored monthly for the Barthel index score evaluation report continuously until the end of 6 months Barthel index score increased from the original number of 33 patients, and 1 patient with the same Barthel index score Mean (SD) Barthel represents 97.05%, the ADL index is 41.6(17.3) after discharge 6 months, the mean Barthel ADL index is 73.8 (20.9), and no complications occurred.

Keywords: Care model, Intermediate Stroke Patients, Health Service Network

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นโรคที่พบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ โดย องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 80 ล้านคน เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และพบผู้ป่วยใหม่ 13.7 ล้านคนต่อปี¹ จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2560 พบว่าความดันเลือดสูงและ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 2 ในประชากรไทย นอกจากนี้ยังพบว่าเป็น สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year) ที่สำคัญอันดับที่ 3 ในเพศชายและ อันดับ 2 ในเพศหญิง² โดยทั่วไปราว 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจะเกิดความพิการถาวร ประมาณร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยอาจฟื้นสภาพจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือโดยทั่วไปใน 3 สัปดาห์แรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการจะค่อยๆ ดีขึ้น ทั้งการเคลื่อนไหว การพูด และการมองเห็น แต่ยังคงทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีการอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีกมีปัญหาด้าน

การทำงานของร่างกายส่วนต่างๆ การสื่อสาร การตัดสินใจ หรือพฤติกรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อการหน้าที่การทำงานและการเข้าสังคม(3) และพบว่า 1ใน3 ของผู้ป่วยที่เป็นแล้วหายดีมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ในระยะเวลา 1 เดือน⁴

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (acute phase) และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกาย บางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน⁵ เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตร ประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ การออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราความพิการ ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้จนกระทั่งถึงลดโอกาสการเกิดโรคที่ป้องกันได้ในอนาคตด้วย จึงถือเป็นระบบบริการที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น

โดยเร็ว⁶ ที่ผ่านมามีการกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง⁷ แต่เมื่อนำแนวทางที่กำหนดลงสู่การปฏิบัติถ้าพื้นที่ไม่กำหนดรูปแบบที่ชัดเจน มีรายงานการศึกษาพบว่าครอบครัว/ญาติผู้ดูแลจำนวนหนึ่งยังไม่พร้อมที่จะจำหน่ายกลับบ้านได้แต่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยกลับบ้านและเมื่อกลับบ้านแล้วก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆตามมา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 90 เตียง จากการสรุปข้อมูลการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) ปีงบประมาณ 2564 พบว่า ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองมีผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 295 ราย เข้าเกณฑ์ IMC จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.67 IMC Refer ส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.08 ผลลัพธ์การดูแลพบว่า เมื่อส่งตัวผู้ป่วยไปยัง รพ.สต. มีการติดตามเยี่ยม 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.31 ผลลัพธ์ดีขึ้น ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 20 จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.86 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.72 จากการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและ พยาบาลประจำรพ.สต.พบว่า แนวทางการดูแลต่อผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตของพยาบาลยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และพยาบาลผู้ดูแลไม่ได้ผ่านหลักสูตรการอบรมพยาบาลฟื้นฟู ประกอบกับการขาดแนวทางการสอนการวางแผนจำหน่ายและสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ดูแลหลัก (care giver) อีกทั้งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลสู่พยาบาลประจำ รพ.สต.ยังไม่ชัดเจนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน เมื่อรพ.สต.ติดตามเยี่ยมแล้วไม่มีแนวทางในการบันทึกการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนเพื่อสื่อสารระหว่างทีมการดูแล จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยเร่งเห็นความสำคัญที่จะพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนและเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จ.ขอนแก่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปจนถึงชุมชนอย่างเหมาะสม มีค่า Barthel index เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ดำรงชีวิตให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนและ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จ.ขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนและ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จ.ขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁸ มีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติการดำเนินงาน (3) การสังเกตผลการปฏิบัติ (4) การสะท้อนผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง Intermediate care) ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2564–28 กุมภาพันธ์ 2565 เนื่องจากต้องการเก็บข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนเพื่อวัดผลคะแนน Barthel Index

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึก และ

ตรงประเด็นที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย และสามารถให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาการวิจัย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างโดยตามเกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 34 ราย เนื่องจากต้องการเก็บข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนเพื่อวัดผลคะแนน Barthel Index

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1)แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วย 2)แบบประเมิน Action After Review การประเมินกิจกรรมการประชุมระดมสมอง เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1)แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนของพยาบาลประจำรพ.สต. และ อสม. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการหาดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งแบบสอบถามทุก ข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ การ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยยึดหลักการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation Technique) การตีความ และการสรุปความ การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulate) เป็นการใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน ในกรณีที่ไม่น่าเชื่อถือในคุณภาพของ ข้อมูลควรกำหนดให้มีผู้วิจัยหลายคนในการรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน แต่ รวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน (Plan)

ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Intermediate care) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานใน การพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ผู้ป่วย 34 คน เป็นเพศชาย 16 คน เป็นหญิง 18 คน ส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke ร้อยละ 94.12 Hemorrhagic stroke ร้อยละ 5.88 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.06 โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.18 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 38.24 ปฏิเสธโรคประจำตัวร้อยละ 26.47 ดังตารางที่ 1

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา (ACT)

2.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 1 คั้นข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ระยะเวลา 1 วัน) ร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)

2.2 ดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการ ได้แก่

2.2.1 พัฒนาบุคลากรตามโครงการพัฒนาทักษะบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) จัดเป็น 2 รุ่นๆละ 2 วัน

2.2.2 จัดทำโครงการพัฒนาการแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ



กลาง (Intermediate care) โดยให้ความรู้แก่บุคลากรในห้องประชุม และร่วมกันปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) และจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โดยกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)

ระยะที่ 3 สังเกตการณ์ (Observe) ติดตามสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) จำนวน 34 ราย

ระยะที่ 4 ประเมินผล (Reflect) พบประเด็นที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา ได้แก่

4.1 เจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาล ภายหลังการให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่มีแบบบันทึกกิจกรรมการให้คำแนะนำว่าได้ทำอะไรบ้างเพื่อเชื่อมโยงกับ รพ.สต.

4.2 เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่า care giver บางคนจำทำทางการทำกายภาพบำบัดที่นักกายภาพบำบัดสอนไปไม่ได้ทั้งหมด

4.3 การบันทึกข้อมูลของพยาบาล รพ.สต. ในโปรแกรม stroke@BI ไม่เป็นปัจจุบันเนื่องจากการเข้าบันทึกในระบบเข้าบันทึกยาก หลายขั้นตอน

4.4 อสม. ขาดความมั่นใจในการช่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเนื่องจากกลัวอุปกรณ์ที่ติดกับผู้ป่วย เช่น สาย NG และ TT Tube เป็นต้น

การพัฒนาในรอบที่ 2 เดือน มีนาคม 2565- สิงหาคม 2565 ประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในรพ. 65 คน พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต. และ PCU 13 คน อสม. 39 คน รวม 117 คน เพื่อคืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และ

ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการพัฒนาเพิ่มเติมได้แก่ 1) พัฒนานวัตกรรมการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้งใน รพ.และ รพ.สต. Care giver ตลอดจน อสม. เพื่อสื่อสารปัญหาของผู้ป่วย สื่อสารเป้าหมายและกิจกรรมที่ต้องทำบันทึกในสมุด เรียกว่า Home chart 2) จัดอบรมพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการอบรม 3) พัฒนานวัตกรรมระบบการแจ้งเตือนกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ที่ รพ.สต. ต้องเยี่ยมผ่านระบบไลน์ Line notify

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 34 ราย ได้รับการตรวจเยี่ยมตามกำหนดจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และทุกคนได้รับติดตามรายงานการประเมินค่าคะแนน Barthel index อย่างเป็นระบบทุกเดือน อย่างต่อเนื่อง จนครบ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100 ค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.05 และผู้ป่วย 1 รายที่มีค่าคะแนน Barthel index เท่าเดิม จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นเพศหญิง อายุ 89 ปี วินิจฉัย Hemorrhagic stroke และมี care giver อายุ 66 ปี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้บางส่วนปวดหลังไม่สามารถยกผู้ป่วยได้คนเดียว จากการติดตามเยี่ยมของทีมและ อสม. เกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแลช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าจาก อสม. ที่รับผิดชอบ ดังตารางที่ 2

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ที่เป็นบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และ อสม. ทำให้มีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะกลาง (Intermediate care) จากการวิจัยเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) 2) ได้แนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home chart) 4) ระบบการให้คำแนะนำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระหว่าง จนท. ผู้ป่วยและญาติ 5) เกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น (Stroke @ BI in Kranuan District)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=34 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	47.06

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=34 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	18	52.94
ช่วงอายุ		
18-59	12	35.29
60 ปีขึ้นไป	22	64.71
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	9	26.47
เบาหวาน	14	41.18
ความดันโลหิตสูง	16	47.06
ไขมันในเลือดสูง	13	38.24
หัวใจและหลอดเลือด	3	8.82
การวินิจฉัยโรค		
Ischemic stroke	32	94.12
Hemorrhagic stroke	2	5.88

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ Barthel ADL index ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=34 ราย)

Barthel ADL index (คะแนนเต็ม 100)					
รายที่	ก่อน (จำหน่าย)	หลัง (6 เดือน)	รายที่	ก่อน (จำหน่าย)	หลัง (6 เดือน)
1	30	90	18	65	90
2	40	90	19	45	85
3	60	100	20	25	55
4	40	80	21	40	65
5	50	90	22	45	80
6	30	65	23	60	90
7	75	100	24	60	100
8	25	65	25	30	55
9	60	95	26	15	45
10	75	100	27	30	50
11	50	85	28	60	80
12	55	80	29	50	75
13	45	65	30	40	70
14	35	75	31	35	55
15	25	70	32	15	50

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ Barthel ADL index ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ
(n=34 ราย)

Barthel ADL index (คะแนนเต็ม 100)					
รายที่	ก่อน (จำหน่าย)	หลัง (6 เดือน)	รายที่	ก่อน (จำหน่าย)	หลัง (6 เดือน)
16	0	0	33	50	90
17	25	50	34	30	75
Mean (S.D.)	ก่อน 41.6 (17.3) Min 0 คะแนน Max 75 คะแนน	หลัง 73.8 (20.9) Min 0 คะแนน Max 100 คะแนน			

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ที่เป็นบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต. และ อสม. ทำให้มีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) จากการวิจัยเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) 2) ได้แนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home chart) 4) ระบบการให้คำแนะนำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระหว่าง จนท. ผู้ป่วยและญาติ 5) เกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น (Stroke @ BI in Kranuan District)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง 34 ราย ได้รับการตรวจเยี่ยมตามกำหนดจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และทุกคนได้รับติดตามรายงานการประเมินค่าคะแนน Barthel index อย่างเป็นระบบทุกเดือน จากการติดตามเยี่ยมของ

ทีมและ อสม. เกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแล เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) 2) ได้แนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home chart) 4) ระบบการให้คำแนะนำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระหว่าง จนท. ผู้ป่วยและญาติ 5) เกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น (Stroke @ BI in Kranuan District) มีคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) จากผลการวิจัย อธิบายได้ว่า การมีผู้รับผิดชอบกำกับติดตามงานสามารถช่วยกระตุ้นให้ระบบมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและการให้ข้อมูลนิเทศแบบสั้นในไลน์กลุ่มสามารถทำให้ผลลัพธ์การติดตามเยี่ยมเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด รูปแบบการดูแลที่พัฒนาเกิดความรวดเร็วสะดวกสบายในการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้ทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยที่มี Barthel Index น้อยกว่า 15 หรือ มากกว่า 15 และมี Multiple Impairment ควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 10 - 15 ชั่วโมง/เดือน ในช่วง 1 เดือนแรก หลังจากนั้นติดตาม เดือนละ 2 ครั้ง การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน เป็นการให้บริการที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูอย่างเข้มข้น

ในเดือนแรกและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน⁹ การสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง แนวทางการติดตามเยี่ยม บ้านของ อสม. และการบันทึกข้อมูล จะส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแล ที่ครอบคลุมปัญหา ตามความต้องการที่หลากหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคมและสวัสดิการ ส่งผลให้ผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่น หรือโรคเรื้อรัง อื่นๆ ในชุมชน

2. ควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โดย การมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ ชุมชนเข้ามีส่วนร่วมโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การ สนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Annual reports 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 14]. Available from: <http://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports> (in Thai)
2. Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Public health statistics A.D. 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 1]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai)
3. เพ็ญแข แดงสุวรรณ. Stroke ฆาตรกรเงียบ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โลกัหมอ, 2550.
4. สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: 2551
5. ปิยาภรณ์ หอมกลิ่น. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์.วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 2564; 8(3):74-82.
6. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย: การประเมินผลระบบการให้บริการ การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวง สาธารณสุข; 2562.
7. สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข .แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2559
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988
9. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงจาก : <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/01-5014-20210130143353/60054fe91b86d797f6762422b03ec983.pdf>
10. Phinyo K, Limtragool P, Tiamkao S, Worawong C, Chuasuan W, Aphiphatkan W, et al. Care Improvement for Patients with Stroke Through Community Participation. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2015;35(2):93-112.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for Preterm Labour : 2 case studies

(Received: February 22,2023 ; Revised: March 11,2023 ; Accepted: : March 13,2023)

เยาวลักษณ์ ศิลาวรรณ¹Yaowaluk Silawan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 27 ปี G3P2-0-0-2 ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลแวงน้อยเมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ มีภาวะซีดได้รับยา Ferrous Sulfate ไปรับประทานที่บ้านเป็นระยะเวลานาน 2 เดือน ติดตามผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 พบ Hct เพิ่มขึ้น มาตรวจตามนัดเพียง 4 ครั้ง ในระหว่างตั้งครรภ์มีการเสพยาแอมเฟตามีนและดื่มแอลกอฮอล์สัปดาห์ละ 1 ครั้งเมื่อมีการร่วมสังสรรค์กับเพื่อนๆ โดยเสพยาและดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องมาจนคลอด เจ็บครรภ์คลอดมา 3 ชั่วโมง 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล คลอดเมื่ออายุครรภ์ 35⁺5 สัปดาห์ คลอดปกติ ทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,130 กรัม ตัวยาว 48 cm. ประเมิน APGAR SCORE = 10 , 10 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX = 40 มก/ ดล , Hct = 66% ต้องสังเกตอาการและอยู่รักษาที่โรงพยาบาลต่อ แต่ทารกมีปอดอักเสบร่วมด้วยจึงอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 7 วัน แต่มีอาการหายใจหอบแพทย์จึงส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 19 ปี G2P1-0-0-1 ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลพลเมื่ออายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ได้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (Tetanus toxoid) กระตุ้น 1 เข็ม มาตรวจตามนัด 6 ครั้ง ในระหว่างตั้งครรภ์มีการทำงานโรงงานเป็นกะและทำงานล่วงเวลาพักผ่อนน้อย รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา คลอดเมื่ออายุครรภ์ 36⁺6 สัปดาห์ คลอดปกติ ทารกเป็นเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,400 กรัม ตัวยาว 50 cm. ประเมิน APGAR SCORE = 9 , 10 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX = 91 มก/ ดล. , Hct = 67% ต้องสังเกตอาการและอยู่รักษาที่โรงพยาบาลต่อ แต่ทารกมีปอดอักเสบร่วมด้วยจึงอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 7 วัน อาการดีขึ้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การพยาบาล

Abstract

This study was 2 case study aimed to study nursing care in a case study of 2 pregnant women with prematurity who received treatment at the delivery room of Waeng Noi Hospital. Khon Kaen. Case study comparing two pregnant women with preterm labor by applying the concept of 11 health patterns in planning for pregnancy.

Results: Case Study 1: A 27-year-old patient, G3P2-0-0-2, received antenatal care at Waeng Noi Hospital at 23 weeks gestational age, received Ferrous Sulfate orally at home for 2 months, and followed up on blood test results. 2 Found an increase in Hct. Came to check up only 4 times during pregnancy. Had amphetamine abuse. Drink alcohol once a week when socializing with friends. By taking drugs and drinking alcohol continuously until birth The labor was 3 hours and 40 minutes before coming to the hospital. Birth at 35⁺5 weeks gestational age. Normal labor. The baby was a female. Birth weight 2,130 g, body length 48 cm, APGAR SCORE = 10 , 10 Infants after birth, first 2 hours, DTX = 40 mg/dL, Hct = 66%, requiring further observation and hospitalization. But the baby also had pneumonia. Therefore, continue treatment at the hospital for another 7 days, but has a shortness of breath The doctor therefore referred the baby to a provincial tertiary hospital for treatment.

¹ โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

Case Study 2: A 19-year-old patient, G2P1-0-0-1, received antenatal care at Waeng Noi Hospital at 23 weeks' gestational age, received a booster dose of Tetanus toxoid vaccine, and came to check up 6 times during pregnancy. Factory work in shifts and working overtime, taking little rest, not having meals at all Birth at 36⁺⁶ weeks gestational age. Normal labor. The baby is a male. Birth weight 2,400 g, body length 50 cm, APGAR SCORE = 9 , 10 The first 2 hours postpartum, DTX = 91 mg/dL, Hct = 67%, requiring further observation and hospitalization. But the baby also had pneumonia. Therefore, he continued to be treated at the hospital for another 7 days.

keywords: premature Labour, nursing

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(Preterm labour) เป็นปัญหาสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ที่พยาบาลควรตระหนักเพราะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ทารกมีการเจ็บป่วยและอาจเสียชีวิตตามมาได้ ซึ่งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมายถึงภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์(Gestational age /GA) 28 สัปดาห์ จนถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ แต่สำหรับในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วให้ความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่าเป็นอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์¹ อุบัติการณ์ของภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2563 – 2565พบร้อยละ 12.38 , 12.47 และ11.61 ตามลำดับ ในจังหวัดขอนแก่นพบอุบัติการณ์ของภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 903 คน 873 คน และ 769 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 9.56 , 9.41 และ 9.77 ตามลำดับ และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น มีผู้คลอดที่มารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ.2563 – 2565 พบจำนวน 11 คน 4 คน และ 1 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 12.50, 8.70 และ 1.61 ตามลำดับ² มีการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม ระหว่างปี พ.ศ.2564 – 2565 พบจำนวน 11 คน 4 คน และ 1 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 12.50, 8.70, 1.61ตามลำดับ และมีอัตราการตายปริกำเนิดคิดเป็น 0 : 1000 การเกิดมีชีพทั้ง 3 ปี หรือมีอัตราการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัดจำนวน 4 , 0 , 1 คน ตามลำดับ²

ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน

20 นาทีหรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและ/หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 cm. จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุมารดา อาชีพ เศรษฐฐานะ ส่วนสูง ภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ ลำดับการคลอด คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 cm. และคอมดลูกสั้นกว่า 2.5cm. ในรายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้า ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนหน้าและในญาติสายตรง โรคประจำตัวทางอายุรศาสตร์ ประวัติการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีด การใส่ห่วงอนามัย ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกพิการในครรภ์ ทารกโตช้า รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ³ ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น Respiratory distress syndrome (RDS, HMD) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม³ ส่งผลให้เกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว

ปัจจุบันแม้ว่าจะมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่

สอดคล้องกับคู่มือการดูแลรักษาสตรีที่มีความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ 7 และมีการประเมินผลตามแนวปฏิบัติอย่างชัดเจน แต่ยังมีผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงได้ศึกษากรณีศึกษา เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ให้การพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลที่วิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุมตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดผลกระทบให้มารดาและทารกปลอดภัยตั้งแต่การฝากครรภ์จนถึงการคลอด ลดอัตราการตายปริกำเนิด ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัวดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนในประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 27 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2564 และคลอดในวันเดียวกัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 23 ธันวาคม 2564 การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกเริ่ม G3P2-0-0-2GA 35⁺⁵week(wk.)by Last Menstrual Period (LMP) with Labour pain การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน G3P2-0-0-2 อายุครรภ์ (Gestational age /GA) 35⁺⁵wk.by LMP with Normal Labour มีอาการสำคัญคือเจ็บครรภ์คลอดมา 3 ชั่วโมง 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล โดยมี

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นหญิงตั้งครรภ์ G3P2-0-0-2 GA 35⁺⁵ wk.by LMP กำหนด LMP 13 เมษายน 2564 EDC 20 มกราคม 2565 เริ่มเจ็บครรภ์วันที่ 20 ธันวาคม 2564 เวลา 13.00 น. เจ็บนาน 3 ชั่วโมง 40 นาที เจ็บถี่และแรงขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเวียงน้อย ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด หญิงตั้งครรภ์ G3P2-0-0-2 GA 35⁺⁵ wk. by LMP โดยกำหนด LMP วันที่ 13 เมษายน 2564 EDC วันที่ 20 มกราคม 2565 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเวียงน้อยเมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (Tetanus toxoid) เนื่องจากเคยได้รับครบ 3 เข็มแล้วเมื่อตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งนี้ 1 ปี 7 เดือน มีภาวะซีดโดยตรวจเลือดพบ Hct 31% ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate ไปรับประทานที่บ้านหลังอาหาร 3 มื้อต่อวัน เป็นระยะเวลานาน 2 เดือน ติดตามผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 พบ Hct เพิ่มขึ้นเป็น 34% มาตรวจตามนัดเพียง 4 ครั้ง ในระหว่างตั้งครรภ์มีการเสพยาแอมเฟตามีน ดื่มแอลกอฮอล์สัปดาห์ละ 1 ครั้งเมื่อมีการร่วมสังสรรค์กับเพื่อนๆ โดยเสพยาแอมเฟตามีนต่อเนื่องมาจนคลอด คลอดเมื่อ GA 35⁺⁵ wk มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ก่อนถึงวันกำหนดคลอด คลอดปกติ ทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,130 กรัม ตัวยาว 48 cm. ประเมิน APGAR SCORE = 10 , 10 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX = 40 มก/ ดล. , Hct = 66% ต้องสังเกตอาการและอยู่รักษาที่โรงพยาบาลต่อ แต่ทารกมีปอดอักเสบร่วมด้วย จึงอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 7 วัน แต่มีอาการหายใจหอบ แพทย์จึงส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 19 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2565 เวลา 03.45 น. และคลอดในวันเดียวกัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 เวลา 17.00 น. การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกเริ่ม G2P1-0-0-1 GA 36⁺⁶ wk. by LMP with Labour pain การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน G2P1-0-0-1 GA 36⁺⁶ wk.by LMP with Normal Labour มีอาการสำคัญคือเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินมา 1 ชั่วโมง 45 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล โดยมีประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นหญิงตั้งครรภ์ G2P1-0-0-1 GA

36⁺⁶ wk.by LMP กำหนดLMP วันที่ 14 สิงหาคม 2564 EDC วันที่ 22 พฤษภาคม 2565 เริ่มเจ็บครรภ์วันที่ 30 เมษายน 2565 เวลา 01.00 น. เจ็บนาน 1 ชั่วโมง 45 นาที เจ็บถี่และแรงขึ้นญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลแวงน้อย

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด หญิงตั้งครรภ์ G2P1-0-0-1 GA 36⁺⁶ wk. by LMP โดยกำหนด LMP วันที่ 13 เมษายน 2564 EDC วันที่ 20 มกราคม 2565 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแวงน้อยเมื่อ GA 19 wk. ได้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (Tetanus toxoid) กระตุ้น 1 เข็ม มาตรวจตามนัดเพียง 6 ครั้ง ในระหว่างตั้งครรภ์มี

การทำงานโรงงานเป็นกะและทำงานล่วงเวลา พักผ่อนน้อย รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา คลอดเมื่อ GA 36⁺⁶ wk. มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ก่อนถึงวันกำหนดคลอด มีน้ำเดินพร้อมกับอาการเจ็บครรภ์ คลอดปกติ ทารกเป็นเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,400 กรัม ตัวยาว 50 cm. ประเมิน APGAR SCORE = 9 , 10 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX = 91 มก/ ดล. , Hct = 67% ต้องสังเกตอาการและอยู่รักษาที่โรงพยาบาลต่อ แต่ทารกมีปอดอักเสบร่วมด้วย จึงอยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 7 วัน อาการดีขึ้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด ข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรั้งตัว ข้อมูลสนับสนุน S : มารดา“เจ็บท้องหลาย เริ่มเจ็บตอนบ่ายโมงพอดี เจ็บขึ้นเรื่อยๆ” O : มารดานิ่วหน้าขมดคิ้ว แม่ปาก ร้องครางเมื่อมดลูกหดรั้งตัวแรก รับ PV.Cx. 10 cm. ความบาง 100 % station +1 MI มดลูกหดรั้งตัว Interval 5 นาที Duration 40 วินาที วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสมและคลอดปลอดภัย กิจกรรมพยาบาล 1.ย้ายเข้าห้องคลอด เพื่อทำคลอดให้ การประเมินผล : มารดาไม่ร้องดัง ไม่ดิ้นไปมา ให้ความร่วมมือในการคลอด คลอดปกติปลอดภัย	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด ข้อที่1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรั้งตัว ข้อมูลสนับสนุน S : “เริ่มเจ็บท้อง ท้องบั่นมีน้ำสีเขียวขุ่นๆ แตกออกมาพร้อมๆกัน ตอนเวลาตีหนึ่ง เจ็บหลายเลยมาโรงพยาบาล” O : มารดานิ่วหน้า ขมดคิ้ว แกรับPV.Cx.2 cm. ความบาง 70 % station +1 MR มดลูกหดรั้งตัว Interval 5 นาที Duration 40 วินาที วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสมกิจกรรมพยาบาล 1. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย 2.แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3. ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐานการคลอด และบันทึกใน WHO patograph ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4.สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5. ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 6. ดูแลให้ได้ O₂ Mask with bag 10 LPM 7.ดูแลความสบายทั่วๆ ไป การประเมินผล : วันที่ 30 เม.ย.2565 เวลา03.00น.มารดาไม่ร้องดัง ไม่ดิ้นไปมา ร่วมมือในการคลอดดี
	ข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรั้งตัวแรงมากขึ้น ข้อมูลสนับสนุน S: “เริ่มเจ็บท้อง ท้องบั่นมีน้ำสีเขียวขุ่นๆ แตกออกมาพร้อมๆกันตอนเวลาตีหนึ่ง เจ็บหลายเลยมาโรงพยาบาล” O : GA 36⁺⁶ wk. HF 27 cm. มีน้ำคร่ำสีเขียวขุ่นออกมาทางช่องคลอด แกรับBP.154/104mmHg. วัตถุประสงค์ : ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล 1. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ ON EFM monitor ไว้



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	2. ให้ O₂ Mask with bag 10 LPM 3. ตรวจ NST แกร็บใหม่และเมื่อมีอาการผิดปกติ 4. แนะนำมารดาให้นอนตะแคงซ้ายและหายใจลึกๆไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแนวทางการรักษา การประเมินผล : FHS 140 -148 bpm.สม่ำเสมอชัดเจน NST ผล reactive
	ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อเนื่องจากมีถุงน้ำแตกและน้ำคร่ำสีเขียว ข้อมูลสนับสนุน S: “ เริ่มเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินเวลาตี 1” O : แกร็บ PV.Cx.2 cm. ความบาง 70% station +1 MR มีน้ำคร่ำสีเขียวปน วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้นอนพักบนเตียง 2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น 4. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยไว้เปลี่ยนทุกครั้งเมื่อชุ่ม 5. บันทึกลักษณะน้ำคร่ำ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ การประเมินผล : วันที่ 30 เม.ย.2565 – 2 พ.ค. 2565 มารดาหลังคลอดไม่ไข้ ไม่มีปวดท้อง น้ำคาวปลาปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือด เนื่องจากการคลอด ข้อมูลสนับสนุน S: " เจ็บคักเบ่งได้บ่" O :G3P2-0-0-2 GA 35⁺5 wk.แกร็บ PV.Cx.10 cm. ความบาง100 % station+1 MI มดลูกหดตัว Interval 2 นาที Duration 45 วินาที วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ได้รับยา oxytocin 1 Amp.IM. ทันทีหลังทารกคลอด 2. ทำคลอดรอกอย่างนุ่มนวล ถูกวิธีและตรวจสอบรก 3. ดูแลเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บและดูแลใส่ผ้าอนามัยไว้ เพื่อสังเกตลักษณะและปริมาตรเลือดที่ออกมา 4. สอนมารดานวดคลึงมดลูก 5. ให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงแก่มารดาเพื่อแจ้งพยาบาลได้ทันที การประเมินผล : วันที่ 20 ธ.ค. 2564 เวลา 17.30 น. มดลูกหดตัวดี เสียเลือดขณะคลอด 50 ml. ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด ข้อมูลสนับสนุน S : "คลอดคนที่ 2 เจ็บท้องมากแทบได้เซา" O : วันที่30 เม.ย.2565 เจ็บครรภ์เพียง 2 ชั่วโมง 30 นาทีแล้ว PV.พบ Cx. 10 cm. มดลูกหดตัว Interval 2 นาที Duration 40วินาที วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ได้รับยา oxytocin 1 Amp. IM. ทันทีหลังทารกคลอด 2. ทำคลอดรอกอย่างนุ่มนวลและถูกวิธี ตรวจสอบรก 3. ดูแลเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บแล้วใส่ผ้าอนามัยให้ 4. สอนมารดานวดคลึงมดลูก 5. ให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มารดาทราบเพื่อแจ้งพยาบาลได้ทันที 6. ดูแลให้ได้รับ RLS 1000 ml IV. 120 ml/hr.ตามแผนการรักษา การประเมินผล : วันที่ 30 เม.ย.2565 เวลา 03.50น. มดลูกหดตัวดี เสียเลือดจากการคลอด 150 ml. ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง
ข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง ข้อมูลสนับสนุน S :“เจ็บหลายจนลืบได้หยุดพัก” “ยังเสพยา เบียร์เหล้าก็กินๆ ไกล่คลอดก็ห่วงนุ้ย”	ข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง ข้อมูลสนับสนุน S : "เหนื่อย ลูกใกล้ออกไป"

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
O : FHS 118 -168 ครั้งนาทีไม่สม่ำเสมอ มารดาร้องและกลืนหายใจขณะแบ่งคลอด มดลูกหดตัว Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 45 วินาที วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลมารดาได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM 2. ON EFM ไว้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 3. ประสานแพทย์ให้มารดาได้รับทารกเมื่อแรกคลอด 4. เมื่อทารกคลอดให้เช็ดตัวทารกให้แห้งและวางทารกอยู่ใต้เครื่อง radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูก ประเมิน APGAR SCORE ให้ออกซิเจนเมื่อทารกเขียวและห่อตัวทารกไปให้ดูนมมารดา การประเมินผล : วันที่ 20 ธ.ค. 2564 เวลา 16.50 น. FHS 136 -148 bpm. สม่ำเสมอชัดเจนดี ประเมินทารกแรกคลอด APGAR SCORE =10,10	O : FHS 110 -148 bpm.ไม่สม่ำเสมอขณะแบ่งคลอด มดลูกมีการหดตัว Interval 2 นาที 50 วินาที Duration 45 วินาทีและมีน้ำคร่ำสีเขียวขุ่น วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้มารดาได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM 2. ON EFM ไว้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 3. ประสานแพทย์ให้มารดาได้รับทารกเมื่อแรกคลอด 4. เมื่อทารกคลอดให้เช็ดตัวทารกให้แห้ง และวางทารกอยู่ใต้เครื่อง radiant warmer ดูดน้ำคร่ำในปากและจมูก ประเมิน APGAR score ให้ออกซิเจนเมื่อทารกเขียว และห่อตัวทารกไปให้ดูนมมารดา การประเมินผล : วันที่ 30 เม.ย.2565 เวลา 03.30 น. FHS 140 -148 bpm.สม่ำเสมอชัดเจนดี ทารกแรกคลอด APGAR SCORE = 9 , 10
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน O : G3P2-0-0-2 GA 35⁺⁵ wk. O : คลอดปกติวันที่ 20 ธ.ค. 2564 เวลา 17.01น. วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด กิจกรรมการพยาบาล 1. คลื่นมดลูก ตรวจสอบแผลฝีเย็บและช่องคลอดให้ดี ตรวจสอบรอบรก รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 2. สอนมารดาให้คลื่นมดลูกตนเองบ่อยๆและให้ข้อมูลอาการของการตกเลือดเพื่อให้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อพบความผิดปกติ 3. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยไว้เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่แล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง 5. ตรวจสอบประเมินการหดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุกเวร รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 6. แนะนำมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ จะกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี การประเมินผล : วันที่ 20 ธ.ค.2564 หลังคลอดมดลูกหดตัวดี มีเลือดออก 50 ml. ไม่มีรูก้าง 21-23 ธ.ค.2564 มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน O : G2P1-0-0-1 GA 36⁺⁶ wk. O : คลอดปกติวันที่ 30 เม.ย.2565 เวลา 03.45 น. วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด กิจกรรมการพยาบาล 1. คลื่นมดลูก ตรวจสอบแผลฝีเย็บและช่องคลอดให้ดี ตรวจสอบรอบรก รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 2. สอนมารดาให้คลื่นมดลูกตนเองบ่อยๆและให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดเพื่อให้แจ้งพยาบาลทันที 3. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยไว้เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออก 4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง , 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่แล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง 5. ตรวจสอบประเมินการหดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุกเวร รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 6. ดูแลให้มารดาให้นมบุตรบ่อยๆเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี 7. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอด การประเมินผล : วันที่ 30 เม.ย.2565 หลังคลอดมดลูกหดตัวดี มีเลือดออก 150 ml. ไม่มีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้าง 31 เม.ย.2565 - 2 พ.ค.2565 มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ
ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก ข้อมูลสนับสนุน S : "ปวดแผลกับมดลูก ความปวด = 8 "	ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและ/หรือปวดมดลูก ข้อมูลสนับสนุน S : "ปวดแผล...ให้คะแนนความปวด 7 "



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
O :มารดา G3P2-0-0-2 GA 35⁺⁵ wk. คลอดปกติวันที่ 20 ธ.ค. 2564 เวลา 17.01น. มีแผลตัดฝีเย็บ RML with suture all catgut 2/0 วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูก กิจกรรมการพยาบาล 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2.แนะนำมารดาปรึกษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บ และแนะนำให้มารดาใส่ผ้าอนามัยไว้ให้เปลี่ยนเมื่อชุ่มและใส่นาน 3.แนะนำมารดาให้นอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ 4. สอนนวดคลึงมดลูกเพื่อลดอาการปวดมดลูก 5. พุดคุยปลอบโยนจิตใจ 6.สังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บ ถ้ามีการอักเสบให้รายงานแพทย์ 7.ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากให้ยาแก้ปวด Paracetamol(500 mg) ตามแผนการรักษา การประเมินผล : วันที่ 20-23 ธ.ค.2564 มารดาปวดบริเวณแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกทุเลาลง pain score 3 แผลฝีเย็บไม่อักเสบ	O : มารดา G3P2-0-0-2 GA 36⁺⁶ wk. คลอดปกติวันที่ 30 เม.ย.2565 เวลา 03.45 น. มีแผลตัดฝีเย็บ RML with suture all catgut 2/0 วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บและ/หรือปวดมดลูก กิจกรรมการพยาบาล 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2.แนะนำมารดาปรึกษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บ ใส่ผ้าอนามัยไว้และเปลี่ยนบ่อยๆ 3. แนะนำให้นอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ 4. สอนนวดคลึงมดลูกเพื่อลดอาการปวดมดลูก 5. พุดคุยปลอบโยนจิตใจ 6. สังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บ ถ้ามีการอักเสบให้รายงานแพทย์ 7.ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากให้ยาแก้ปวด Paracetamol(500 mg) ตามแผนการรักษา การประเมินผล : วันที่ 31 เม.ย.2565 -2 พ.ค.2565 มารดาปวดบริเวณแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกทุเลาลง แผลฝีเย็บไม่อักเสบ
ข้อที่ 3 มีปัญหาการให้นมบุตรเนื่องจากไม่มีน้ำนมและอุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน S : "น้ำนมบ่มิเลย...ลูกบ่ดูดนม " O : อุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง Latch Score = 7 วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและอุ้มให้นมบุตรถูกต้อง กิจกรรมการพยาบาล 1. ช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร 2. ให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องนมแม่และสอน/สาธิตการอุ้มให้นมบุตร 3. ดูแลให้มารดาได้รับอาหารครบ 5 หมู่ 4. นวดประคบเต้านม 5.ประเมิน Latch score ทุกวัน การประเมินผล : วันที่ 23 ธ.ค.2564 น้ำนมไหลดี ประเมิน Latch Score =10 อุ้มให้นมบุตรได้ถูกต้อง	ข้อที่ 3 มีปัญหาการให้นมบุตรเนื่องจากไม่มีน้ำนมและอุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน S : " น้ำนมยังบ่ไหล ลูกบ่ดูด ดูดบ่เก่ง " O : ทำอุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง ทารกอแง ประเมิน Latch Score = 7 วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาอุ้มให้นมบุตรถูกต้องและมีน้ำนมเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล 1. ช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร 2. ให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องนมแม่และสอน/สาธิตการอุ้มให้นมบุตร 3. ดูแลให้มารดาได้รับอาหารครบ 5 หมู่ 4. นวดประคบเต้านม ประเมิน Latch score ทุกวัน การประเมินผล : วันที่ 31 เม.ย.2565 น้ำนมไหลน้อย Latch Score =7 วันที่ 1-2 พ.ค.2565 น้ำนมไหลดี Latch Score =10 มารดาอุ้มให้นมบุตรได้ถูกต้อง
ข้อที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก ข้อมูลสนับสนุน S : "ลูกคือได้ให้น้ำเกลือ...จะหายบ่ " O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวล ถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกบ่อยๆ ทารกหอบแพทย์วินิจฉัย Congenital Pneumonia จาก Chest X-ray ทารก วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก กิจกรรมการพยาบาล 1. ช่วยเหลือตามความต้องการมารดาหลังคลอด 2. เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุย ชักถามและให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร	ข้อที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก ข้อมูลสนับสนุน S : " ลูกจะหายบ่ มีใครเคยเป็นแบบนี้บ่ " O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวลซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกบ่อยๆ ทารกหายใจหอบแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Congenital Pneumonia วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก กิจกรรมการพยาบาล 1. ช่วยเหลือตามความต้องการมารดาหลังคลอด 2. เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุย ชักถามและให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3.แจ้งให้มารดาก่อนให้การพยาบาลทารกทุกครั้งเพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3.แจ้งให้มารดาทบทวนการพยาบาลทารกทุกครั้งเพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความวิตกกังวล การประเมินผล : วันที่ 20-26 ธ.ค. 2564 มารดามีสีหน้าสดชื่นไม่ถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารกอีกจนวันที่ 27 ธ.ค.2564 ทารกอาการไม่ดีขึ้นต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่ามารดามีวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกอีกครั้งจึงให้ข้อมูลให้กำลังใจจนคลายความวิตกกังวล	การประเมินผล : วันที่ 31 เม.ย.2565 - 2พ.ค.2565 มารดามีสีหน้าสดชื่นไม่ถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก วันที่ 2 พ.ค.2565 ทารกอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน
ข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเลี้ยงดูทารกไม่เหมาะสมเนื่องจากมารดายังไม่เลิกเสพยาเสพติด ข้อมูลสนับสนุน S : " ท้องแต่ยังเสพยาอยู่ เสพมาแต่ได้ " O : ดูไม่นิ่ง ไม่สบตา สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงดูทารกได้เหมาะสมและเลิกเสพยาเสพติด กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้กำลังใจในการเลิกเสพยาและเข้าสู่การบำบัด 2. อธิบายผลเสียของการเสพยา-ผลดีเมื่อเลิกเสพยา 3. ประสานพยาบาลคลินิกรักษายาเสพติดให้มาพบพูดคุยให้เข้าบำบัด 4. ประสานเครือข่ายในชุมชนติดตามเยี่ยมและดูแล การประเมินผล : วันที่ 22 ธ.ค. 2564 มารดาได้พบมารดาได้เข้าปรึกษาศูนย์รักษายาเสพติด	ข้อที่ 5 ต้องการคุมกำเนิดเนื่องจากไม่ต้องการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ข้อมูลสนับสนุน S: "บ่อยากทำหมันยันเจ็บยันแสบงานหนักบ่ได้" O : มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตร 1 วัน วัตถุประสงค์ เพื่อมารดาวัยรุ่นไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแต่ละประเภท ข้อดี-ข้อเสีย รวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนทำ-หลังทำการคุมกำเนิดตามประเภทที่มารดาหลังคลอดเลือก คือ การฝังยาคุมซึ่งคุมกำเนิดได้นาน 3 ปี 2.แจ้งพยาบาลที่อบรมการฝังยาคุมกำเนิดมาฝังยาให้มารดาหลังคลอด การประเมินผล : มารดาได้รับการฝังยาคุมกำเนิด เมื่อวันที่ 30 เม.ย. 2565 ก่อนการจำหน่าย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทารกระยะหลังคลอด ข้อที่ 1 ทารกมีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิดเนื่องจากมารดาอาจมีการติดเชื้อแฝงขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน S : " บ๊ี้ บมีน้ำเดินหยังดอก " O : มารดาเสพยา สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี และเสพยาแอมเฟตามีน และทารกแพทย์วินิจฉัยว่าCongenital Pneumonia จาก Chest X-ray วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิด กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลประเมินสัญญาณชีพและ O₂ sat 2. ดูแลให้ได้รับ O₂ box 10 LPM 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin 210 mg. IV q 12 hr.และ Gentamicin 8 mg.+D5W upto 5 ml. IV drip in 1 hr. OD ตามแนวทางการรักษา 4. กระตุ้นมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ ทุก 2 - 3 ชั่วโมง 5. ดูแลให้การพยาบาลด้วย Aseptic technique , Sterile technique และจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การประเมินผล :วันที่ 25 ธ.ค.2564 เวลา14.00 น. ทารก. BT 38 °C RR 64 bpm., O₂ sat 98 % วันที่ 26 ธ.ค.2564 เวลา 10.00น. BT 37.8 °C RR 56 bpm., O₂ sat 98 % วันที่ 27 ธ.ค.2564 ทารกได้รับ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทารกระยะหลังคลอด ข้อที่ 1 ทารกมีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิดเนื่องจากมารดามีการติดเชื้อแฝงขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน S : " มีน้ำเดินสีเขียวขุ่น " O : PV พบมีน้ำคร่ำสีเขียวขุ่น และแพทย์วินิจฉัย Congenital Pneumonia วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิด กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลประเมินสัญญาณชีพ และ O₂ sat 2. ดูแลให้ได้รับ O₂ box 10 LPM 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin 210 mg. IV q 12 hr. และ Gentamicin 8 mg.+D5W upto 5 ml. IV drip in 1 hr. OD ตามแนวทางการรักษา 4. กระตุ้นมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ ทุก 2 - 3 ชั่วโมง 5. ให้การพยาบาลด้วย Aseptic technique และSterile technique และจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การประเมินผล : เมื่อวันที่ 1 พ.ค.2565 เวลา11.00น. ทารก BT 37 °C RR 70 bpm. หายใจไม่มี retraction O₂ sat 97 % วันที่ 2 พ.ค. 2565 เวลา 10.00น. BT 37.7 °C RR 66 bpm., O₂ sat 97 % วันที่ 7 พ.ค. 2565ทารกได้รับปฏิชีวนะครบ 7 วัน อาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน



กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปฏิชีวนะ 7 วัน อาการไม่ดีขึ้น RR 65 bpm., หายใจมี retraction ฟังปอดมีเสียงRhonchi จึงส่งต่อ	

สรุปผล

การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้ มีข้อมูลทั่วไป คือ ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสเหมือนกันทั้ง 2 ราย แตกต่างกันที่อายุ อาชีพและที่อยู่ ปัจจุบัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นวัยผู้ใหญ่ ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ประจำ เป็นคนในพื้นที่อำเภอเวียงน้อย กรณีศึกษาที่ 2 เป็นวัยรุ่น ทำงาน มีรายได้ ข้อมูลการเจ็บป่วย มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใกล้ครบกำหนด 37 wk.ไม่ได้ยายับยั้งคลอด เหมือนกันแต่สาเหตุที่ไม่ได้ต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 มาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดหมด คลอดหลังจากมาถึงโรงพยาบาล 21 นาที กรณีศึกษาที่ 2 มาโรงพยาบาล มีน้ำเดิน น้ำคร่ำสีเขียว ชุ่มร่วมกับการเจ็บครรภ์มาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิด 2 cm. คลอดหลังจากมาถึงโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเหมือนกันทั้ง 2 ราย คือ เป็นมารดาครรภ์หลังฝากครรภ์ล่าช้าไม่ได้คุณภาพ และมีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดปกติ ทารกน้ำหนักน้อย ทารกแรกคลอดไม่มีภาวะขาดออกซิเจน มีความแตกต่างกันที่สถานที่ฝากครรภ์ ผลการตรวจร่างกาย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี มีเหงื่อไคลมาก ผอมและเล็บยาวสกปรก แต่กรณีศึกษาที่ 2 มี BP 150/95 mm.Hg. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปกติ ทั้ง 2 ราย แผนการรักษาแตกต่างกันที่กรณีศึกษาที่ 1 มาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดหมดแล้วจึงไม่ได้รับสารน้ำและออกซิเจน กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับสารน้ำและออกซิเจน ได้ฝังยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ซึ่งจะนำเสนอเฉพาะแบบแผนสุขภาพที่มีปัญหาและแตกต่างกัน ซึ่งพบในกรณีศึกษาที่ 1 คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 ตั้งครรภ์แต่ยังเสพยา ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่า มีการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลามี

ภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ มีน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัมซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ พบว่าบทบาทมารดาไม่เหมาะสมเนื่องจากยังเสพยาขณะตั้งครรภ์ แบบแผนที่ 11 ความเชื่อพบว่า ทั้ง 2 รายมีความเชื่อตามคำบอกเล่าแต่โบราณเหมือนกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เชื่อเรื่องอาหารแสลง กรณีศึกษาที่ 2 เชื่อเรื่องการอยู่ไฟหลังคลอด สรุปปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนคลอดที่ต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มาถึงโรงพยาบาลเกือบจะคลอด เพราะตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมดจึงให้การพยาบาล 10 นาทีแล้วย้ายเข้าไปทำคลอดเลย แต่กรณีศึกษาที่ 2 ให้การพยาบาลระยะก่อนคลอดนาน 2 ชั่วโมง มีปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อ เนื่องจากการเปิดขยายของปากมดลูกและมีน้ำคร่ำสีเขียว ส่วนการพยาบาลในระยะคลอดไม่แตกต่างกัน คลอดปกติ มารดาและทารกปลอดภัย การพยาบาลในระยะหลังคลอดส่วนใหญ่เหมือนกัน และแก้ไขได้ทุกข้อปัญหาการพยาบาลระยะหลังคลอดที่แตกต่าง คือ กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อการเลี้ยงดูทารกไม่เหมาะสมเนื่องจากการด้อยไม่เลิกเสพยาเสพติด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ต้องการคุมกำเนิดเนื่องจากไม่ต้องการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ซึ่งทุกปัญหาทางการพยาบาลได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติและแผนการพยาบาล⁴⁻¹¹ ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้จำหน่ายกลับบ้านเมื่อหลังคลอด 2 วัน บุตรของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิดเนื่องจากการด้อยมีการติดเชื้อแฝงขณะตั้งครรภ์ ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วันเหมือนกัน แต่บุตรของกรณีศึกษาที่ 1 อาการไม่ดีขึ้นต้องส่งต่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด ทำให้กรณีศึกษาที่ 1 มีความวิตกกังวลมากขึ้นมาอีกครั้ง ส่วนบุตรของกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการดีขึ้นได้จำหน่ายกลับบ้าน

ในกรณีศึกษาที่ 1 หากรับมาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ จะได้รับยายับยั้งการคลอดตามมาตรฐานการดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถจะ

ยับยั้งการคลอดสำเร็จ แต่เนื่องจากเจ็บครรภ์ 3 ชั่วโมง 30 นาทีจึงมาถึงโรงพยาบาล มาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดหมด มาถึงย้ายเข้าทำคลอดเลย จึงไม่ได้รับยายับยั้งการคลอด ซึ่งมารดาอายุนี้นี้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 35⁺5 wk. และเป็นครรภ์หลังมีโอกาสที่ทารกจะคลอดระหว่างนำส่งมารดาตามโรงพยาบาล ซึ่งจะเกิดความเสี่ยงต่อมารดาและทารกอย่างมาก โดยเฉพาะทารกอาจติดเชื้อ ขาดออกซิเจนขณะคลอดจนเสียชีวิตได้ ในการฝากครรภ์คุณภาพ ต้องเน้นให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะการให้ข้อมูลอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที จะทำให้สามารถ

ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 รับประทานตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ มาถึงโรงพยาบาล 45 นาที แต่เนื่องจากปากมดลูกเปิด 2 cm. มีน้ำเดินน้ำคร่ำเขียว จึงไม่ได้รับยายับยั้งการคลอดเนื่องจากมารดาเจ็บครรภ์คลอดมีอายุครรภ์ 36⁺6wk. ประเมินสุขภาพของมารดาและทารกแล้วสามารถดูแลทำคลอดตามมาตรฐานได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามหากกรณีศึกษาที่ 2 มาโรงพยาบาลล่าช้าอาจมีโอกาที่ทารกจะคลอดระหว่างนำส่งมารดาตามโรงพยาบาลได้เนื่องจากมีการคลอดเฉียบพลัน (Precipitate Labour) ทารกอาจติดเชื้อ ขาดออกซิเจนขณะคลอดจนเสียชีวิตได้เช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. บุศรินทร์ เขียนแน่น เยาวเรศ ก้านมะลิ และวรรณวิมล ทูมมี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15 (3): 286-300
2. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลแวงน้อย. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลแวงน้อย ประจำปี 2563-2565. โรงพยาบาลแวงน้อย. 2563-2565.
3. นางเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10 (1): 1-10.
4. ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 22 (1): 27-38.
5. Sritecha W. Nursing care of pneumonia in pediatric patient with respiratory failure and septic shock: study 2 case. Mahasarakham Hospital Journal. 2020; 17(2): 206-19. (In Thai)
6. Pinhom S, Sananreangsak S, Terarungsikul N. Effect of maternal coaching program on maternal behaviour in caring for children with pneumonia. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2021; 15(2): 82-93. (In Thai)
7. Chamninork K, Aree P, Lamchang S. Related factors of maternal practices for recurrent pneumonia prevention among children. Nursing Journal. 2020; 47(1): 77-87. (In Thai).
8. Sueram K. Nursing care for children with respiratory disorders. 2nd ed. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2021. (In Thai)
9. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
10. Burchum JR, Rosenthal LD. Lehne's pharmacology for nursing care. 10th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2019.
11. Pantian L. Evidence-based practice formation in patient care to prevent pneumonia from using a ventilator in neonatal patients. Thammasat University Hospital Journal Online. 2020; 5(3): 45-55. (In Thai)



การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา

Nursing care for abdominal hysterectomy patients: case studies.

(Received: February 22,2023 ; Revised: March 10,2023 ; Accepted: March 11,2023)

สมภาร แคนลาด¹

Sompan Canlad

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลมัญจาคีรีดำเนินการรักษาผู้ป่วยนรีเวชที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้อง เริ่มครั้งแรกในปี 2564 ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูก คือการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัว กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย ไม่มีคู่มือการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยรับการผ่าตัดมดลูกทางนรีเวชเป็นการเฉพาะ วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษา กิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง จำนวน 2 ราย ซึ่งเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีเปิดทางหน้าท้อง โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน แบบบันทึกทางห้องผ่าตัด การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวล เนื่องจากการผ่าตัดครั้งแรกและเป็นการผ่าตัดที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 2) ระยะผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเสี่ยงเหมือนกัน คือ 1) เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ 2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3) เสี่ยงต่อการเสียเลือดมาก 3) ระยะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาคล้ายกันคือ 1) ความไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล 2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3) ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากกลัวเจ็บแผลและกลัวแผลแตก จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ลดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

Abstract

Manchakhiri Hospital treats gynecological patients who need hysterectomy with abdominal surgery. First started in 2021, problems encountered in caring for patients undergoing hysterectomy is to educate Instructions for practice before surgery and after surgery As a result, the patient is afraid. performance anxiety fear of complications which the agency does not have modern nursing practice guidelines There is no specific instruction manual for gynecological hysterectomy clients. The objective of this study is to study Nursing activities in 2 abdominal hysterectomy patients who underwent open abdominal surgery The study was conducted from out-patient medical records, in-patient records, and operating room records. interviews with patients and relatives.

¹โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

The results showed that: 1) Preoperative period Both patients were anxious. Because it was the first surgery and it was performed at the district hospital. resulting in increased anxiety 2) Perioperative The two patients were at the same risk: 1) hypothermia; 2) infection; 3) heavy blood loss. 3) Postoperative period, it was found that both patients had similar problems: 1) Discomfort due to wound pain, 2) The patients had anxiety about behavior when returning home, 3) The patients did not Dare to move because of fear of pain and scarring from this study The results of the study can be used as information to determine guidelines for caring for patients undergoing abdominal hysterectomy so that the patients receive quality nursing care. Reduce anxiety and be able to act correctly before and after surgery to reduce complications that may occur.

Keywords: nursing care for abdominal hysterectomy patients

บทนำ

โรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) เป็นหนึ่งในภาวะทางนรีเวชที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยมีอาการนำเกี่ยวข้องกับการปวด ได้แก่ ปวดประจำเดือนและปวดท้องน้อย และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะมีบุตรยาก อย่างไรก็ตาม สตรีที่มีโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่มักจะถูกมองข้ามไป โดยคิดว่าเป็นเรื่องปกติของการมีประจำเดือน จึงทำให้สตรีที่มีโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่จำนวนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ส่งผลให้สตรีหลายคนไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาที่¹

ความชุกของโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พบประมาณร้อยละ 5-10 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยพบสตรีชาวเอเชียได้บ่อยกว่าสตรีตะวันตกผิวขาว (odds ratio 1.63, 95% CI 1.03-2.58) สำหรับประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับความชุกของโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในประชากรสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป มีเพียงรายงานความชุกในสตรีเฉพาะกลุ่ม ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา โรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่เป็นโรคที่มีการค้นคว้าทำการวิจัยหาสาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา หรือการรักษากันอย่างมากมาย อย่างไรก็ตามจนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาใดที่ดีที่สุดสำหรับโรคนี้ การรักษาต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายไป ขึ้นอยู่กับอายุ ความต้องการมีบุตร

และความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษามีทั้งการให้ยาแก้ปวด การให้ฮอร์โมนรักษาและการผ่าตัด²

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลมัญจาคีรีเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ข้อมูลการผ่าตัดมดลูกทางนรีเวชในโรงพยาบาลที่ผ่านมามีตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553-2555 พบผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก 31 ราย³ หลังจาก ปี พ.ศ. 2556 ไม่มีการรักษานรีเวชโดยการผ่าตัดมดลูก ต้องส่งต่อรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเนื่องจากขาดสูติ-นรีแพทย์เชี่ยวชาญ ในปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมามีแพทย์สูติ-นรีเวชปฏิบัติงาน 1 ท่าน ให้การรักษาผ่าตัดมดลูกโรคทางนรีเวช ปัญหาที่พบคือพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลยังขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การดูแลประเมินพยาบาล การดูแลก่อน-หลังการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง กระทั่งการดูแลจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาเนื่องจากเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในหน่วยงาน จึงเห็นความสำคัญทำการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เพื่อนำความรู้ที่ได้ประยุกต์พัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง



วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบันทึกการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โดยศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยมีกรอบแนวคิดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและครอบครัว การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. แบบบันทึกผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 18 มกราคม 2564 แพทย์นัดผ่าตัด โดยให้ประวัติ 3 เดือนก่อนมีอาการปวดท้องน้อยมาก มีประจำเดือนมาผิดปกติเปลี่ยนผ้าอนามัย 5 ผืน/วัน มีอาการเหนื่อย วิงเวียน ศีรษะ แพทย์ให้การวินิจฉัย Adenomyosis ให้การรักษา Primolut-N (5) 1 tab oral OD pc., Ibuprofen (400) 1 tab oral tid pc. นัดติดตามอาการ 1 เดือน ยังมีอาการปวดท้องน้อย ประจำเดือนออกผิดปกติเปลี่ยนผ้าอนามัย 5 ผืน/วัน ติดต่อกัน 5 วัน มีอาการเหนื่อยวิงเวียนศีรษะ แพทย์ให้การรักษาเพิ่มด้วยยา Medroxyprogesterone 150 mg IM อาการไม่ดีขึ้น แพทย์พิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy เวลา 14.30 น. รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม-ตอบรู้เรื่อง

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สัญญาณชีพปกติ เตรียมผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: Normal, Cr:0.72 mg/dl ,FBS: 115 mg/dl., Electrolyte: Normal, Chest X-ray PA upright: Normal, EKG: Normal sinus rhythm , Cross match for PRC 2 unit ดูแลให้การพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ดูแลให้ NPO AMN, 5% DN/2 1,000 ml IV 120 ml/hr., Vaginal douche 18.00 น. ก่อนวันผ่าตัดละเช้าวันผ่าตัด Prep skin and perineum., Retain foley catheter and urine bag ให้ผู้ป่วยอาบน้ำตอนเช้า Cefazolin 1 gm IV ก่อนไป OR และให้ Diazepam 5 mg 1 tab oral prn for insomnia ดูแลให้การพยาบาลสอดคล้องตามแผนการรักษา

วันที่ 19 มกราคม 2564 ตอนเช้าดูแลเตรียมการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy โดยให้ผู้ป่วยอาบน้ำชำระร่างกาย ให้การสวนล้างช่องคลอดและสวนอุจจาระอีกครั้ง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DN/2 1,000 ml IV 120 ml/hr. เตรียมยา Cefazolin 1 gm IV ก่อนไป OR ประเมิน Check list ก่อน OR ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ห้องผ่าตัดรับผู้ป่วยเวลา 13.10 น. ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy ใช้การระงับความรู้สึกทั่วไปโดยการดมยาสลบ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาในการผ่าตัด 60 นาที หลังผ่าตัดพักฟื้นในห้องผ่าตัดจนตื่นดี รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 16.30 น. บันทึกปริมาณน้ำเข้า 1,120 มิลลิลิตร ออก 1,600 มิลลิลิตร ในร่างกาย

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพเป็นปกติ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผล Sterile ไม่มีเลือดซึม และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล pain score 4 คะแนน แพทย์ให้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q- 4-6 hr., Ibuprofen 400 mg 1 tab tid oral pc.

พลิกตะแคงตัวลุกนั่งข้างเตียงหย่อนขาได้ ให้คำแนะนำ Ambulation ผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ แผนการรักษา มือเข้าให้เริ่มจิบน้ำรับได้ มือเที่ยงรับประทานอาหารเหลวรับได้ และมือเย็นให้รับประทานอาหารอ่อนรับได้ ไม่มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง แพทย์ให้ Off IVF ให้ยา Omeprazole 1 tab OD oral ac. ปัสสาวะออกดี บันทึกรับปริมาณน้ำเข้า 700 มิลลิลิตร ออก 710 มิลลิลิตร ในร่างกาย แพทย์ให้ Off foley catheter ติดตามผู้ป่วย สามารถปัสสาวะออกเองได้ลูกเดินญาติประคองข้างเตียง ปวดแผลผ่าตัดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/78 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (O_2 sat) 98% แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผล Sterile ไม่มีเลือดซึม และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล pain score 3 คะแนน แพทย์ให้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q- 4-6 hr., Ibuprofen 400 mg 1 tab tid oral pc. ลูกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แผนการรักษาให้อาหารธรรมดาได้รับได้ ไม่มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง ให้ยา Omeprazole 1 tab OD oral ac. ปัสสาวะออกดี ปวดแผลผ่าตัดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผล Sterile แห้งดี และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ลูกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รับประทานอาหารธรรมดาได้ดี ไม่มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง ปัสสาวะออกดี แพทย์ให้การจำหน่าย นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ นัดฟังผลชิ้นเนื้อ 1 เดือน แผนการรักษาต่อเนื่องที่บ้านให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q- 4-6 hr., Ibuprofen 400 mg 1 tab tid oral pc., Ferrous Fumarate 200 mg 1 tab oral OD pc.

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50.9 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 แพทย์นัดผ่าตัด

โดยให้ประวัติ 2 เดือนก่อนมา มีประจำเดือนมามาก เปลี่ยนผ้าอนามัย 5 ผืน/วัน เป็นติดต่อกัน เกิน 10 วัน มีอาการเหนื่อย วิงเวียน ศีรษะ แพทย์ให้การวินิจฉัย AUB with atypical hyperplasia แพทย์พิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy เวลา 13.30 น.

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564 รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม-ตอบรู้เรื่อง ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สัญญาณชีพปกติ เตรียมผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: Normal, Cr:0.92 mg/dl ,FBS: 120 mg/dl., Electrolyte: Normal, Chest X-ray PA upright: Normal, EKG: Normal sinus rhythm , Cross match for PRC 2 unit ดูแลให้การพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ดูแลให้ NPO AMN, 5% DN/2 1,000 ml IV 120 ml/hr., Vaginal douche 18.00 น. ก่อนวันผ่าตัด

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564 เข้าวันผ่าตัด Prep skin and perineum., Retain foley catheter and urine bag ให้ผู้ป่วยอาบน้ำต่อนเช้า Cefazolin 1 gm IV ก่อนไป OR และให้ Diazepam 5 mg 1 tab oral prn for insomnia ดูแลให้การพยาบาลสอดคล้องตามแผนการรักษา ตอนเช้าดูแลเตรียมการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy โดยให้ผู้ป่วยอาบน้ำชำระร่างกาย ให้การสวนล้างช่องคลอดและสวนอุจจาระอีกครั้ง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DN/2 1,000 ml IV 120 ml/hr. เตรียมยา Cefazolin 1 gm IV ก่อนไป OR ประเมิน Check list ก่อน OR ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ห้องผ่าตัด รับผู้ป่วยเวลา 13.00 น. แรกประเมิน vital signs ในห้องผ่าตัด BP สูง 160/90 มิลลิเมตรปรอท ให้ผู้ป่วยนอนพักรอ 30 นาทีวัดใหม่ได้ค่าปกติผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด Total abdominal



hysterectomy with Right salpingo-oophorectomy ใช้การระับความรู้สึกทั่วไปโดยการดมยาสลบ ใช้เวลาผ่าตัด 50 นาที และพักฟื้นภายในห้องผ่าตัด ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 16.10 น. บันทึกปริมาณน้ำเข้า 1,520 มิลลิลิตร ออก 1,600 มิลลิลิตร ในร่างกาย

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพเป็นปกติ แผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล pain score 4 คะแนน แพทย์ให้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q-4-6 hr., Ibuprofen 400 mg 1 tab tid oral pc. พลิกตะแคงตัวลูกนั่งข้างเตียงหย่อนขาได้ ให้คำแนะนำ Ambulation ผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ แผนการรักษาเมื่อเช้าให้เริ่มจิบน้ำรับได้ เมื่อเที่ยงรับประทานอาหารเหลวรับได้ และเมื่อเย็นให้รับประทานอาหารอ่อนรับได้ ไม่มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง แพทย์ให้ Off IVF ให้ยา Omeprazole 1 tab OD oral ac. ปัสสาวะออกดี บันทึกปริมาณน้ำเข้า 850 มิลลิลิตร ออก 710 มิลลิลิตร ในร่างกาย แพทย์ให้ Off foley catheter ติดตามผู้ป่วยสามารถปัสสาวะออกเองได้ลูกเดินญาติประคองข้างเตียง ปวดแผลผ่าตัดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (O_2 sat) 98% แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแผล Sterile seal ด้วยพลาสติกกันน้ำ ไม่มีเลือดซึม และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล pain score 3 คะแนน แพทย์ให้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q-4-6 hr., Ibuprofen 400 mg 1 tab tid oral pc. ลูกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แผนการรักษาให้อาหารธรรมดาได้ ไม่มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง ให้ยา Omeprazole 1

tab OD oral ac. ปัสสาวะออกดี ปวดแผลผ่าตัดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องไม่มีร่องรอยอักเสบ และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ลูกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รับประทานอาหารธรรมดาได้ดี ไม่มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง ปัสสาวะออกดี แพทย์ให้การจำหน่าย นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ นัดฟังผลชิ้นเนื้อ 1 เดือน แผนการรักษาต่อเนื่องที่บ้านให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q-4-6 hr., Ibuprofen 400 mg 1 tab tid oral pc., Ferrous Fumarate 200 mg 1 tab oral OD pc.

บทสรุป

ผลการศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องทั้ง 2 ราย พบว่า

1. จากประวัติการเจ็บป่วยผู้ป่วยทั้งสองรายมีความคล้ายคลึงกัน คือมาด้วยอาการปวดท้อง มีประจำเดือนมากผิดปกติ เหนื่อยอ่อนเพลียเข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการประจำเดือนมากผิดปกติ ใช้เวลาในการผ่าตัด 60 นาที สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการประจำเดือนมากผิดปกติเหมือนกัน แต่มี ใช้เวลาผ่าตัดนาน 50 นาที

2. ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาล

2.1 ระยะก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเหมือนกัน แต่ผู้ป่วยรายที่สองมีภาวะซีด จึงต้องได้รับเลือดก่อนผ่าตัด

2.2 ระยะผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะเสี่ยงเหมือนกัน คือ เสี่ยงต่อการภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อระหว่างผ่าตัด เสี่ยงต่อการตกค้างของอุปกรณ์ผ่าตัดในร่างกาย

2.3 ระยะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาและความต้องการเหมือนกัน คือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผู้ป่วยรายแรกมีความปวด pain

score 4 คะแนน ส่วนรายที่สอง มีระดับความปวดเท่ากัน คือ 4 คะแนน ผู้ป่วยทั้งสองรายขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งสองรายที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง พบว่า การผ่าตัดทางหน้าท้องสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับอำเภอซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวยังมีความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะปลอดภัยกว่า ดังนั้นการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจในการรักษาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดความวิตก

กังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาของหน่วยงานในชุมชนให้มากยิ่งขึ้นไป³⁻⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด
2. ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีมาตรฐานในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง
3. ควรมีระบบจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความรู้ ความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558. การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. กรุงเทพฯ:
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2560 สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
3. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลมัญจาคีรี. (2564). ข้อมูลการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลที่ผ่านมามาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553-2555
4. กิติพร กางการ. 2562. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
5. ชาดา เตชวาทกุล. 2558. บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. วารสาร เกื้อการุณย์
6. สมจิต หนูเจริญกุล. 2548. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. วิจัยพันธุ์. กรุงเทพมหานคร
7. เสวก วีระเกียรติและสุกพรรณ วิไลลักษณ์. 2551. ตำรานรีเวชวิทยา. ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์. นนทบุรี



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for continuous stroke patients in the community: 2 case studies

(Received: March 22,2023 ; Revised: March 22,2023 ; Accepted: March 26,2023)

ชญานิศ บุตรดี¹

Chatanis Buddee¹

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านนานกว่า 6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กรณีผู้ป่วยที่มีนักบริบาลชุมชนเข้าไปดูแลและที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแลเปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 จำหน่ายกลับบ้าน 8 สิงหาคม 2564 มีนักบริบาลชุมชนเข้าไปดูแลที่บ้าน วันละ 4 ชั่วโมงทุกวันช่วงเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ โดยทำกายภาพบำบัดตาม Individual Care Plan ที่ร่วมวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ผู้ป่วยยังพูดไม่ชัด on oxygen cannula และใส่สายสวนปัสสาวะ 4 มกราคม 2565 เริ่มฝึกถอด oxygen และสายสวนปัสสาวะ และเริ่มพูดสื่อสารพอเข้าใจ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ผู้ป่วยพูดชัดเจนขึ้น อารมณ์ดี และเริ่มหัดเดินโดยใช้ไม้เท้า 16-22 กรกฎาคม 2565 หกล้มจากหัดเดินคนเดียว ได้เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ สิงหาคม 2565 เดินออกได้ไกลขึ้น สามารถเรียกชื่อลูกได้ถูกต้อง ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เมื่อปี 2565 มาด้วยอาการซึมไม่พูด อ่อนแรงซีกขวา ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาลและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ แต่ครั้งนี้อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้น แขนขาซีกขวาอ่อนแรงระดับ 2 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย และได้เข้าสู่อารมณ์เศร้าแบบประคับประคอง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง นักบริบาลชุมชน

ABSTRACT

This study was studied of stroke patients after being discharged from the hospital and following up with continuous care at home for more than 6 months (Long Term Care). The study was conducted between 1 October 2021 - 31 December 2022. The objective was to Study nursing care for stroke patients in the community. In the case of patients who have community caregivers to take care of them and who do not have community caregivers to take care of them. Compare nursing according to the nursing process.

The study found that Case study 1 was discharged home on 8 August 2021. Community caregivers came to take care of him at home 4 hours a day, every morning. except Sunday By doing physical therapy according to the Individual Care Plan that is jointly planned for care by a multidisciplinary team. Ubonrat Dam Subdistrict The patient still cannot speak clearly on the oxygen cannula and the urinary catheter. 4 January 2022 began practicing removing the oxygen and urinary catheter. and began to speak and communicate enough to be understood During February 2022, the patient spoke more clearly, was in a better mood, and began learning to walk using a cane. July 16-22, 2022, fell from learning to walk alone. Was admitted to Ubonrat Hospital in August 2022 and was able to walk farther. Able to call the child's name correctly. case study 2 patient in 2022 came in with symptoms of being depressed and unable to speak. Right side weakness Sent for further treatment at Khon Kaen Hospital, diagnosed with basal ganglion hemorrhage, treated without surgery. Do physical therapy Control sugar levels and keep blood pressure levels within limits. But this time the weakness did not improve. Right limb weakness, level 2, patient stuck at home, bedridden There are frequent complications of infection. and entered into palliative treatment

Keywords: Stroke patients, community care worker

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke , Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และมะเร็ง จากรายงานของ WHO พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี โดยพบว่าเฉลี่ยทุก 6 วินาที มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน (นลินี พสุคันธรักษ์ และ คณะ, 2559)* อัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองคือ ร้อยละ 11 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้าน จะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 หายใจล้มเหลว ปกติร้อยละ 25 พิการร้อยละ 70 ซึ่งอัตราความพิการจะน้อยลงตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศิริราช, 2559) ในกลุ่มที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยชนิดหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 7.9 โรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 3.4 และไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างเพศชาย และเพศหญิง (นก ศรี สมินทรปัญญา, 2564) และในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต ยังพบความพิการหลงเหลืออยู่ (สมชาย ไทวนะ บุตร และคณะ, 2557) และเกิดความบกพร่องต่างๆ ด้านร่างกาย เช่นการเคลื่อนไหว การทรงตัว ประสาทการรับรู้ และการเรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และปัญหาด้านครอบครัว และสังคม ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า ไม่พอใจในตนเอง และเป็นภาระ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (เพชรลดา จันทรศรี, วรวิศา สาราญเนตร, และ นิตยา กออิสราณภาพ, 2564) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด อาจเกิดการอุดตัน หรือแตก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนที่แตกต่างกันไปในส่วนชีวิต ซึ่งต้องการ

ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล นับตั้งแต่ระยะเกิดเหตุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต และฟื้นฟูสภาพได้เร็วที่สุด (วิมลพร ศรีโชติ และ คณะ, 2564) นอกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลต่อเนื่องแล้ว ยังต้องการการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าคนปกติ และอัตราการเสียชีวิตเมื่อเป็นซ้ำครั้งที่สอง พบสูงถึง ร้อยละ 56.2 และ อัตราการเสียชีวิตเมื่อเกิดเป็นซ้ำครั้งที่ 3 สูงถึงร้อยละ 80 ระยะเวลาที่เกิดเป็นซ้ำพบได้ตั้งแต่ภายใน 1-5 ปี (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลหลายด้าน ได้แก่ 1.ระยะเกิดเหตุการณ์และวินิจัย ต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ 2. ระยะอาการคงที่ ต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และการฝึกทักษะ 3. ระยะก่อนจำหน่าย ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์การฝึกทักษะและการประเมินค่า 4. ระยะการปฏิบัติดูแลที่บ้านต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ การฝึกทักษะ การประเมินค่า (วิมลพร ศรีโชติ และ คณะ, 2564) ซึ่งบุคคลในครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เมื่ออยู่ในระยะฟื้นฟู การฟื้นฟูสมรรถนะ และการการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการ ลดการเสียชีวิต ลดผลกระทบต่อผู้ดูแล แต่การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า ขาดความสามารถด้านทักษะการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ขาดการควบคุมอารมณ์เมื่อเจอสถานการณ์ไม่คาดคิด (เพชรลดา จันทรศรี, วรวิศา สาราญเนตร และ นิตยา กออิสราณภาพ, 2564) อ้างถึงใน พิมพ์ชนก ปานทอง และธนิศา ผาติสนะ, 2561)

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ที่เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ F2 ตั้งแต่ปี 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 53, 68



และ 71 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการหลงเหลือ จำนวน 38, 20 และ 12 ราย ตามลำดับ เสียชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,4 และ 2 รายตามลำดับ (รายงานเวชระเบียน, 2563-2565) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีหน้าที่ในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภออุบลรัตน์ ตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วยโรงพยาบาลอุบลรัตน์ได้ริเริ่มโครงการผลิตนักบริบาลชุมชน เมื่อปี 2562 เป็นต้นมา โดยบทบาทนักบริบาลชุมชน มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 1 นักบริบาล : 1 หมู่บ้าน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้านติดเตียงด้วย จึงได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย ที่มีนักบริบาลชุมชนมีส่วนร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน มีการจัดการรายการเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกสัปดาห์ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ศึกษาคาดหวังว่าเอกสารชุดนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชน และมีทีมสุขภาพร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีนักบริบาลชุมชนดูแลและที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแลเปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลการจัดการรายกรณี

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่า 6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2565

วิธีการศึกษา

- 1.ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์
- 2.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
4. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
5. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนานมากกว่า 6 เดือน
6. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล
 - 6.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรวบรวม
 - 6.2 ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล โดยให้การดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนแบบญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษา และพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ และการฟื้นฟูสภาพโดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
 - 6.3 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล
 - 6.4 การติดตามประเมินผล
7. สรุปผลการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
ชายอายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง รายได้ 60,000 บาท/ปี รายได้เพียงพอกับรายจ่าย เป็นหัวหน้าครอบครัวและหารายได้เลี้ยงสมาชิกในครอบครัว มีรายได้เสริมจากกรรยาปลูกผักขาย มีบุตร 2 คน สุกุบุตรและตีมสุรา	ชายอายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพสมรสหย่า อาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ 30,000 บาท/ปี รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย อาศัยการดูแลช่วยเหลือจากแม่ที่เป็นข้าราชการเกษียณอายุราชการ มีบุตร 2 คน เป็นชายหนุ่มเจ้าสำราญ ไม่สุกบุตร ตีมสุรา

วิเคราะห์

ข้อมูลส่วนบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่อง อาชีพ รายได้ และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวสูงเกิดภาวะเครียด อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีนักบริหารชุมชนดูแล ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 เป็นภาระให้แม่ดูแลเนื่องจากสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ไม่มีนักบริหารชุมชนดูแล

ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
- การวินิจฉัยโรค : essential hypertension with hemorrhagic stroke - เป็นความดันโลหิตสูงมา 3 ปี ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เนื่องจากไม่รับประทานยาตามแผนรักษาของแพทย์ - เป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับ และบุตร 2 คน ครอบครัวอบอุ่นรักใคร่กลมเกลียวกันดี - มิถุนายน 2563 เริ่มต้นรักษาด้วย amlodipine(5) กินวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า 1 เดือน ต่อมาควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จึงปรับเพิ่มเป็น 1 เม็ดสองเวลา หลังอาหารเช้าและเย็น - 30 ตุลาคม 2563 มาด้วย ซึม ไม่พูด ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วินิจฉัย left basal ganglion hemorrhage ได้รักษาโดยการผ่าตัด left craniotomy with clot removal 31 ตุลาคม 2563 - หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจนานจึงได้เจาะคอ 6 พฤศจิกายน 2563 - นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 30 ตุลาคม 2563 – 9 พฤศจิกายน 2563 ก่อนส่งตัวกลับ Glasgow coma score E3-4V3M5, right motor power grade 3 left grade 4, on oxygen collar mask ส่งตัวกลับมากายภาพบำบัดต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ - นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ 9 – 18 พฤศจิกายน 2563 สามารถถอดออกซิเจนได้ ตื่นดีทำตามคำสั่งได้ ยังมีอ่อนแรงเท่าเดิม นอนติดเตียงให้อาหารทางสายยาง และใส่สวนปัสสาวะ หลัง D/C ทำ Home program กายภาพบำบัดที่บ้าน	- การวินิจฉัยโรค : diabetes mellitus type2, essential hypertension, ischemic stroke with hemorrhagic stroke - เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 8 ปี ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อปี 2558 - อาศัยอยู่กับมารดา 2 คน มารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน แต่ควบคุมได้ดี ได้หย่าร้างกับภรรยาจากความเจ้าชู้ของสามี - ยาที่ได้รับได้แก่ metformin(500) กินวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า, amlodipine(5) กินวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า, enalapril(5) กินวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า - ปฏิเสธแพ้ยา/แพ้อาหาร - ปฏิเสธการผ่าตัด/อุบัติเหตุ - 6 เมษายน 2558 มาด้วยอาการ ปากเบี้ยว เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย Ischemic stroke - มียากินประจำเพิ่มเป็น aspirin(81) กินวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า, simvastatin(20) กิน 1 เม็ด ก่อนนอน - 7 เมษายน 2558 รับกลับจากรับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่

-กรกฎาคม 2564 หลังถอดท่อคอและสายให้อาหาร เริ่มพูดได้แต่ยังพูดไม่ชัด เริ่มลูกนั่งและหัดเดิน ยาที่กินประจำได้แก่ enalapril, simvastatin, folic, vitamin B complex -30 กรกฎาคม 2564 มาด้วยอาการชักเกร็ง ตาค้าง Glasgow coma score E4V2M5 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย epilepsy แพทย์ได้เพิ่มยากันชัก phenytoin และ clonazepam -1 สิงหาคม 2564 รับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 8 สิงหาคม 2564 -กันยายน 2564 มีนักบริบาลชุมชน เข้าไปดูแลที่บ้าน วันละ 4 ชั่วโมงทุกวันช่วงเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ โดยทำกายภาพบำบัดตาม Individual Care Plan ที่ร่วมวางแผนการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ผู้ป่วยยังพูดไม่ชัด on oxygen cannula และใส่สวนปัสสาวะ -4 มกราคม 2565 เริ่มฝึกถอด oxygen และสายสวนปัสสาวะ และเริ่มพูดสื่อสารได้พอเข้าใจ -กุมภาพันธ์ 2565 ผู้ป่วยยังพูดชัดขึ้น อารมณ์ดี และเริ่มหัดเดินโดยใช้ไม้เท้า -16 – 22 กรกฎาคม 2565 หกล้มจากการหัดเดินคนเดียว ได้ไปนอนรักษาในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ -สิงหาคม 2565 เดินออกนอกบ้านได้ไกลขึ้น เรียกชื่อลูกได้ -ธันวาคม 2565 ร้องเพลงให้ทีมสหสาขาวิชาชีพฟังเดินได้เอง โดยไม่ใช้ไม้เท้าพยุงเดิน อารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส	โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 9 เมษายน 2558 -อาการปากเบี้ยวและอ่อนแรงดีขึ้นใกล้เคียงปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้ -ปี 2561 และ 2562 มีประวัติขาดนัดทั้งปี -ปี 2563 คุ้มน้ำตาลในเลือดไม่ได้ -ปี 2563 มาด้วยอาการ ไม่พูด แขนข้างขวาอ่อนแรง ส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยการไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ต่อมาฟื้นฟูสภาพกลับมาเกือบปกติสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้ -ปี 2564 มาด้วยอาการซึม ไม่พูด อ่อนแรงซีกขวา ส่งตัวไปโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบประคับประคองไม่ยินยอมผ่าตัด ได้รับการทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาลและควบคุมความดันโลหิตโดยใช้ยาให้อยู่ในเกณฑ์ แต่ครั้งนี้อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้น แขนขาซีกขวาอ่อนแรงระดับ 2 -ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย และได้เข้าสู่อการรักษาแบบประคับประคอง <u>หมายเหตุ</u> ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน 6 มกราคม 2565 วินิจฉัยสาเหตุการตาย Hemorrhagic stroke

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีโรคประจำตัวกลุ่ม metabolic disease และมีภาวะแทรกซ้อนเป็น โรคหลอดเลือดสมองเหมือนกัน ได้รับการดูแลรักษาตามหลักวิชาการทั้งการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม การกลับมาฟื้นฟูด้วยการทำกายภาพบำบัด การควบคุมโรคประจำตัวด้วยการรับประทาน การมาติดตามการรักษาตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานเหมือนกัน แต่มีข้อแตกต่างตรงที่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มี

ภรรยาและบุตรดูแลเอาใจใส่ดี คอยให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด อยู่ในพื้นที่ที่มีนักบริบาลชุมชนดูแล โดยนักบริบาลชุมชน มีบทบาทหน้าที่เสริมสร้างกำลังใจ และฝึกทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกวัน ให้การดูแลความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและน่าอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเป็นลำดับจนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ข้อมูลการประเมินลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
-ก่อนเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สูบบุหรี่จัด และดื่มสุรา สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง -รับประทานอาหารรสจัด -ไม่ออกกำลังกาย -หลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง -ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ -มีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็น แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า -มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเองให้กลับมาปกติ หรือใกล้เคียงปกติ -มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการฝึกเดิน -รับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ดี -ควบคุมความดันโลหิตได้ดี -ภรรยาและบุตรให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด -ภรรยาบริหารจัดการด้านรายได้ได้ดี มีรายได้จากการปลูกผักขาย -นักบริบาลชุมชนเข้ามาร่วมช่วยดูแล สัปดาห์ละ 6 วัน วันละ 4 ชั่วโมง ยกเว้นวันอาทิตย์ ตั้งแต่ กันยายน 2564 -ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ เดือนละ 1 ครั้ง	-ผู้ดูแลคือมารดาที่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ครอบครัวแตกแยก ภรรยาและบุตรย้ายไปอยู่บ้านของตนเองที่อยู่หมู่บ้านอื่น ผู้ป่วยไม่ค่อยดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในหมู่บ้านที่ไม่มีนักบริบาลชุมชนดูแล -ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและสามารถประกอบอาชีพได้ -มีความวิตกกังวล ประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไรบางครั้ง -ชอบรับประทานอาหารรสจัด -ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย -ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ -ขาดนัดเป็นประจำ -หลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง รอบแรกการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้ -ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง -มีความเครียดและวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยสูง -มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากยังมีอาการอ่อนแรงขาขวา -ผู้ดูแลหลักเป็นมารดา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุและเป็นโรคเบาหวาน มีญาติข้างบ้านมาช่วยดูแลด้านอาการ -ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ เดือนละ 1-2 เดือน/ครั้ง

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

กรณีศึกษา รายที่ 1 มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่จัด การดื่มสุรา และการไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบกับมีดัชนีมวลกาย (BMI 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ไม่ค่อยออกกำลังกาย และชอบรับประทานอาหารรสจัด มีความวิตกกังวลจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

แบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
ผู้ป่วยนอนประมาณ 6-8 ชั่วโมง (22.00-04.00น.) ปัสสาวะสีเหลืองใส วันละ 6 - 7 ครั้ง อุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาเรื่องขับถ่าย รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ ส่วนใหญ่เป็นอาหาร	ผู้ป่วยนอนประมาณ 6-8 ชั่วโมง (23.00-05.00น.) ปัสสาวะสีเหลืองใส วันละ 4-5 ครั้ง อุจจาระ วันละ 1 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา บางวันทาน 2 มื้อ ส่วนใหญ่ซื้ออาหารปรุงสำเร็จตามร้านค้า เนื่องจากอาศัยกับมารดา 2

กรณีศึกษา รายที่ 2 มีความวิตกกังวลและความเครียดกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เนื่องจากความใส่ใจในการปฏิบัติตนเอง ขาดนัดเป็นประจำและขาดกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุและป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องและทดแทนกระตุ้นในการทำกายภาพบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำถึง 3 ครั้ง



พื้นที่บริการอาหารให้ มีทานอาหารสัปดาห์ครั้ง รูปร่างท้วม น้ำหนัก 76 กิโลกรัม ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ สูบบุหรี่ มีดื่มกาแฟบางครั้ง ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะ ทำงานรับจ้างใช้แรงงานแล้ว เป็นคนอารมณ์เย็น ใจดี ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกันดี รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ไม่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มี ความกังวลบางครั้งเกี่ยวกับความดันสูงเมื่อมาตรวจตามนัด	คน ผู้ป่วยหย่าร้างกับภรรยา มีบุตร 2 คน ไม่ได้ดูแลบุตร บุตรอยู่กับภรรยาที่หย่าร้าง รายได้ส่วนใหญ่มาจากการค้าที่ เป็นข้าราชการครูเกษียณ เพียงพอต่อรายจ่ายภายใน ครอบครัว ไม่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ตามเทศกาล งานบุญ ดื่มโอเลี้ยงทุกวัน ผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ดี สนุกสนาน เจ้าสำราญ มีเพื่อนมาก รับรู้ว่าตัวเองเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว บางครั้งปฏิบัติตัว ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น เพราะไม่ได้มี อาการผิดปกติใดๆ

วิเคราะห์

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การสนับสนุนจาก
ครอบครัว ความคิดเห็นในการปฏิบัติตัวต่อภาวะโรคที่เป็นและเรื่องของความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ
เกิดขึ้น

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
-รูปร่างท้วม น้ำหนัก ๗๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย(BMI) ๒๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท -ผิวหนัง: ดำแดง ไม่มีรอยสัก -ศีรษะ: ผลเป็นจากการผ่าตัดสมองซีกซ้าย -ตา: ตาขาวมองเห็นปกติ ตาซ้ายมองเห็นชัดแต่จะเห็นภาพ ซ้อน -จมูก: ได้กลิ่นปกติ ไม่มีการอักเสบหรือสิ่งคัดหลั่งภายใน จมูก -ปาก: ไม่มีฟันปลอม ฟันหน้าหลุด ไม่มีฟันผุ -คอ: ผลเป็นบริเวณคอหอยจากการเจาะคอใส่ท่อช่วย หายใจ -ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติทั่วทั้งสองข้าง -ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๗๔ ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur -ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนูนูน ฟังเสียง การเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ ๑๐ ครั้งต่อนาที คลำท้องนุ่มดี ไม่มีอาการปวด ไม่พบก้อน -ระบบประสาท: ตื่นดีถามตอบรู้เรื่อง มีพูดไม่ชัด Glasgow coma score E4V5M6, มีอ่อนแรงด้านขวา motor power grade 4 เดินโดยใช้ไม้เท้าพยุง, ผิวหนังรับรู้ความรู้สึกปกติ -ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์: คลำไม่พบไต เคาะบริเวณ costovertebral angle ไม่มีอาการปวด สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด -ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ไม่มีข้อติด อ่อนแรงซีกขวาเดิน โดยใช้ไม้เท้าพยุง	-รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก ๖๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย(BMI) ๑๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตรา การหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๑/๑๐๓ มิลลิเมตรปรอท -ผิวหนัง: ดำแดง ไม่มีรอยสัก -ศีรษะ: มีความสมมาตรทั้งสองข้าง ขนาดปกติ -ตา: มองเห็นแต่ไม่ชัดทั้งสองข้าง เริ่มมีต้อกระจก -จมูก: ได้กลิ่นปกติ ไม่มีการอักเสบหรือสิ่งคัดหลั่งภายใน จมูก -ปาก: ไม่มีฟันปลอม ฟันอยู่ครบ ไม่มีฟันผุ -คอ: ต่อมน้ำไทรอยด์ปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโตผิดปกติ -ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติทั่วทั้งสองข้าง -ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๙๒ ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur -ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนูนูน ฟังเสียง การเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ ๘ ครั้งต่อนาที คลำท้องนุ่มดี ไม่ มีอาการปวด ไม่พบก้อน -ระบบประสาท: ง่วงซึมถามตอบพอได้ Glasgow coma score E3V4M6, มีอ่อนแรงด้านขวา motor power grade 2 นอนติดเตียง, ผิวหนังรับรู้ความรู้สึกปกติ -ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์: คลำไม่พบไต เคาะบริเวณ costovertebral angle ไม่มีอาการปวด สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด -ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: เริ่มมีข้อติดที่ข้อศอกด้านขวา และข้อเข่าด้านขวา อ่อนแรงซีกขวานอนติดเตียง

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะท้วม ความดันโลหิตสูง มีแผลเป็นที่ศีรษะและคอหอยจากการผ่าตัดสมองและเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ ระบบประสาทอ่อนแรงซีกขวาเดินได้โดยใช้ไม้พยุง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระบบประสาทอ่อนแรงซีกขวา นอนติดเตียง มีข้อติด ภาวะข้อติดบ่งบอกว่า การทำกายภาพไม่สม่ำเสมอ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1			ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
Triglyceride (<200mg/dl)		68	82	422		250
LDL-cholesterol (<=130 mg/dl)		82	55	109		97
Glucose (70-115 mg/dl)				274		176
Hb A1C (4.0-6.5%)				11.12		7.83
Microalbumin (<30 :Negative)				Positive		Positive
eGFR (>90ml/min/1.73)		53.74	76.69	82.58	62.33	56.70
Creatinine(0.67-1.17mg/dl)		1.53	1.14	1.06	1.33	1.43
Uric acid (2.6-6.0 mg/dl)	9.7	7				
Hb (M : 13.0-17.0 g/dl)	16.6	13.4	11.5			14.9
Hct (M : 38-50%)	49	40	33			45.1

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระดับ Triglyceride ในเลือดสูง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระดับ Triglyceride ในเลือดอยู่ในระดับปกติ

แผนการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
Amlodipine(5) 1*1 po.pc Enalapril(5) 1*1 po.pc Simvastatin(20) 1*hs Vitamin B complex 1*1 po.pc Phenytoin(100) 1*3 po.pc Clonazepam(2) 1*1 po.pc ทำกายภาพฝึกพูด ฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน และงานบ้าน ฝึกอาชีพ	NPH 10 unit sc at 21.00 PM Hydralazine(25) 2*2 po.pc Losartan(50) 1*2 po.pc Amlodipine(5) 2*1 po.pc Simvastatin(20) 1*hs เยี่ยมบ้าน สอนญาติทำกายภาพ ลงทะเบียน Palliative care Advance care plan; no ETT, no CPR, place of dead at home

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคลมชัก

ด้วยยาเกิน การรักษาเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสภาพ

ร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ควบคุม



โรคเบาหวานด้วยยาฉีด โรคความดันโลหิตสูงและ
หลอดเลือดสมองด้วยยาฉีด มีการรักษาเป็นแบบ
ประคับประคองให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ทรมาน ลด
ภาวะแทรกซ้อนใหม่ๆที่จะเกิดขึ้นและให้ผู้ป่วยและ
ญาติเตรียมพร้อมวางแผนจัดการเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่
ระยะท้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผน ทางการพยาบาล

ผู้ศึกษานำข้อมูลจากการประเมินภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา มาวินิจฉัยปัญหาและ
วางแผนการพยาบาล ปัญหาและความต้องการของ
ผู้ป่วยกรณีศึกษามีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่
มีความแตกต่างกันในเรื่อง ภาวะเสี่ยง/

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลต่อปัญหา
ความเจ็บป่วยและปัญหาภายในครอบครัว ปัญหา
ด้านเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อ ได้กำหนด
วัตถุประสงค์การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้
คำแนะนำ ฝึกการปฏิบัติการดูแล ติดตามเฝ้าระวัง
ภาวะสุขภาพ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหา
แหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ญาติ พยาบาล
ชุมชนประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อ
สนับสนุน/ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ
ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง 2. เสี่ยงต่อการล้มเนื่องจากกลืนลำบาก 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้มเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 4. การเคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะ 6. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเนื่องจากการสื่อสารทางวาจา การพูดช้า และสื่อสารได้ไม่ชัดเจน 7. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย/ความเป็นอยู่ของครอบครัวเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้เหมือนเดิม	1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. เสี่ยงต่อการล้มเนื่องจากกลืนลำบาก 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้มเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 4. การเคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกขวา 5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 6. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและด้อยคุณค่าในตนเองคิดทำร้ายตัวเอง 7. ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ขาดกำลังใจ ขาดผู้กระตุ้นให้ออกกำลังกายเนื่องจากอยู่กับแม่ที่เป็นผู้สูงอายุและป่วยเป็นเบาหวาน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 47 ปี เป็นโรคเบาหวาน
ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาปี 2563
รับยาโรคเรื้อรังที่ โรงพยาบาลอุบลรัตน์
Amlodipine(5) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
จึงได้เพิ่มเป็น 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร เช้าและเย็น
30 ตุลาคม 2563 มาโรงพยาบาลด้วย ซึม ไม่พูด ได้

ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์
วินิจฉัยเป็น Left basal ganglion hemorrhage ได้
รักษาโดยการผ่าตัด Left craniotomy with
removeal ได้รับการดูแลตั้งแต่นั้น จนถึง 1
กรกฎาคม 2565 รวมระยะ 273 วัน จากการประเมิน
ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งได้ ยังมี
แขนขาอ่อนแรงเท่าเดิม นอนติดเตียง ให้อาหารทาง
สายยาง และใส่สายสวนปัสสาวะ หลังทำจำหน่ายทำ

Home program ภายภาพต่อที่บ้าน และกลับมา 1 สิงหาคม 2564 รับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 8 สิงหาคม 2564 กันยายน 2564 มีนักบริบาลชุมชน เข้าไปดูแลที่บ้าน วันละ 4 ชั่วโมงทุกวันช่วงเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ โดยทำกายภาพบำบัดตาม Individual Care Plan ที่ร่วมวางแผนการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ผู้ป่วยยังพูดไม่ชัด on oxygen cannula และใส่สวนปัสสาวะ 4 มกราคม 2564 เริ่มฝึกถอด oxygen และสายสวนปัสสาวะ และเริ่มพูดสื่อสารได้พอเข้าใจ กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วยยังพูดชัดขึ้น อารมณ์ดี และเริ่มหัดเดินโดยใช้ไม้เท้า 16 – 22 กรกฎาคม 2565 หกล้มจากการหัดเดินคนเดียว ได้ไปนอนรักษาในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ สิงหาคม 2565 เดินออกนอกบ้านได้ไกลขึ้น สามารถเรียกชื่อลูกได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วย diabetes mellitus type2, essential hypertension, ischemic stroke with hemorrhagic stroke ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2558 ญาตินำตัวเข้ารับการรักษาด้วยอาการ ปากเบี้ยว เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke ส่งรักษาต่อเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2558 รับกลับจากโรงพยาบาลขอนแก่น นอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำหน่ายกลับบ้าน 9 เมษายน 2558 ผู้ป่วยยังมีอาการปากเบี้ยวและอ่อนแรงดีขึ้นใกล้เคียงปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้ ปี 2561- 2562 มีประวัติขาดนัด ปี 2563 คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ปี 2564 มาด้วยอาการ ไม่พูด แขนข้างขวาอ่อนแรง ส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยการไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ต่อมาฟื้นฟูสภาพกลับมาเกือบปกติสามารถทำ

กิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้ ปี 2565 มาด้วยอาการซึม ไม่พูด อ่อนแรงซีกขวา ส่งตัวไปโรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัย basal ganglion hemorrhage รักษาโดยการไม่ผ่าตัด ทำกายภาพบำบัด ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ แต่ครั้งนี้อาการอ่อนแรงไม่ดีขึ้น แขนขาซีกขวาอ่อนแรงระดับ 2 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย และได้เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือดสมองแตก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและพันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มารับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น อย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลง ไปของอวัยวะ เช่น ใบหน้า แขน ขา ทั้งสองด้านของ

ร่างกาย ร่วมกับมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก พูดไม่ชัด จับใจความไม่ได้หรือเดินเซ

จะเห็นได้ว่า เป้าหมายของการรักษาส่วนใหญ่เป็นเป้าหมายที่มุ่งเน้นระยะเวลาที่เกิดขึ้นตามกระบวนการ ภายในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาภาวะสมองขาดเลือดในปัจจุบัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงการได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ตั้งแต่ปรากฏอาการ จะมีโอกาสได้รับการรักษาด้วย rtPA และมีโอกาสหายหรือดีขึ้นได้มาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาของการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงการขอความช่วยเหลือ โดยการ

เรียกรถเพื่อมารับการรักษาที่ โรงพยาบาล ระยะที่ 2 คือ ระยะเวลาตั้งแต่รถออกจากสถานที่ที่เกิดอาการ สิ้นสุดที่ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลที่สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้และระยะที่ 3 คือ ระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองที่แผนก ฉุกเฉินจนถึงการได้รับการรักษา 1 ในแต่ละระยะมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับ การรักษาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหรือหลังจาก ระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ จากการศึกษาที่ผ่าน มาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการมารับการรักษาช้ากว่าระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ซึ่งหมายถึง ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของการมารับการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- 1.กันยา อ้อยสี. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 2.Clinical practice guideline : การจัดทำและนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด
- 3.เตือนใจ รัฐวงศ์. (2545). ผลการใช้แผนคัดกรองภาวะกลืนลำบากกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 4.นิพนธ์ พวงวรจันทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- 5.พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ (พิมพ์ครั้งที่ 3).
เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 6.สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- 7.Adums, H. P., Adums, R. J., Brott, T., del Zopp, G. J., Furlan, A., Goldstein, L. B., et al. (2003).
Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A scientific statement form the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke, 34, 1056-1083.
- 8.Adums, H., Adums, R., Zoppo, G. D., & Goldstein, L. B. (2005). Guideline for the early management of pateints with ischemic stroke. Retreived November 2, 2006, from <http://www.heart and stroke.org>
- 9.Adums, H., P., Brott, T. G., Crowell, R. M. Furlan, A. J., Gomez, C. R., Grotta, J., et al. (1994).
- 10.Guidelines for the management of patients with ischemic stroke: A statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, American Heart and Association. Stroke, 25, 1901-1914.
- 11.American Stroke Association. Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic

- Stroke. [serial online] 2013 Jan. [cited 2013 Jan 2016] ; 44(3) : 870-947
- 12.Alberts, M. J., & Easton, J. D. (2004). Stroke best practices: A team approach to evidence-based care. Supplement to the Journal of the National Medical Association, 96(4).
- 13.Ayello, E., & Braden, B. (2001). Why is pressure ulcer risk assessment so important? Advance In Skin & Wound Care, 31(11), 74-80.
- 14.Connolly, M. J. (2004). Age relate change in the respiratory system. In R. C. Tallis & H. M. Fillit (Eds.), Brocklehurst's text book of geriatric medicine and gerontology (6th ed., pp. 289-292). London: Churehill Living Stone.
- 15.Erbay, R. H., Yalcin, A. N., Zencir, M., Serin, S., & Ataley, H. (2004). Cost and risk factors for ventilator-associated pneumonia in a Turkish university hospital's intensive care unit: A case-control study. BMC Pulmonary Medicine, 4(1), 3.
- 16.European Stroke Initiative. (2003). Reccomendations for stroke management. European Journal of Neurology, 7, 607-623.
- 17.Fulgham, R. J., Ingall, J. T., Stead, G. L., Cloft, J. H., Wijdicks, F. M. E., & Flemming, D. K. (2004). Management of acute ischemic stroke. Mayo Clinic Journal, 79(1), 1459-1469.
- 18.Hacke, W., Kaste, M., Olsen, T. S., Orgogozo, J. M., & Bogousslavsky, J. (2003). European stroke initiative recommendation for stroke management. European Journal of Neurology, 7, 607-623.
- 19.Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2001). Management of acute stroke [Electronic version]. Retrieved December 12, 2006, from tp://www.heartandstroke.ca/profed.html
- 20.Hickey, J. V., & Hock, N. H. (2003). The clinical practice of neurological and neurological nursing (5th ed., pp. 559-587). Philadelphia: Lippincott.
- 21.Jamer, F. M. (2000). Management of acute ischemic stroke. Postgraduate Medicine, 107(6), 85-93.
- 22.Josephson, L. (2004). Management of increased intracranial pressure: A primer for the non-neuro critical care nurse. Dimensions of Critical Care Nursing, 23(5).
- 23.Kernich, C. A. (2001). Management of clients with stroke. In J. M. Black, J. H. Hawks, & A. Kneene (Eds.), Medical surgical nursing (6th ed., pp. 1953-1981). Philadephia: W.B. Saunders.
- 25.Moore, K. N., Day, R. A., & Albers, M. (2002). Pathogenesis of urinary tract infections: A review. Journal of clinical Nursing, 11, 568-574.
- 26.National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. Neurology England Journal Medicine, 333, 1581-1587.
- 27.Parsons, M. W., Barber, A., Desmond, P. M., Baird, T. A., Darby, D. G., Bymes, G., et al. (2002). Acute hyperglycemia adversely affects stroke outcome: A magnetic resonance imaging and spectroscopy study. Annals of Neurology, 52, 20-28.
- 28.Registered Nurses Association of Ontario. (2002). Toolkit implementation of clinical practice guideline. Toronto, Canada. Retrieved December 14, 2006, from www.http://www.rnao.org
- 29.Ring, N., Malcolm, C., Coll, A., Murphy-Black, T. & Walterson, A. (2005). Nursing best practice Statement: An exploration of their implement in clinical practice. Journal of clinical Nursing, 14, 1048-1049.



- 30.Rowat, A. M., Dennis, M. S., & Wardlow, J. M. (2006). Hypoxemia in acute stroke is frequent and worsens outcome. *Cerebrovascular Diseases Basel*, 21(3), 166.
- 31.Soukup, SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America* 2000 : 35(2), 301-309
- 32.Stott, D. J., Falconer, A., Miller, H., Tilston, J. C., & Langhorne, P. (2009). Urinary tract infection after stroke. *An International Journal of Medicine*, 102(4), 243-253.
- 33.Yilmaz, G. R., Cevik, M. A., Erdinc, F. S., Ucler, S., Tulek, N. (2001). The risk factors for infections acquired by cerebral hemorrhage and cerebral infarct patients in a neurology intensive care unit in Turkey. *Japanese Journal Infectious diseases*, 60(2-3), 87-91

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

The Development of a Care Model for the Dependent Elderly of the Long Term Care Fund in local Government Organization at Nong Song Hong District ,Khon Kaen Province.

(Received: February 8,2023 ; Revised: February 20,2023 ; Accepted: February 21,2023)

บุญเลิศ นิลละออง¹
Boonlert Ninlaong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแนวคิดกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research ; & Development) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พื้นที่ทำการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิจัยในพื้นที่กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 แห่ง โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 130 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทุกภาคส่วน จำนวน 117 คน ในการวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1.การเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกภาคส่วน, 2. การดำเนินงานดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีการประสานความร่วมมือของครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และทุกภาคส่วน และ 3. การให้คำปรึกษาและควบคุมกำกับ ติดตาม สรุปและประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสี่ด้าน ($p = 0.001$)

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ,การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน,คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

This research used a Research & Development methodology to develop and evaluate the effectiveness of the dependent elderly care model of the long-term elderly care fund in local government organizations. Nong Song Hong District Khon Kaen research area In this research, the research was conducted in the area of long-term care fund for the local government. Nong Song Hong District 13 locations in Khon Kaen Province. Data were collected from 130 dependent elderly people and 117

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนศิลา

involves persons .The research was carried out from June 2021 to May 2022. In analyzing the effectiveness of the developed model It was assessed by comparing the ability to perform daily activities and quality of life among dependent elderly subjects before and after using the model for 6 months using a paired t-test at a confidence level of 95% CI.

The results showed that developed model consists of 3 main processes: 1. Preparation to promote and prevent elderly health care in all sectors, 2. Community-based health care operations There is coordination of family, neighbors, communities and all sectors and 3. Consultation and supervision, monitoring, summarizing and evaluating to improve and develop. results are reported periodic follow-up at the sub-district, district level continuously Effectiveness and Integrated Care Model For the elderly who are dependent on the Long-Term Elderly Care Fund of the Local Administrative Organization Nong Song Hong District Khon Kaen province The effectiveness of the developed model It was assessed by comparing the ability to perform daily activities and the quality of life of a dependent elderly sample. Before and after using the model for 6 months using paired t-test statistics, it was found that the average overall ability to perform daily activities and the quality of life of the dependent elderly. After the experiment was higher than before the experiment was statistically significant at the level of 0.05 ($p = 0.001$). mental quality of life social relations and the environment The post-test mean was significantly higher than the pre-test at the .05 level for all four aspects ($p = 0.001$).

Keywords: Care Model for the Dependent Elderly of the Long Term Care fund , daily activity performance, quality of life

บทนำ

จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศไทย จำนวน 292,217 คน ประมาณร้อยละ 16 ของประชากร ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Completed aged Society) จากการศึกษาในเขตชนบทจังหวัดขอนแก่น พบผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและต้องการการดูแลระยะยาว ประมาณร้อยละ 12 และพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ประมาณร้อยละ 10 ซึ่งสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอหนองสองห้อง จากการคัดกรองเบื้องต้น ตามกลุ่มศักยภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่า ทั้งหมด 11,640 คน คิดเป็นร้อยละ 23.66 ของประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 392 คน เป็นร้อยละ 3.37 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด โดยผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่า ร้อยละ 94.48 (11,259 คน) เป็น

กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.72 (10,890 คน) กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.78 (313 คน) กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.50 (56 คน) และจากรายงานการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการพดตทกล้มในผู้สูงอายุ ปี 2564 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด จำนวน 11,020 คน มีความผิดปกติเสี่ยงต่อการพดตทกล้ม จำนวน 892 คน คิดเป็นร้อยละ 8.09 และมีโรคประจำตัวและมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอหนองสองห้อง ได้มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงเป็นภารกิจที่ทำต่อเนื่อง และองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบทั้ง 13 แห่ง ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานที่พบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานมาก ขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาความไม่ชัดเจนในการเบิกจ่ายเงิน ผู้เกี่ยวข้อง ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น สมาชิก

อบต. และข้าราชการ ผู้นำท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนาทั้งพระสงฆ์ ยังขาดความเข้าใจ และเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารใน อบต. การเบิกจ่ายเงินของโครงการยังไม่ชัดเจน ผู้บริหาร ไม่ค่อยมั่นใจ ทำให้คณะกรรมการตั้งแต่ ปลัดฯ ผอ.คลัง พัฒนาชุมชน ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ก็จะเกิดความวิตก ขั้นตอนการดำเนินงานมีความยุ่งยากวิธีการเบิกจ่ายงบประมาณให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ยังไม่ชัดเจน จากข้อมูลและสภาพปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่รับผิดชอบ CUP หนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ได้ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต จึงสนใจจะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอหนองสองห้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เน้นการดูแลแบบบูรณาการและประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 130 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 26 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 13 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 26 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนคือ นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 13 คน และคณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลละ 2 คน จำนวน 26 คน เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564 – พฤษภาคม 2565 กรอบแนวคิดในการวิจัย (ด้านกระบวนการวิจัย)

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ปรับปรุงใหม่ (Expanded chronic care model) ของ Edward Wagner ซึ่งปรับปรุงโดย บาร์ และคณะ (Bar et al.)³⁶ ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบสุขภาพ (2) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (4) การออกแบบระบบบริการ (5) ระบบข้อมูลทางคลินิก (6) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน ร่วมกับ แนวทางตามคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care: LCT) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) เพื่อพัฒนาและสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิต ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของกองทุน และปรับปรุงรูปแบบ ระยะที่ 4 ทดลองใช้รูปแบบฯ และเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลเชิงบูรณาการเพื่อนำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแนวคิดกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research; & Development) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสร้างและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Cohen, J., 1988) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) สำหรับการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มเท่ากับ 0.5 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (0) เท่ากับ 0.05 และค่าความเชื่อมั่น (1-3) เท่ากับ 0.80 ตามสูตร

$$n = \left[\frac{(t_{\alpha, n-1} + t_{\beta, n-1}) \hat{\sigma}_d}{\mu_d} \right]^2$$

โดยใช้โปรแกรม ใช้ G*Power ในการหาขนาดตัวอย่าง จากนั้นคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ได้จำนวน 4 ตำบลๆ ละ 10 คน รวม 40 คน

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 26 คน

3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน 13 คน

4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเลือกโดยวิธี Snowball sampling ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่นๆ จำนวน 26 คน

5) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เลือกโดยวิธี Snowball sampling ได้แก่ นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 13 คน และคณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลละ 2 คน จำนวน 26 คน

วิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจำนวน 130 คน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสัมภาษณ์เจาะลึกคัดเลือกโดยเลือกโดยวิธี Snowball sampling จากบุคคลที่ถูกกล่าวถึง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการกองทุนฯ

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎี^{4,36,38-39} เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบและนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 – ตุลาคม 2564 โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (one-group pre-test-post-test design) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจงคือ เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึก และหลักการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-

BREF-THAI)⁴⁰ จำนวน 26 ข้อ มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ ความหมายเชิงลบ 3 ข้อ โดยในข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน และใช้เกณฑ์การแปลผลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย(1) น้อย(2) ปานกลาง(3) มาก(4) มากที่สุด(5)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ (The Barthel of activities of daily living: ADL) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข⁴⁰ จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) คะแนน ADL = 5-11 คะแนน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) คะแนน ADL = 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 4 แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสังเกต หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของ สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2540) ได้รับการประเมินคุณภาพของเครื่องมือจากการศึกษาของ สมรัตน์ ขำมา ที่มีการทดสอบกับผู้สูงอายุ ในตำบลคลองรี อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอ้างอิงจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ของ สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2540) ที่ปรับปรุงจาก



แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 26 ข้อ

การให้คะแนนคุณภาพชีวิต

ข้อคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) มีคะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนนและคะแนนมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ

มาก หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนข้อความทางบวก คะแนนข้อความทางลบ		
ไม่เลย	1	5
เล็กน้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

การแปลความหมายคะแนนพึงพอใจรายข้อ แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนร้อยละ 00.00– 33.3 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนนร้อยละ 33.4 – 66.6 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนนร้อยละ 66.7 – 100 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คะแนนที่ได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิต จะแบ่งเป็น 2 ชุด คือ

- คะแนนชุดที่ 1 คือ คะแนนคุณภาพชีวิตเป็นคะแนนองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จากข้อ 1 ถึง ข้อ 24

รวมคะแนน 24 –120 คะแนน

- คะแนนชุดที่ 2 คือ คะแนนคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม เป็นคะแนนองค์ประกอบ

คุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวม จากข้อ 25 และข้อ 26 รวมคะแนน 2 – 10 คะแนน

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ (The Barthel of activities of daily living: ADL) หรือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

1) เชิงปริมาณ

-ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัดส่วน ค่าต่ำสุด - สูงสุด

-ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยเปรียบเทียบความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%CI

2) เชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสังเกต หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. การขอจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC 64063/2564

2. ชี้แจงให้ผู้ยินยอมตนทราบถึงวิธีการประโยชน์ และสิ่งที่อาจเกิดขึ้นขณะทำวิจัย

3. ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบเชิงลบแต่อย่างใด

5. ข้อมูลชื่อนามสกุลและข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะไม่ถูกเผยแพร่ การนำเสนอผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.5) มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.7) รองลงมาอยู่ระหว่าง 71 - 80 ปี (ร้อยละ 33.1) ส่วนใหญ่มี

สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 49.2) รองลงมาคือสถานภาพสมรสหย่า/หม้าย (ร้อยละ 45.4) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 76.9) รองลงมาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 14.6) ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 43.1) รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 36.2) รายได้ 600 - 30,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,846.15 บาท (S.D. = 4,398.2) และส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท (ร้อยละ 46.2) รายได้ไม่พอจ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน มากที่สุด (ร้อยละ 46.2) รองลงมารายได้ไม่พอจ่ายและมีหนี้สิน (ร้อยละ 28.5) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.5)และผู้สูงอายุมีผู้ดูแล (ร้อยละ 96.2)

ภาวะสุขภาพ ด้านร่างกายส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและบางรายมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 41.5 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 11.5 ($\bar{X}$ = 11.9, S.D.= 5.5) ระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 77.8 (S.D.= 12.6) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมา คือ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 19.2, 15.4, 10.8 และ 1.5 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 24.6 ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ในระดับไม่ดี คือ การเจ็บปวดทางกายทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ ร้อยละ 3.1 รองลงมาคือ ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ร้อยละ 2.3 และความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 2.3 ด้านจิตใจ พบว่าความรู้สึกไม่ดี เหนง เศร้าหดหู่สิ้นหวังวิตกกังวล ร้อยละ 10.0 รองลงมาคือ ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ร้อยละ 8.5 และ การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ร้อยละ 6.2 ด้านสัมพันธ์ทางสังคม มีความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ร้อยละ 5.4 รองลงมา คือ

ความพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นมี ร้อยละ 4.6 ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ความพอใจกับสภาพบ้านเรือน ร้อยละ 6.9 รองลงมาคือ การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ร้อยละ 2.3 และสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพมีความพอใจกับสภาพบ้านเรือน ร้อยละ 2.3

ผลลัพธ์การดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ตำบล บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกตำบลคือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 70 คะแนนสูงสุดอยู่ในระดับดีเยี่ยม คือ ร้อยละ 100 จำนวน 2 ตำบล รองลงมาคือ ร้อยละ 99 จำนวน 2 ตำบล ตามลำดับ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริงและช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์สภาพจริงจากบริบทในพื้นที่ เน้นการดำเนินงาน เชิงระบบการดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ สนับสนุนการใช้ระบบฐานข้อมูลสุขภาพทางคลินิกเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการประสานงานการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่

- (1) การเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกภาคส่วน
- (2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีการประสานความร่วมมือของครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และทุกภาคส่วน
- (3) การให้คำปรึกษาและควบคุมกำกับ ติดตาม สรุปและประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา มีการ

รายงานผล ติดตามผลเป็นช่วง ทั้งระดับตำบล อำเภอ อย่างต่อเนื่อง

ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯในด้านความเหมาะสมและสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.6$, S.D. = 0.1) มีข้อเสนอให้เพิ่มเติม คือ พัฒนาระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การสนับสนุนงบประมาณตามเวลาที่กำหนด พัฒนาศักยภาพคณะดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตำบล จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่ม CG อสม. และเครือข่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยใช้กลไก พขอ.ระดับตำบล (พขต.)

ประสิทธิผลและรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นเวลา 6 เดือน ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสี่ด้าน ($p = 0.001$)

อภิปรายผล

1.ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและบางรายมีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 41.5 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 11.5 ($\bar{x} = 11.9$, S.D. = 5.5) สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล (2563) ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่

มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผลลัพธ์การพัฒนาบริการดูแลระยะยาว พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.70 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษานันทมน หรืออินทร์ (2564)³ ซึ่งศึกษาเรื่องผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้นร้อยละ 16.21

2.ระดับคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 77.8 (S.D.= 12.6) สอดคล้องกับผลการศึกษานางพัชรภรณ์ พัฒนะ (2560)⁵ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 68.5 และร้อยละ 28.5 ตามลำดับ และผลการศึกษานางสุวิทย์ งอกศรี (2560)⁹ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเตา อำเภอยะผา จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเตา อำเภอยะผา จังหวัดมหาสารคาม มีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านสามารถสรุปอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย พบว่า มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีข้อจำกัด ในการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เสื่อมถอย ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ หกล้มได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อนุชา ลาวงค์, ชุติภา บุตรดีวงศ์, เสฐียรพงษ์ ศิวินา, จุไรรัตน์ แก้วพิลา และบุญชนะ ยี่สารพัฒน์ (2564)¹⁰ ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า โดยรวม

คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายมาก และมีความต้องการด้านสุขภาพโดยรวมด้านร่างกายมากที่สุด

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความรู้สึกที่ชีวิตผ่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน รองลงมาคือ การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับน้อย คือ ความรู้สึกไม่ดีขึ้นรู้สึกเหงาเศร้าหดหู่สิ้นหวังวิตกกังวลบ่อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัญญกัญญ์ อ่องเอื้อ (2564)² ศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนจังหวัดชลบุรี พบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี อยู่ใน ระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีมาก ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก และลำดับสุดท้าย คือ ด้านร่างกาย

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ จากการศึกษานางพัชราภรณ์ พัฒนะ (2560)⁵ ศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีมาก ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก และลำดับสุดท้าย คือ ด้านร่างกาย

ฟังความคิดเห็นของคนอื่น สนใจสิ่งใหม่ๆ คบเพื่อนต่างวัยเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ออกสังคมบ้างเป็นครั้งคราว หรือเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญรัช สาริกัลป์ยะ (2564) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

2.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ รองลงมาคือ ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับน้อย คือ ความพอใจกับการเดินทาง จากผลการวิจัยพบว่า ควรมีนโยบายปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยจัดสถานที่สำคัญ แหล่งท่องเที่ยวภายในชุมชน หรือสถานที่ราชการ ให้มีเครื่องมืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้อย่างปลอดภัยมากยิ่งขึ้น รวมถึงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสโดยอาศัยแรงงานภายในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือในการดำเนินโครงการของภาครัฐ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้สังคมเกิดความเอื้อเฟื้อและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในชุมชนมากยิ่งขึ้น

3. ประสิทธิภาพและรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยโดยรวมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ($p = 0.001$) การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในทางที่ดี การสนับสนุนงบประมาณตามเวลาที่กำหนด การปฏิบัติร่วมกันทุกภาคส่วน โดยกลไกขับเคลื่อน พขอ.ระดับอำเภอ ในทำนองเดียวกันกับอนุชา ลาวงค์, ชุตติภา บุตรดีวงศ์, เสฐียรพงษ์ ศิวินา, จุไรรัตน์ แก้วพิลา และบุญชนะ ยี่สารพัฒน์ (2564)¹⁰ ศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สอดคล้องกับความต้องการการบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย ดังนั้นเพื่อการธำรงรักษาให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จึงควรมีนโยบายและส่งเสริมศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะ และพิจารณาค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ให้เหมาะสมมาก

4. สำหรับผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกตำบล และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริงและช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ที่สมบูรณ์ โดยปรับเพิ่มรายละเอียดกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงานในส่วนของการประสานความร่วมมือในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งรายละเอียดการจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณีในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้ชัดเจนสอดคล้องกับงานวิจัยของสุกัญญา ปวงนิม, นงนภพร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้ (2562)⁸ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ
จังหวัดเพชรบุรี

สรุป

ผลการวิจัยทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เน้นการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน บูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นระบบต่อเนื่อง ด้านงบประมาณ การจ่ายตามจริงช่วยให้การทำงานครอบคลุม ทัวถึง เสมอภาค ด้านผู้บริหารสร้างความเข้าใจให้กับผู้บริหารเกี่ยวกับระเบียบระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่กับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้านผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแล พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงที่ดีขึ้น และเกิดตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนในระดับดีเยี่ยมครอบคลุมทุกตำบลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ผู้บริหารทุกระดับควรตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และสนับสนุนการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งด้านคน เงิน และวัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ
2. การศึกษาวิจัยในอนาคตควรศึกษาระยะยาวโดยติดตามต่อเนื่อง นิเทศ ติดตาม ประเมินผลผลลัพธ์การดำเนินงาน และครอบคลุมรายละเอียดตามองค์ประกอบของรูปแบบเพิ่มขึ้น
3. พัฒนาหลักสูตรสำหรับ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน คณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2564]. ทหารบก; 15(3): 124 - 127.
2. ญัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ. (2564). ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา, หน้า ง.
3. นัทธมน หรืออินทร์. (2564). ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 3(1): 55 - 69.

4. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. Graduate Research Conference.
5. พัชรารณ พัฒนา. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี. (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์), หน้า 1 – 2.
6. พัชรารณ พัฒนา. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. พุทธชินราชเวชสาร; 36(1): 21-33.
7. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองสองห้อง. (2564). เอกสารรับนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564. ขอนแก่น: เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองสองห้อง.
8. สุกัญญา ปวงนิม, นงนภัทร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5; 38 (3) : 178 – 195.
9. สุวิทย์ งอกศรี. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา), หน้า ง.
10. อนุชา ลาวงค์, ชุตติภา บุตรดีวงศ์, เสฐียรพงษ์ ศิวินา, จุไรรัตน์ แก้วพิลา และบุญชนะ ยี่สารพัฒน์. (2564). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด. Journal of Modern Learning Development; 6(2): 268 – 277.

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว

Depression among late adolescent in Sakaeo Province.

(Received: January 24,2023 ; Revised: January 30,2023 ; Accepted: February 2,2023)

เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ¹

Seksan Kongachewakit

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว โดยใช้การวิเคราะห์ Multiple regression แบบ Stepwise ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว มี 6 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อายุ ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ และ เพศหญิง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 75.80 ($R^2=0.758$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่นตอนปลาย

Abstract

A Cross-sectional analytical research aimed to investigate factor influencing depression among late adolescent in Sakaeo Province. The 370 samples were collected by using a questionnaire between January, 2023 and February, 2023. The data were analyzed by frequency, percentage, means, standard deviation, median, percentile 25 and 75 for descriptive statistics and factors predicting were analyzed with multiple regression analysis by Stepwise method. The study showed, factor influencing depression among late adolescent in Sakaeo Province were stressful life events in the past 1 year, family with psychiatric patients, age, social support, health behaviors and female gender and 6 predictors can explain the variance of factor influencing depression among late adolescent in Sakaeo Province at 75.80 percent ($R^2=0.758$) statistically significant at 0.05 level. Therefore, prevention of depression among late adolescent should pay attention to these factors.

Keywords: Depression, Late adolescent

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญ

ของการเกิดการสูญเสียสุขภาพในช่วงวัยรุ่น⁽¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.20⁽²⁾ (Kessler et al., 2012)

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ประเทศนอร์เวย์ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.60⁽³⁾ ส่วนวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.03-52.90⁽⁴⁾ นอกจากนี้จากการสำรวจวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคซึมเศร้าพบประมาณร้อยละ 2⁽⁵⁾ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ามักรุนแรงขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ หากในช่วงวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ามักมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ได้ถึงร้อยละ 75⁽⁶⁾ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลางจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและลดปัญหาที่อาจเกิด จากภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยอื่นได้

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ด้านพัฒนาการอย่างมากจนส่งผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา เมื่ออธิบายเชื่อมโยงภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart Stress Adaptation Model [SSAM] สามารถอธิบายถึงภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม ที่ประกอบกันเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกจากกันได้ เมื่อมีตัวกระตุ้นต่อความเครียดทั้งการเปลี่ยนแปลงตามของพัฒนาการหรือจากสิ่งแวดล้อมเข้ามากระทบวัยรุ่นจะประเมินความเครียดว่าทำลาย รุนแรงหรือคุกคาม และประเมินว่ามีผลต่อ ความผาสุกของตนหรือไม่ และตอบสนองต่อความเครียดออกมาทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม นอกจากนี้วัยรุ่นจะพยายามใช้กลไกต่าง ๆ ในการปรับตัว เพื่อเผชิญปัญหาซึ่งอาจใช้วิธีการที่แสดงออกมาได้ทั้งทางสร้างสรรค์ เช่น การหาที่ปรึกษา พยายามใช้ศักยภาพของตนเองในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือเชิงทำลาย เช่น โทษผู้อื่น โทษตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม การใช้สารเสพติด เป็นต้น สำหรับวัยรุ่นที่ปรับตัวได้จะส่งผลให้ความเครียดลดลง ไม่มีความวิตกกังวล และมีสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าวัยรุ่นปรับตัว ไม่เหมาะสม จะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น วิตกกังวล สับสน เกิดความรู้สึก มีพฤติกรรมแยกตัวมองตนเองด้านลบ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า⁽⁷⁾ ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นการแสดงออกถึงความแปรปรวนทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมักมีความรู้สึกเศร้า อ้างว้าง หงุดหงิดง่าย ร้องไห้บ่อย ไม่มีสมาธิ มีความคิดลบ

ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต มองโลกในแง่ร้ายอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง การพูดหรือเคลื่อนไหวช้า นอนไม่หลับ⁽⁸⁾ ไม่สนใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน ไม่ไปโรงเรียนหรือไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมของโรงเรียน แยกตัวออกจากเพื่อนหรือสังคม ไม่สนใจและไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมของครอบครัว มีพฤติกรรมในการทำร้ายตนเอง หรือบางครั้งเก็บตัวอยู่คนเดียวในห้องตลอดเวลา และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย⁽⁹⁾ ในยุคที่ความทันสมัยการของเทคโนโลยีที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีสารสนเทศมีผลอย่างมากต่อวิถีชีวิตของวัยรุ่น การเสพติด โทรศัพท์เคลื่อนที่ การเสพติดเกมอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นผลของการใช้เทคโนโลยีที่มาก เกินไปจนส่งผลทางลบที่คุกคามชีวิต จึงจัดเป็นปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ที่วัยรุ่นต้องใช้ พลังงานและการปรับตัวอย่างมาก ในขณะเดียวกันวัยรุ่นจะพยายามใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มี ในตนเองเพื่อเผชิญปัญหา เช่น ศักยภาพส่วนตัว ความสามารถพิเศษ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรค เป็นต้น

จังหวัดสระแก้ว จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า(HDC) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในจังหวัดสระแก้วมีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 29.62 29.76 และ 29.97 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นความชุกที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น กรมสุขภาพจิตดำเนินการสำรวจในปี 2563 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 41 และอาจส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย การดำเนินชีวิต การเรียน ครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติได้ อำเภอเมืองสระแก้วเป็นอำเภอขนาดใหญ่ในปี 2565 มีโรงเรียนมัธยมศึกษา ในพื้นที่ทั้งหมด 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนสระแก้ว โรงเรียนท่าเกษมพิทยา โรงเรียนบ้านแก่งวิทยา และ โรงเรียนสิริราชอนุสรณ์ นักเรียนทั้งสิ้น 4,325 คน ผู้วิจัยปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจึงสนใจที่จะภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย โดยประยุกต์ รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น⁽¹¹⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยคัดสรรในการศึกษานี้ ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัวความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การถูกรังแก ทางโลกออนไลน์และการเผชิญปัญหาการ

รังกาทางโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหา โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ที่สามารถนำไปพัฒนานโยบาย กิจกรรมหรือโปรแกรม เพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้ จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว เพื่อให้รู้ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว และนำปัจจัยดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้วให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ประชากรและตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง Kelly & Maxwell⁽¹²⁾ นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{XXj}^2} \right) \left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดยที่:

N_M = จำนวนของตัวอย่าง

N = 50% ของโอกาสที่จะได้ 95%CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.01

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 2 predictors)

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ย ก ก ำ ลั ง ส อ ง ข อ ง สัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการคาดและประมาณการจากการศึกษาของอัญมณี มณีนิล⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายด้านความผูกพันในครอบครัว ($R^2=0.223$)

R^2_{x-xj} = ย ก ก ำ ลั ง ส อ ง ข อ ง สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอัญมณี มณีนิล⁽¹³⁾ ($R^2=0.195$)

$\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}$ = ควอไทล์ ของการกระจายแบบ ไค-สแควร์ (0.8)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุนะจะเชิงเทราจำนวน 185 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 370 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นนี้ คือ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัวจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม จำนวน 10 ข้อโดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5-1 คะแนนเต็ม 50 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางจิตวิทยา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้สุขภาพของตนเอง และการยอมรับต่อการสูญเสียด้านร่างกายคนใกล้ชิดและสิ่งอันเป็นที่รัก เป็นลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5-1 คะแนนเต็ม 50 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบประเมินค่าแบบ Likert scale จำนวน 10 ข้อ มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5-1 คะแนนเต็ม 50 คะแนน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินค่าแบบ Likert scale จำนวน 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับนานๆครั้ง และไม่ได้รับเลย ให้คะแนนเป็น 1-3 คะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 6 ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ให้คะแนนเป็น 1,0 คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นวัยรุ่น อายุ 11-20 ปี (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) จำนวน 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีแทบทุกวัน คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ไม่มีเลย 0 คะแนน มีบางวัน 1 คะแนน มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน และมีแทบทุกวัน 3 คะแนน มีการแปลผล คะแนนรวม 0-4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวม 5-9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย แนะนำควรหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ หรือปรึกษาคู่คนใกล้ชิดที่ไว้ใจ คะแนนรวม 10-14 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 15-19 มีภาวะซึมเศร้ามาก 20-27 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง แนะนำควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและ บำบัดรักษา

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ คือ 1) หาค่า ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดย

นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป ได้ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และ 2) หาค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่โรงเรียนท่าเกษมพิทยาคม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยทางสังคม เท่ากับ 0.78 ปัจจัยทางจิตวิทยา เท่ากับ 0.76 ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.80 การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86 และ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เท่ากับ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทำการทดสอบหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นเชิงพหุ Multiple Linear Regression แบบ Stepwise

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.3 มีอายุเฉลี่ย 16.96 ปี (S.D. = 0.80 ปี) มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 2,000 บาท (P25 = 1,425 บาท : P75 = 2,500 บาท) อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 78.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.4 และในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว

ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 62.80 ($R^2=0.628$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ อายุ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 66.60 ($R^2=0.666$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 73.10 ($R^2=0.731$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 74.20 ($R^2=0.742$) เมื่อเพิ่มตัวแปร

พยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 75.50 ($R^2=0.755$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ เพศหญิง พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 75.80 ($R^2=0.758$) โดยสรุปผลว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว มีทั้งหมด 6 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อายุ ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพและเพศหญิง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 75.80 ($R^2=0.758$, $R^2_{adj}=0.753$, $SE_{est}=2.211$, $F=161.626$, $p<0.001$) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว (n=370)

ตัวแปรพยากรณ์	สัมประสิทธิ์ถดถอย		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
	B	β				
ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0.158	0.019	0.628	0.627	2.717	0.628
อายุ	1.743	0.296	0.666	0.665	2.576	0.039
ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช	-6.183	0.669	0.731	0.729	2.316	0.065
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	-0.077	0.025	0.742	0.739	2.273	0.011
ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ	-0.058	0.025	0.755	0.751	2.220	0.004
เพศหญิง	0.802	0.403	0.758	0.753	2.211	0.003
Constant = -18.008, $R^2=0.758$, $R^2_{adj}=0.753$, $SE_{est}=2.211$, $F=161.626$, $p<0.001$						

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว มีทั้งหมด 6 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อายุ ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ และ เพศหญิง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เหตุการณ์ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว อาจเนื่องจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีองค์ประกอบที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดของวัยรุ่น คือ การปรับตัว สัมพันธภาพกับเพื่อน สภาพแวดล้อม ปัญหาสุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ การงาน ปัญหาการเรียน การคบเพื่อน และสังคมของการเรียน

วัยรุ่นที่มีความเครียดสูงจะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของเกสร สายธนู และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 74.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต ได้แก่ สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย ($r=0.359$, $p<0.001$) โรคประจำตัว ($r=0.09$, $p=0.05$) และการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม บังคับ เคร่งครัดกฎระเบียบ ($r=0.233$, $p<0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง ($r=-0.124$, $p=0.01$) พฤติกรรมการปรับตัว การจัดการปัญหา ($r=-0.127$, $p=0.01$) สัมพันธภาพกับผู้อื่น ($r=0.173$, $p=0.001$) และการอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุมีผล ให้อิสระในการตัดสินใจ ($r=-0.221$, $p<0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย ($Beta=0.341$, $p<0.001$) และการอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุมีผล ให้อิสระในการตัดสินใจ ($Beta=-0.189$, $p<0.001$) โดยสามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิต ได้ร้อยละ 16.4 โชติกา หาญมนตรี⁽¹⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.3 อายุ ความเครียด ความวิตกกังวลและสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 79 ($R^2=0.789$, $F=82.384$, $p=0.000$) โดยพบว่า ความวิตกกังวล ($\beta=0.597$, $p=0.000$) และความเครียด ($\beta=0.271$, $p=0.005$)

2. อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติศักดิ์ ดวงเอียด⁽¹⁶⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า จากจำนวนมารดาวัยรุ่นทั้ง 67 คน มีภาวะซึมเศร้า 25 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับภาวะ depression พบว่าภาวะ depression ในมารดาวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา สำหรับอายุของมารดาวัยรุ่นพบว่าอายุมีความสัมพันธ์แบบเชิงเส้นในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.483$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และแพทย์พักรุณ อุทิศ และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่

เสพยาบ้า ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพไม่ดี เริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุน้อย มีประวัติดื่มสุรา เสพยาบ้าอย่างรุนแรง ยังคงเสพยาบ้ามีปริมาณและความถี่การเสพที่สูง และมีปัญหาสุขภาพจากยาบ้า ($OR = 2.02, 1.65, 1.63, 2.56, 1.77, 2.52$ และ 2.19 ตามลำดับ; $p<0.05$) ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และพลังด้านการเสพยาบ้า ($r = -0.36, -0.23, 0.22, -0.22, -0.17$, และ -0.21 ; $p<0.05$ ตามลำดับ) สุพิชญณีนต์ พงษ์พิเดช และคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาปัจจัยและประสิทธิภาพของการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ วิธีการคลอด การฝังฮอร์โมนคุมกำเนิด ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในรูปร่าง ความเชื่อมั่นในตนเอง และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา การจ้างงาน และจำนวนบุตร ทั้งนี้การรักษาด้วยยาหรือการเสริมวิตามินดี และการรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การทำจิตบำบัดจากการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการรักษาบรรเทาอาการภาวะซึมเศร้า และ โชติกา หาญมนตรี⁽¹⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.3 อายุ ความเครียด ความวิตกกังวลและสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 79 ($R^2=0.789$, $F = 82.384$, $p=0.000$) โดยพบว่า ความวิตกกังวล ($\beta=0.597$, $p=0.000$) และความเครียด ($\beta=0.271$, $p=0.005$)

3. ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับการศึกษาของเอกลักษณ์ สรวมติ⁽¹⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย ราชภัฏมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายจ่าย ($OR = 2.05$, $95\% CI=1.22-3.44$) สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า ($OR=6.47$, $95\% CI=1.77-23.68$) บิดามีการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีขึ้นไป ($p < 0.001$) มารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($p = 0.002$) บิดามีอาชีพรับราชการ ($p = 0.035$) ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูงคิดเป็น ร้อยละ 57 และเมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.406$; $p < 0.001$)

4. การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านวัตถุ วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการใส่ใจดูแลทั้ง 4 ด้านที่เพียงพออาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้สอดคล้องกับงานวิจัยของสรวาสี สุนทรวิจิตร และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนชีวิต ความผูกพัน ครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาได้ร้อยละ 21.00 ($R^2 = .210$, $F = 29.340$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาเรียงจากมากไปน้อยคือ ต้นทุนชีวิต ($\beta = -.292$, $p < .01$) ความผูกพันในครอบครัว ($\beta = -.157$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.112$; $p < .05$) และจินตนาเกิดบางแคม⁽²⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ได้แก่ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดจากการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษากลับพบว่า ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคและการเจ็บป่วย ลักษณะงาน การทำงานเป็นกะ สมดุลชีวิตกับการทำงาน และจังหวัดที่ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในระบบในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกแต่อย่างใด

5. พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำงานอดิเรก อาจเนื่องมาจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่อยู่ในชีวิตปกติของผู้สูงอายุ และเป็นกิจกรรม

ที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นความต่อเนื่องเคยชินมาตั้งแต่ยังไม่เป็นผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพยังเป็นเรื่องบ่งชี้สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล สมรรถเสวี และ โสภณ แสงอ่อน⁽²¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ($r_s = -0.144$, $p < 0.001$) บรรยากาศในครอบครัว ($r_s = -0.157$, $p < 0.001$) และความแข็งแกร่งในชีวิต ($r_s = -0.478$, $p < 0.001$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ภาวะสุขภาพ ($r_s = 0.177$, $p < 0.001$) และความวิตกกังวล ($r_s = 0.769$, $p < 0.001$) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.005$, $p < 0.05$) Chun-Te Lee et al.⁽²²⁾ ศึกษากิจกรรมยามว่าง ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและความเครียด ที่เป็นปัจจัยในการลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 21.1 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่การทำกิจกรรมยามว่างลดลง การมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวที่มากขึ้น การมีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่การเคลื่อนไหว เช่น การหยิบจับสิ่งของ การปีนป่าย การเดินการออกกำลังกาย ธนา คลองงาม⁽²³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอดิลาด จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอดิลาด จังหวัดศรีสะเกษ คือ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียด ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านอายุ และ ปัจจัยทางสังคม โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอดิลาด จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 75.00 ($R^2 = 0.750$, $SE_{est} = 7.629$, $F = 183.276$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สุรเดช ชวะเดช⁽²⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอยะหริ่ง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอยะหริ่ง จังหวัดศรีสะเกษ คือ พฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยทางจิตวิทยา โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอยะหริ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 18.60 ($R^2_{adj} = 0.186$, $SE_{est} = 3.592$, $F =$

28.981, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. เพศหญิง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์⁽²⁵⁾ ศึกษาการทดสอบรูปแบบภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรมลิสเรล พบว่า โมเดลสมการโครงสร้างมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=534.38$, $df=272$, $p=0.00$, $\chi^2/df=1.96$, $GFI=0.95$, $AGFI=0.93$, $CFI=1.00$, $RMSEA=0.035$, $SRMR=0.042$, $NFI=0.98$ และ $PNFI=0.71$) และอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยได้ร้อยละ 76 ผลการทดสอบรูปแบบภาวะซึมเศร้าพบว่า เหตุการณ์ในชีวิตทางลบ และปัจจัยด้านความคิด ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติทางลบ การแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ และความครุ่นคิดมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลของบิดาและมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเพศชายกับวัยรุ่นเพศหญิงพบความแตกต่างเพียงเล็กน้อยระหว่างเส้นทางอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า และนวลจิรา จันระลักษณะ และคณะ⁽²⁶⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า เพศ ผลการเรียน การเห็นคุณค่าในตนเอง ความผูกพันในครอบครัว และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียน

มัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความผูกพันในครอบครัว และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน โดยการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว สองลำดับแรก หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการดูแลวัยรุ่นทั้งด้านจิตใจและสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเครียด การส่งเสริมการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชหรือที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการของชุมชนตามความเหมาะสม ให้ความสำคัญในการสร้างคุณค่าในตัววัยรุ่น และวัยรุ่นเองอาจจะต้องหมั่นสำรวจตัวเอง เข้าร่วมกิจกรรม และมองคุณค่าในตนเองให้ถึงถึงความสำคัญ และการมีคุณค่าของตนต่อสังคมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว และควรเพิ่มทักษะการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ความเครียดแก่วัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว เพื่อให้มีความพร้อมในการรับมือกับความเครียดอันจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น และศึกษาหา นวัตกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Coker, T. R., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A., & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: The perspectives of adolescents and parents. *Journal Adolesc Health*, 47, 133-142.
2. Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., & Gruber, M. J. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 372-380.
3. Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child Adolescents Psychiatry Mental Health*, 5, 28.

4. สรวาลี สุนทรวิจิตร ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ภาคินี เดชชัยยศ. (2561). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 (2018): พฤษภาคม – สิงหาคม 2561.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: บางกอกบลู๊ก.
6. Jacobs, R. H, Reinecke, M. A., Gollan, J. K., & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28, 759-782.
7. American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. VA: American Psychiatric Association.
8. Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania.
9. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (2011). *Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults*. Melbourne: Beyond blue.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2565). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564.
11. Rudolph, K. D. (2012). The interpersonal context of adolescent depression. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 376-418). New York: Routledge.
12. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. *Psychol. Methods*, 2003; 8(3):305-21.
13. อัญมณี มณีนิล. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
14. เกสร สายธนู และคณะ. (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
15. โชติกา หาญมนตรี และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.
16. กิตติศักดิ์ ด่วงเอียด. (2560). ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่โรงพยาบาลควนขนุน. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 ก.ค.- ก.ย. 2560.
17. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ สุจินดา สุขตระกูล กงจักร สอนลา และ มะลิ แสงผล. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 27 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2561
18. สุพิชญานี พงษ์พิเดช และคณะ. (2564). ปัจจัยและประสิทธิภาพของการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นตอนต้น. วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง ปีที่ 65 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564.
19. เอกลักษณ์ สรวมศิริ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564.
20. จันทนา เกิดบางแถม. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก. โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากกองทุนวิจัยและพัฒนาวิทยาลัยบูรพา ประจำปี พ.ศ. 2562.
21. นฤมล สมรรคเสวี และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2558.
22. Chun-Te Lee. et Al., Social support and mobility limitation as modifiable predictors of improvement in depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2012; 55(3): 530-8.



23. ธนา คลองงาม. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
24. สุรเดช ชวะเดช. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
25. ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2554). การทดสอบรูปแบบภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
26. นวลจิรา จันระลักษณะ ทศนา ทวีคุณ และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2558.

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น
Capacity Development of Village Health Volunteers to Promote and Support for Diabetes
and Hypertension Care in Waeng Yai District, Khon Kaen Province

(Received: March 1,2023 ; Revised: March 11,2023 ; Accepted: March 13,2023)

อมรรัตน์ จันทรเล็ก¹, อรุณี ชันขวา²

Amornrat Chanlek¹ , Arunee Khunkhwa²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิคAIC ร่วมวางแผนในการดำเนินงานโดยมีภาคีเครือข่ายประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำชุมชนเข้าร่วมในกระบวนการ จำนวน 66 คน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาตลอดจนความต้องการด้านการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การกำหนดเป้าหมายและสังเคราะห์วิธีปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างการเรียนรู้ (Appreciation หรือ A) 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) และ3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) สรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ทำให้เกิดโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 3 โครงการ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และมีการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 (p-value < 0.001) สรุปการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสม คือ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการโดยมีกลไก การปลูกฝังให้ภาคีเครือข่ายทางสุขภาพในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เกิดความสำเร็จและส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงภาวะที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ, กระบวนการ AIC, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเก่า

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเวียงใหญ่

Abstract

The research was conducted, using a participatory process to study the development model to develop the capacity of village health volunteers through the participatory planning process (AIC) to promote support for diabetes and hypertension care in Waeng Yai District, Khonkaen Province. The Appreciation-Influence-Control (AIC) model was applied in a group of 66 persons consisting of community leaders, government personnel, village health volunteers, and diabetes and hypertension patients. Data were collected by interview and group discussion. The quantitative data were analyzed by paired t-test. The content analysis was used for the qualitative data. The results showed that the development processes of promoting support for diabetes and hypertension care by community participation included 3 steps: 1. Appreciation (A) 2. Influence (I) and 3) Control (C). The process resulted in a corresponding understanding of the situation and problems of diabetes and hypertension care in the area, and jointly defined programs/projects to develop diabetes and hypertension care in the area. It also provides the chance for the community to take an active part in caring for diabetes and hypertension patients. Also result that diabetes and hypertension patients receiving care and support from the village health volunteers, which has an average score of participation increased significantly ($p\text{-value}<0.001$), the score of diabetes and hypertension for village health volunteers increased significantly ($p\text{-value}<0.001$), the score of promote support diabetes and hypertension care increased significantly ($p\text{-value}<0.001$) and the score of patients and caregivers satisfaction for the promote support diabetes and hypertension care increased significantly ($p\text{-value}<0.001$). In conclusion, the use of a participatory planning process is an appropriate approach, which is to allow network partners in the area at all levels to take a role and take responsibility. and cooperate with a mechanism Cultivating health network partners in the area to raise awareness and participate in activities to develop care for patients with diabetes and hypertension through community participation. Achieve success and result in better conditions for patients with diabetes and hypertension.

Keywords: Capacity Development, Participation Planning Process (AIC), Village Health Volunteers

บทนำ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมระบบสุขภาพภาคประชาชน ตามวิสัยทัศน์ตามยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี พ.ศ.2562 - 2566 มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนทุกคนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้และชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน เกิดการพัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายการบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ¹ และจากสถานการณ์ผู้ป่วยเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อ ค.ศ. 2001 เสนอให้มีรูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เพื่อเตรียมการสำหรับดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในทศวรรษที่ 21 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเน้นความเป็นองค์รวมและความเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชนตามแนวคิดของแวกเนอร์² ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารจัดการระดับชุมชน (community : resources and policies), 2) การบริหารจัดการระดับหน่วยบริการ (health system : organization of health care), 3) การจัดการสุขภาพตนเอง (self-management support), 4) การออกแบบระบบหน่วยบริการ (delivery system design), 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) และ 6) การ



จัดระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก (clinical information system)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนของภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน เกิดขึ้นจากแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ได้รับการพัฒนาให้มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง³ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มโรคหลักประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง) โรคเมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังในชุมชน โดยมีเป้าหมายในการลดกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มอัตราผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้⁴

สถานการณ์ด้านสาธารณสุขอำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีปัญหาในโรคที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2,424 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี จำนวน 1,965 คน คิดเป็นร้อยละ 81.06 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,544 คน เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จำนวน 1,319 คน คิดเป็นร้อยละ 37.22 จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมาพบว่า ในส่วนของการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของ อสม.อำเภอแวงใหญ่ บางตัวชี้วัดดำเนินงานได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) แวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น มีนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนให้ทุกคนมีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง และประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพชุมชน ซึ่งในการพัฒนาการดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมที่เป็นเครื่องมือในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นนั้น เทคนิค AIC เป็น

เครื่องมือหนึ่งโดยมีกระบวนการที่ใช้การประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีขั้นตอนที่สำคัญได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) คือขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ดังนั้น กระบวนการAIC จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาว่าควรมีการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อ ส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC) อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ในรูปแบบของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้บริบทของชุมชนได้อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) แบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 6 แห่งๆละ 1 คน จำนวน 6 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละตำบลๆละ 1 คน จำนวน 6 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจาก 52 หมู่บ้านๆละ 2 คน รวม 104 คน 4) ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน หมู่บ้านๆละ 2 คน รวม 104 คน 5) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน หมู่บ้านๆละ 2 คน รวม 104 คน 6) ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน หมู่บ้านๆละ 2 คน รวม 104 คน 7) ผู้นำชุมชนแต่ละตำบลๆละ 1 คน จำนวน 6 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่

1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และการทดสอบความเที่ยงดำเนินการโดยนำเครื่องมือวิจัยปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา คือ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Method) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ดังนี้

1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง KR-20 = 0.86

2) แบบสอบถามการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 0.98

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน = 0.80

4) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง = 0.97

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของและทัศนคติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

4. การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้รับอนุมัติให้

ดำเนินการวิจัย เลขที่รับรอง COA 039/2565 REC 065/2565

ผลการศึกษา

1.บริบทพื้นที่และบริบทชุมชน

อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น แต่เดิมอยู่ภายใต้เขตการปกครองของอำเภอกม. จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคม ประชาชนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งอำเภอกม.มีพื้นที่ภายในเขตการปกครองกว้างขวางมากไม่สะดวกในการปกครองและการบริหาร จึงมีการแบ่งพื้นที่ทางของทิศเหนือของอำเภอกม.ตั้งเป็นกิ่งอำเภอแวงใหญ่ เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2520 และที่ว่าการกิ่งอำเภอ แวงใหญ่เปิดให้บริการแก่ประชาชนเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2520 อำเภอแวงใหญ่ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของจังหวัด มีพื้นที่ทั้งหมด 189.069 ตร.กม. ห่างจากอำเภอเมืองขอนแก่นประมาณ 75 กม. ปัจจุบันมีทั้งหมด 18,831 คน แบ่งเป็นเพศชาย 9,060 คน หญิง 9,771 คน มีแหล่งข้อมูลและทรัพยากรทางสุขภาพที่สำคัญได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 5 ตำบล 52 หมู่บ้าน ได้แก่ 1. ตำบลคอนนิม ประกอบด้วย 9 หมู่บ้าน 2. ตำบลใหม่มาเพียงประกอบด้วย 14 หมู่บ้าน 3. ตำบลโนนทอง ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน 4. ตำบลแวงใหญ่ ประกอบด้วย 7 หมู่บ้าน 5. ตำบลโนนสะอาด ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน

ข้อมูลด้านสุขภาพ จากการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของประชาชนอำเภอแวงใหญ่ ในปีงบประมาณ 2565 เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁵ มีรายละเอียดดังนี้ 1)โรคเบาหวาน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2,424 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี

จำนวน 1,965 คน คิดเป็นร้อยละ 81.06 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน เท่ากับ 538.97 ต่อแสนประชากร อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มอายุ <15 ปี เท่ากับร้อยละ 0.15, กลุ่มอายุ 15-39 ปี เท่ากับร้อยละ 1.60, กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับร้อยละ 10.26, กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับร้อยละ 18.40, และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 31.11อัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับ 1.92, กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับ 2.08, และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 2.08 2)โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,544 คน เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จำนวน 1,319 คน คิดเป็นร้อยละ 37.22 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1,142.76 ต่อแสนประชากร อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอายุ <15 ปี เท่ากับร้อยละ 0.17, กลุ่มอายุ 15-39 ปี เท่ากับร้อยละ 2.32, กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับร้อยละ 12.40, กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับร้อยละ 28.01, และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 46.76 อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอายุ 15-39 ปี เท่ากับ 1.03, กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับ 2.02, กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับ 1.00, และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 1.00

2. ข้อมูลด้านคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และคุณลักษณะทั่วไปประชากรผู้มีส่วนร่วม

1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.3 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 70.5 อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 78 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 68.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.2 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.4 รายได้เฉลี่ยของ

ครอบครัวต่อเดือน 500–2,000 บาท ร้อยละ 20.97
มีผู้ดูแล ร้อยละ 100 โดยผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 63

2. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปประชากรผู้มีส่วน
ร่วมกระบวนการ AIC พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง
ร้อยละ 72.3 อายุ 41–50 ปี ร้อยละ 32.2 อายุต่ำสุด
16 ปี สูงสุด 71 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.2
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.5
อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 63.1) รายได้เฉลี่ยของ
ครอบครัวต่อเดือน 5,001–10,000 บาท (ร้อยละ 33.8)
การทำงานในชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม. (ร้อยละ 30.8)
มีโรคประจำตัวหรือต้องพบแพทย์ประจำ (ร้อยละ
12.3) การอบรมเคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 100)

3. กระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการวางแผน
แบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้าน
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอ
แวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

การจัดการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายในการหารูปแบบการพัฒนากระบวนการพัฒนา
ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้
กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
กับการพัฒนา จำนวน 66 คน ประกอบด้วย 1)เจ้าหน้าที่
ด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์
สุขภาพชุมชน จำนวน 6 แห่งละ 1 คน จำนวน 6 คน 2)
ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละ
ตำบลละ 1 คน จำนวน 6 คน 3)อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านจาก ตำบลละ 2 คน รวม 12 คน 4)ผู้ป่วย
เบาหวานในชุมชน ตำบลละ 2 คน รวม 12 คน 5)ผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงในชุมชน ตำบลละ 2 คน รวม 12 คน 6)
ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตำบลละ 2 คน รวม 12 คน 7)ผู้นำ
ชุมชนแต่ละตำบลละ 1 คน จำนวน 6 คน ซึ่งสามารถสรุป

ประเด็นปัญหาที่สำคัญมา 3 ประเด็นได้แก่ 1)ปัญหาขาด
แนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน 2)ปัญหา
อสม.ขาดความรู้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3)ปัญหาอสม.ขาดทักษะในการสื่อสารและการให้
คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพ โดยสรุปแนวทางกิจกรรมในการ
แก้ปัญหาได้ทั้งหมด 3 โครงการได้แก่ 1)โครงการพัฒนา
แนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอสม. อำเภอแวง
ใหญ่ 2)โครงการการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงของอสม. อำเภอแวงใหญ่ 3)โครงการ
พัฒนาทักษะในการสื่อสารและการให้คำปรึกษาในเรื่อง
สุขภาพของอสม. อำเภอแวงใหญ่

4. ผลการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาศักยภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้
กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อส่งเสริม
และสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดัน
โลหิตสูง อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

1) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริม
และสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความ
ดันโลหิตสูง อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า
หลังการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม
โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

3) การส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

4) ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของชุมชน ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงาน จากการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วน การได้รับการสนับสนุนและนิเทศติดตาม เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. การดำเนินการงานการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น อาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาค

2. มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและความเสียสละเวลาส่วนตนเพื่อส่วนรวม

3. การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนการพัฒนา พบว่า ไม่ได้มีแนวทางหรือมาตรฐานที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง การคัดกรองผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด เช่นกันกับการติดตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงมาตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ส่วนหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนเองได้เนื่องจาก องค์กรความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟู ขาดการอบรมฟื้นฟูทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการโน้มน้าวชักชวน ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การได้รับงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนไม่เพียงพอ การประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานน้อยทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และจากการประเมินผลกิจกรรมหลังจากจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) โดยให้สมาชิกทุกคนได้มีการพัฒนาการพูด การฟัง

การแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ปัญหา และการค้นหาปัญหา ทำให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาได้สมาชิกเกิดการวางแผนแก้ปัญหาตามความต้องการของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พานิช แกมนิล⁶ พบว่า การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ช่วยทำให้ความเข้าใจความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น สอดคล้องกับกานต์วิ กอบสุข⁷ พบว่า ต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นจะต้องมีการติดตามโดยทีมสุขภาพ ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่พัฒนาจากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยทีมสุขภาพควรเป็นผู้กำหนด

ที่สำคัญคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัย ต้องสมัครใจ และได้รับการสนับสนุนจากญาติเป็นอย่างดี⁸

2. ผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การพัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้น อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านที่ดีขึ้น ความพึงพอใจของผู้ป่วย

เบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกด้านที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่ อสม.มีศักยภาพในการดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้อสม.มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับ แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม⁹ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลไกสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริม และ สนับสนุนด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ประกอบด้วย (1) ด้านการพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (2) ด้านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (3) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และ (4) ด้านการออกแบบสร้างคุณค่า ขับเคลื่อนและขยายผลแก่นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁰ การพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครในงานด้านการแพทย์และสุขภาพยังเป็นส่วนสำคัญเพื่อการสร้างระบบสุขภาพไทยแล้ว ยังมีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทยอีกด้วย¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะได้จากการวิจัย

1) กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เป็นวิธีการที่ดีสามารถช่วยให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ และทุกคนมีส่วนร่วมหาวิธีแก้ปัญหาาร่วมกัน รวมทั้ง

วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ส่งผลต่อการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงนับว่าเป็นวิธีการที่ดีและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มองค์กรหรือชมรมอื่น ๆ ได้ต่อไป

2) การจัดกิจกรรมระดมความคิดโดยการประยุกต์ใช้เทคนิค AIC เป็นกระบวนการที่สามารถเข้าถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนได้เป็นอย่างดี ชุมชนหรือหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ในกิจกรรมที่ต้องการแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ในการพัฒนาชุมชนและพัฒนางานได้

3) การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการศึกษาค้นคว้านี้เกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชน หน่วยงานและองค์กรในชุมชน ผลจากการศึกษาในแต่ละขั้นตอนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงาน พัฒนาชุมชน การประสานความร่วมมือในชุมชน และการประสานความร่วมมือจากภายนอกชุมชน เพื่อให้ชุมชนขับเคลื่อนในงานพัฒนาชุมชนได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1) ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต่อไปด้วย

2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการระดมความคิดเห็น ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนทุก คนได้

เข้าร่วมในกิจกรรมโดยไม่ระบุว่ามีตำแหน่งหรือสถานะใด ๆ ทางสังคม เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเอง การเป็นที่ยอมรับของคนอื่น และการเปิดใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น

3) การศึกษาโดยใช้กระบวนการ A-I-C ควรศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มองค์กร ต่าง ๆ ในชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มชมรมทางสังคม และเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน ทั้งนี้ เพื่อรับรู้ถึงปัญหา แผนงานโครงการที่ได้จากการ คัดวิเคราะห์ของกลุ่ม และเกิดความร่วมมือ ร่วมแก้ไขปัญหามา สามารถสนับสนุนด้านงบประมาณ ทรัพยากรที่จำเป็น ซึ่งทำให้การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดพลังและมีความยั่งยืนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแวงใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชนทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการกลุ่มวัยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองบริหารการสาธารณสุข, 2563.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4. PMID: 10345255.

3. เพ็ญศรี โตเทศ. การศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ภาคเหนือ ปี 2561. วารสารวิชาการสังคมมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, (2561); 8(2): 34-44.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการกลุ่มวัยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองบริหารการสาธารณสุข; 2563.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. กลุ่มรายงานมาตรฐาน, การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2565.
6. พานิข แกมนิล. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2022;7(2).
7. กานต์วี กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรณลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
8. คมสรค์ ชื่นรัมย์, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ,กรรณิกา เรืองเดช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของ โรงพยาบาลสุรินทร์ ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2016;3(3):179-193.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563-2565) ของกระทรวงสาธารณสุข (อินเทอร์เน็ต). 2562 [สืบค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงจาก:
<https://ops.moph.go.th/public/download/document/KeSl7ZHBXHviLFKMShLofZw73lx9Bqdi.pdf>
10. ดุษณี บุญพิทักษ์สกุล, ศิริภัทรา จุฑาภณี, อรพิตา เกตุพันธ์. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2021;29(4):99-110.
11. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1(3-4): 268-279

ผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายหน่วย
บริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

The results of the development of diabetes care networks in sub-district health
promoting hospitals and primary care unit networks, Renu Nakhon District,
Nakhon Phanom Province

(Received: March 11,2023 ; Revised: March 22,2023 ; Accepted: March 25,2023)

บุรณประภา มาพบ¹, อุษณีย์ งามฤทธิ์², อรวรรณ อุติลา²
Buranaprapha mapob¹, Usanee Ramrit², Orawan Utila²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 20 คน/แห่ง จำนวน 200 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเรณูนคร 2) แบบประเมินพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, แบบประเมินพฤติกรรมโดยใช้ค่าเฉลี่ย ผลลัพธ์ทางคลินิกน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c), ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG), ไขมันเลว (LDL) และอัตราการทำงานของไต (eGFR) เปรียบเทียบโดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ Independent t- test

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหารคะแนนเฉลี่ย (M=2.31-3.04) การออกกำลังกายคะแนนเฉลี่ย (M=2.34-2.64) และการใช้ยาคะแนนเฉลี่ย (M=1.24-2.18) การศึกษาผลลัพธ์การรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิมากกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c < 7%) ร้อยละ 42, ไขมันเลว (LDL < 100 มก./ดล) ร้อยละ 51 และผลการเปรียบเทียบน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG) และไขมันเลว (LDL) ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

The purpose of this research and development was to study the results of the development of a diabetic care network in sub-district health promoting hospitals and a network of primary care units in Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province. The samples were 20 diabetic patients/sites, 200 people were randomly drawn by simple random sampling and met the specified criteria. The research tools consisted of: 1) Guidelines for caring for diabetic patients in sub-district health promoting hospitals. Renu Nakhon Hospital 2) Behavior form Assessment food consumption, exercise and medication. data analysis The general data were

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

² พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

analyzed by using the number, percentage, the behavioral assessment using the mean. Clinical results of accumulation of blood sugar (HbA1c), triglycerides (TG), bad cholesterol (LDL) and renal function rate (eGFR) were compared by the number, percentage, mean, independent t-test.

The Development of Diabetes Care Networks in Tambon Health Promoting Hospitals and Primary Care Unit Networks in Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province According to the concept of chronic care model (Chronic Care Model) Behavior of diabetic patients Meal rating average (M=2.31-3.04) exercise average score (M=2.34-2.64) and the mean score of drug use (M=1.24-2.18) The study of treatment outcomes according to standard criteria, the goal of treatment for diabetic patients in sub-district health promotion hospitals in primary care networks was higher than that of sub-district health promotion hospitals, namely, accumulation of blood sugar (HbA1C < 7%) 42%, bad cholesterol (LDL). < 100 mg/dL 51% And the comparison results of accumulation of blood sugar (HbA1C) were significantly different at the .05 level, while triglyceride (TG) and LDL cholesterol levels were not statistically different.

Keywords: diabetic patients, sub-district health promotion hospitals, primary care network

บทนำ

แนวคิดการทำงานในการดูแลกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (NCDs) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจุดเด่นของศักยภาพที่แตกต่างกันเพื่อการทำงานที่ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ประชาชนมีความไว้วางใจ เชื่อใจ กล้าเข้าหาและรับรู้ได้ถึง การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน มีแผนปฏิบัติการที่ดีที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามแผนงาน/นโยบายของหน่วยงานและกระทรวงฯ งบประมาณควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียงและมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ มาร่วมดำเนินการ สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการหรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ระบบการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) การจัดโครงสร้างการทำงานบริการของ รพ.สต. (Health Care Organization) 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-Management Support) 5) การ

จัดระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) 6) การเชื่อมโยงเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิด (Chronic Care Model) มี 6 องค์ประกอบมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและจัดรูปแบบบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic) ในปีพ.ศ. 2560-2565 จำนวน 2,531, 2,683, 2,776, 2,785, 2,898 และ 3,019 คน ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้าจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ที่ผ่านมาระยะเวลาโรงพยาบาลเรณูนครมีการเปิดให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน วันละ 80-100 คน/วัน ต่อมาในปีพ.ศ. 2557 เริ่มมีการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน ต่อมาในปีพ.ศ. 2563 ได้เริ่มต้นดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit; NPCU) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง (นาร่อง) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(NCDs Clinic) ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา -19 โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพเทียบเท่ากับการมารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเรณูนคร โดยมีทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะออกตรวจให้บริการตรวจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (NPCU) 1 ครั้ง/เดือน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (PCU) จำนวน 5 แห่ง และเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน 5 แห่ง ในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ที่มารับบริการตามนัด จำนวน 475 คน ในช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 20 คน/แห่ง รวมจำนวน 200 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU)
- 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

กลุ่มเป้าหมายขาดนัดตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป หรือเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกิน 3 วัน หรือกลุ่มเป้าหมายที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic) โรงพยาบาลเรณูนคร

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ 1) แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ซึ่งพัฒนาโดยนักวิชาการประเทศแคนาดา โดย Barr et al. มาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพการจัดการดูแลสุขภาพ (Health System Organization of Health Care) 2) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง (Self-management Support) 3) การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) 5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems) และ 6) นโยบายสาธารณะและแหล่งสนับสนุน (Healthy Public Policy and Supportive resource) โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการพัฒนา 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ โดยผู้วิจัยหลักประชุมชี้แจงร่วมกับผู้วิจัยคนที่ 1 และ 2 เพื่อทบทวนกระบวนการวิจัยในแต่ละขั้นตอน ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ดังนี้

1.1) ระบบสุขภาพการจัดการดูแลสุขภาพ: วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) เพื่อค้นหาปัญหาและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1, 2 เก็บข้อมูลโดยตรงจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้วิจัยหลักชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัยให้รับทราบถึงขั้นตอนการวิจัย และการมอบแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามในวันที่ให้บริการตามนัดในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) 10 แห่งๆ ละ 20 คน รวมทั้งหมด 200 คน

1.2) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง: การวางแผนเพื่อพัฒนาทักษะ ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการจัดกิจกรรมเพื่อค้นหารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น การจัดการรายกรณี บุคคลต้นแบบ การสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง เป็นต้น

1.3) การออกแบบระบบบริการ: การวางแผนกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากระบบบริการปกติตรงที่ผู้ป่วยแต่ละรายต้องมีการกำหนดผลลัพธ์ระยะยาวที่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1C < 7\%$) การกำหนดบทบาททีมผู้ดูแลในสถานบริการแต่ละระดับ

1.4) การสนับสนุนการตัดสินใจ: การพัฒนาแนวทางเอกสารที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้บุคลากรใช้ เน้นการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย ญาติ ใช้ร่วมกันทั้งระบบในสถานบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU)

1.5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก: รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบ Hos-Xp และระบบรายงานตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (HDC: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม) และอุบัติการณ์รายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในสถานการณ์ และสรุปประเด็นปัญหา โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระยะเวลา 2 เดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

1.6) นโยบายสาธารณะและแหล่งสนับสนุน: การพัฒนาสุขภาพของประชาชนผ่านนโยบายและกฎหมายระดับองค์กรและระดับท้องถิ่นให้มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยดีต่อสุขภาพ มีการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อผลักดันให้เกิดแนวปฏิบัติในชุมชนที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักเรื่องโรคเรื้อรังเพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพในพื้นที่ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

2) ระยะดำเนินการพัฒนา กิจกรรม

ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ประชุมทีมสหวิชาชีพ นำเสนอข้อมูลประเด็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

เบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สะท้อน
คิดวางแผนการพัฒนา บทบาทหน้าที่ การติดตามการ
ดำเนินงาน การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาล
วิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) โดยทีมสหวิชาชีพ
จากโรงพยาบาลเรณูนครและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: ให้บริการโดย
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การ
ซักประวัติ คัดกรอง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจาก
ปลายนิ้ว การจ่ายยา ให้แนะนำการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดและนัดติดตามทุก 2 เดือน ทีมสห
วิชาชีพจากคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs Clinic) โรงพยาบาล
เรณูนคร ออกให้บริการเพื่อติดตามผลตรวจสุขภาพ
ประจำปี 1 ครั้ง/ปี (เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ของ
ทุกปี)

- แนวการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU):
ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs
Clinic) โรงพยาบาลเรณูนคร ออกให้บริการเพื่อติดตาม
ทุก 1 เดือน โดยบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ได้แก่ การซักประวัติ คัดกรอง ตรวจ
ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ทีมสหวิชาชีพ
ประกอบด้วยแพทย์ทำหน้าที่ตรวจรักษา เภสัชกรจ่าย
ยาและให้คำแนะนำในการใช้ยา และพยาบาลผู้จัดการ
รายกรณี (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จัดการราย
กรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนและนัด
ติดตามทุก 1 เดือน

3) ระยะเวลาผลลัพธ์ของการพัฒนา

เป็นการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ผลการวิจัย

1. การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

และเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) หลังจากนั้นดำเนินการตามแผนที่ผู้ร่วมวิจัยได้วางแผนไว้ หลังจากนั้นสังเกตว่าผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้หรือไม่ ประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะและสะท้อนการปฏิบัติ โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยถึงปัญหาและอุปสรรค และปรับปรุงวางแผนการปฏิบัติใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยขั้นตอนการปฏิบัติงานนำไปสู่ขั้นประเมินผล ในเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ

2) ประเมินพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c), ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides), ไขมันเลว (LDL) และอัตราการทำงานของไต (eGFR) เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t- test

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ RCE 056/65 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

และเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดำเนินงานตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ทั้งหมด

6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพการจัดการดูแลสุขภาพ: วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อค้นหาปัญหา 2) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง: พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี บุคคลต้นแบบ การสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง เป็นต้น 3) การออกแบบระบบบริการ: การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากระบบบริการปกติ การกำหนดบทบาททีมผู้ดูแลในสถานบริการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ: พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นปัจจุบัน 5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก: ใช้ข้อมูลสารสนเทศจากรายงานตัวชี้วัด Service plan NCD และ 6) นโยบายสาธารณะและแหล่งสนับสนุน: มีการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อผลักดันให้เกิดแนวปฏิบัติในชุมชนที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

2. ผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 200 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 100 คน เพศหญิง ร้อยละ 59 เพศชาย ร้อยละ 41 อายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,500-3,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 33 จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานอย่างเดียวมากที่สุด ร้อยละ 50 ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 37 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เพศหญิง ร้อยละ 75 เพศชาย ร้อยละ 25 อายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 35 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,500-3,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 50 จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 74 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานอย่างเดียวมากที่สุด ร้อยละ 52

ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 58

2.2 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

การรับประทานอาหาร คะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทข้าวเหนียว ($M=2.61, SD=0.75$) อาหารที่มีไขมันสูง ($M=3.40, SD=0.75$) อาหารประเภทผักต่างๆ 3 มื้อต่อวัน ($M=2.65, SD=0.70$) ผลไม้ที่มีรสหวาน ($M=3.04, SD=1.10$) อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ($M=2.77, SD=1.22$) และการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ($M=2.88, SD=0.70$) ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตารางที่ 2

การออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผลการศึกษาพบว่า ท่านออกกำลังกายต่อเนื่อง ($M=2.56, SD=0.59$) ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($M=2.59, SD=0.65$) ท่านออกกำลังกายในเวลาเดียวกัน ($M=2.73, SD=1.00$) ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตารางที่ 2

การใช้ยา คะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผลการศึกษาพบว่า ท่านรับประทานยาเบาหวานตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ($M=2.08, SD=0.48$) ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงเวลา ($M=2.18, SD=0.38$) ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา
จำแนกตามหน่วยบริการ

พฤติกรรมสุขภาพ	รพ.สต (N=100)			รพ.สต.เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) (N=100)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
			พฤติกรรม			พฤติกรรม
การรับประทานอาหาร						
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทข้าวเหนียว	2.45	0.68	นานๆครั้ง	2.61	0.75	นานๆครั้ง
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู อาหารประเภททอด	2.93	1.02	นานๆครั้ง	3.40	0.75	บางครั้ง
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทขนมหวาน	2.93	1.00	นานๆครั้ง	2.80	0.94	นานๆครั้ง
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักต่างๆ 3 มื้อต่อวัน	2.53	0.61	นานๆครั้ง	2.65	0.70	นานๆครั้ง
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ไอศกรีม ขนมทองหยิบ ทองหยอด	3.03	1.15	บางครั้ง	2.62	1.32	นานๆครั้ง

ตารางที่ 1 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา
จำแนกตามหน่วยบริการ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	รพ.สต (N=100)			รพ.สต.เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) (N=100)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
			พฤติกรรม			พฤติกรรม
6. ท่านรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะม่วง	3.00	1.25	บางครั้ง	3.04	1.10	บางครั้ง
7. ท่านรับประทานอาหารว่างขนม จูบจิบ ระหว่างมื้อ	2.61	1.21	นานๆครั้ง	2.44	1.30	นานๆครั้ง
8. ท่านดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้	2.76	1.16	นานๆครั้ง	2.66	1.24	นานๆครั้ง
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน	2.50	1.19	นานๆครั้ง	2.77	1.22	นานๆครั้ง
10. ท่านรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา	2.31	1.09	นานๆครั้ง	2.88	0.70	นานๆครั้ง
การออกกำลังกาย						
1. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน เป็นต้น	2.45	0.80	นานๆครั้ง	2.56	0.59	นานๆครั้ง
2. ท่านออกกำลังกายทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ภูบ้านจนเหงื่อออก อย่างน้อย 20 นาที	2.50	0.70	นานๆครั้ง	2.59	0.65	นานๆครั้ง
3. ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	2.64	0.79	นานๆครั้ง	2.51	0.81	นานๆครั้ง
4. ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมื้อหนักทันที	2.56	1.11	นานๆครั้ง	2.34	1.27	นานๆครั้ง
5. ท่านออกกำลังกายในเวลาเดียวกัน	2.65	0.82	นานๆครั้ง	2.73	1.00	นานๆครั้ง

การใช้ยา

1. ท่านอ่านฉลากยาเบาหวานก่อน รับประทานทุกครั้ง	2.12	0.45	นานๆครั้ง	2.08	0.48	นานๆครั้ง
2. ท่านรับประทานยาเบาหวานตามจำนวน ที่แพทย์สั่ง	2.01	0.26	นานๆครั้ง	2.08	0.27	นานๆครั้ง
3. ท่านรับประทานยาเบาหวานตรงเวลา	2.12	0.35	นานๆครั้ง	2.18	0.38	นานๆครั้ง
4. ท่านปรับขนาดยาเบาหวานโดยลดยา หรือเพิ่มยาหรือหยุดยาด้วยตนเอง	1.37	0.69	ไม่เคย ปฏิบัติ	1.24	0.60	ไม่เคย ปฏิบัติ
5. ถ้าท่านลืมรับประทานยาเบาหวานท่าน จะรับประทานทันทีที่นึกได้	2.10	1.06	นานๆครั้ง	2.05	1.07	นานๆครั้ง

2.3 ผลลัพธ์ทางคลินิก

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์การ
รักษาตามเกณฑ์มาตรฐานเป้าหมายการรักษา
ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) พบว่า
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C < 7%) ร้อยละ 42,
ไขมันเลว (LDL < 100 มก./ดล) ร้อยละ 51

มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
ไตเรื้อรังระยะ 3a, 3b และ 4 ร้อยละ 12, 11 และ
4 ตามลำดับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) มากกว่า
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์การรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานเป้าหมายการรักษาผู้ป่วย
เบาหวาน จำแนกตามหน่วยบริการ

ผลลัพธ์ทางคลินิก	รพ.สต. (N=100)		รพ.สต. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) (N=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)				
HbA1C ≤ 7%	29	29	42	42
HbA1C > 7%	71	71	58	58
ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG)				
TG < 150 มก./ดล.	44	44	43	43
TG > 150 มก./ดล.	56	56	57	57
ไขมันเลว (LDL)				
LDL < 100 มก./ดล.	40	40	51	51
LDL > 100 มก./ดล.	60	60	49	49
อัตราการกรองของไต (eGFR)				
CKD Stage 1 (eGFR > 90)	47	47	42	42
CKD Stage 2 (eGFR 60 - 89)	32	32	33	33
CKD Stage 3a (eGFR 45 - 59)	17	17	12	12
CKD Stage 3b (eGFR 30 - 44)	3	3	11	11
CKD Stage 4 (eGFR 15 - 29)	1	1	4	4
CKD Stage 5 (eGFR < 15)	0	0	0	0

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) แตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) และไขมันเลว (LDL) ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	F	Sig	t	df	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	18.092	.000*	-3.255	198	.001*	-1.4887	-.3653
			-3.255	176.022	.001*	-1.4891	-.3649
ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides)	.013	.908	-.501	198	.617	-29.8431	17.7431
			-.501	196.746	.617	-29.8440	17.7440
ไขมันเลว (LDL)	.731	.394	-.325	198	.746	-8.4146	6.0346
			-.325	197.569	.746	-8.4147	6.0347

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการด้านปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดำเนินงานตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพการจัดการดูแลสุขภาพ: วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อค้นหาปัญหา 2) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง: พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี บุคคลต้นแบบ การสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง เป็นต้น 3) การออกแบบระบบบริการ: การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากระบบบริการปกติ การกำหนดบทบาททีมผู้ดูแลในสถานบริการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ: พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นปัจจุบัน 5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก: ใช้ข้อมูลสารสนเทศจากรายงานตัวชี้วัด Service plan NCD และ

6) นโยบายสาธารณะและแหล่งสนับสนุน: มีการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อผลักดันให้เกิดแนวปฏิบัติในชุมชนที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์ (2563)³ ศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support: SMS) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและมีการพัฒนาเป็นมาตรฐานการจัดรูปแบบบริการที่หลากหลายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังไม่สามารถหยุดการเพิ่มขึ้นของความชุกของโรคเหล่านี้ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ กันหาชิน และเพชรไสว ลัม

ตระกูล (2563)⁵ ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย การประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง 21 ราย ผู้ดูแลและ อสม.มีความรู้และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรพ.สต. และรพ.สต.เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม สอดคล้องกับวิภาพร อุตมะ (2560)⁴ ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จากการดำเนินงานพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยพบว่า HbA1C <7%, MAU 30-300 mg/L, eGFR 60-89 mL/min/1.73 m² ร้อยละ 24.6, 64.6 และ 48.5 ตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางตาและทางเท้า ร้อยละ 90.80 และ 100 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของไกรพิชิต ประษ์ (2563)² ศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร” ผลการศึกษาด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่า อายุ สถานภาพ สมรรถะระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.041, 0.025, 0.026$ และ 0.015 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ อายุ อาชีพ ระดับน้ำตาลในเลือด และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($R=0.569, R^2=0.327, F=14.98, p < 0.05$) โดยปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือ อายุ ($Beta = -2.05$) รองลงมาคือ อาชีพ ($Beta = 0.354$) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($Beta = 0.181$) และระดับน้ำตาลใน

เลือด ($Beta = 0.140$) ตามลำดับ อีกทั้งยังสอดคล้องกับอารีย์ นิสมันต์ (2560)⁶ การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสตึกและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จากการศึกษาพบว่า การควบคุม HDL ($p=0.004$) SBP ($p=0.017$) DBP ($p=0.019$), BMI ($p=0.022$) มีความสัมพันธ์กับหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคลินิกหมอครอบครัวตำบลนิคมควบคุม HDL ได้มากที่สุด คลินิกหมอครอบครัวสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลหนองใหญ่ ควบคุมค่า SBP DBP และ BMI ได้มากที่สุด และค่าเฉลี่ย FBS ($p=0.020$) BMI ($p=0.004$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าคลินิกหมอครอบครัวตำบลนิคม มีค่าเฉลี่ย FBS ต่ำกว่า และค่าเฉลี่ย BMI สูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สรุป

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังเป็นแนวทางการดูแลที่เน้นความสำคัญที่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยโดยการสร้างสิ่งแวดล้อม การกำหนดนโยบายของชุมชน และบทบาทของทีมสุขภาพในการจัดระบบการดูแลสุขภาพประชาชน การสนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องร่วมมือปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มิมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานนั้นทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น ได้นำความรู้มาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดูแลมีความมั่นใจเกิดผลลัพธ์ทางด้านคลินิกที่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดตั้งทีมงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการวางนโยบาย กำหนดแผนและแนวทางร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน
2. การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ รพ.สต. ผลลัพธ์ทางคลินิกยังไม่ดีเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับ รพ.สต.เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) ควรมีการกำหนดเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยเบาหวานในการ

ให้คำแนะนำ การนัดหมายเป็นรายกลุ่มและให้อบรม. เข้ามามีส่วนร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเรณูนครที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กมล กลิ่นไทย, ปัทมา สุพรรณกุล, อรพินท์ สิงห์เดช. (2563). ปัจจัยพยากรณ์การให้บริการของทีมสหวิชาชีพตามแนวทางของ Chronic Care Model ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ สปสข. เขต 3 นครสวรรค์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 162-171.
- 2.ไกรพิชิต ประจักษ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(3), 14-26.
- 3.ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และ ยวนุช สัตยสมบูรณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 234-243.
- 4.วิภาพร อุดมมะ. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(4), 577-588.
- 5.หทัยรัตน์ กันหาชิน, เพชรไสว ล้อมตระกูล. (2563). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38 (3), 186-195.
- 6.อารีย์ นิสนันต์. (2560). การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสตึกและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 33(2), 179-194.
- 7.Kamlungdee, U., Bunmusik, P., & Watcharawiwat, A. (2017). The Development of Home Visit Guidelines for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus or Hypertension Run by Family Care Team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4s, 34-45. (in Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า : กรณีศึกษา

Nursing care of diabetic patient with foot complications : Case study

(Received: March 22,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: : March 28,2023)

ประภากร ตังสกุล¹
Praparat Tangsakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีสาเหตุหลักจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมานาน การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ มีภาวะหลอดเลือดแดงที่เท้าตีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการมีชาที่เท้า เมื่อเกิดแผลก็ทำให้แผลหายช้า เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจึงได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การวิเคราะห์ เนื้อหา แสดงผลการศึกษากวามการเจ็บป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกเริ่มถึงการวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ มีแผลอักเสบติดเชื้อที่เท้า ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย เสี่ยงต่อการหายของแผลช้า/ตัดเท้าเนื่องจากมีภาวะ DM uncontrol ชีต และ PAD เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตาพร่ามัวการมองเห็นลดลง มีความวิตกกังวลกลัวต้องตัดขา มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 และขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ขาดผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มีประวัติ hypoglycemia ขณะอยู่บ้าน เนื่องจากการได้รับยาฉีดอินซูลินไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจเนื่องจากมีปัจจัยเสริมในเรื่องการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องตามนัด และได้รับควาับรู้หรือมีสองจากสามที่สับสนหรือทุกวัน เมื่อผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่กำหนด ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ได้รับการล้างทำความสะอาดแผลต่อเนื่องทุกวัน ได้รับการทำ SMBG บางวัน ผล HbA1C ลดลงจาก 13.9 mg% เหลือ 11.2 mg% ในระยะเวลาที่ศึกษาต่อเนื่อง ไม่มีภาวะอาการน้ำตาลต่ำในช่วงกลางดึก ฝึกออกกำลังกายและบริหารเท้าทุกวัน เล็บมือ-เท้าตัดสั้น ทาโลชั่นทุกวัน เปลี่ยนจากรองเท้าแตะมาเป็นรองเท้าหุ้มส้น ไม่แช่เท้าด้วยน้ำอุ่น ได้เข้ารับการรักษารักษาเบาหวานขึ้นจอตาจากจักษุแพทย์ และสามือออกไปสูบบุหรืนอกบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อกระบวนการพยาบาลที่ได้รับ ส่งผลในภาพรวมของสุขภาพผู้ป่วย ที่มีอาการดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพต่อไป

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า กรณีศึกษา

ABSTRACT

The purpose of this study to nursing care of diabetic patients with complications caused by long-term diabetes mellitus. The control of blood sugar levels is not met the criteria. have arteriosclerosis in the feet As a result, the patient has numbness in the feet. When a wound occurs, the wound heals slowly. When the infection is more severe The patient was admitted to the hospital. We recruited patients admitted to the hospital by purposive sampling. by studying the patient's medical records. Assessing health conditions 11 Gordon's schemes and in-depth interviews Data was analyzed with content analysis. Showing the results of study the illness situation according to the 5-step nursing process, from receiving to discharge planning.

The results of the study showed that the cases of Was diagnosed as a diabetic with foot complications. Found nursing problems, including inflammation and infection on the feet. Inability to control blood sugar levels according to the target criteria Risk of delayed wound healing/foot amputation Due to DM uncontrollable anemia and PAD risk of accidents due to blurred vision, decreased vision Anxiety and fear of amputation have stage 3 chronic kidney failure. And lack of knowledge of proper self-care

¹ โรงพยาบาลวังจันทร์ จังหวัดระยอง

Lack of ongoing caregiver and a history of hypoglycemia at home because insulin injections do not correlate with meals. Risk of stroke and heart disease due to the additional factor of not receiving treatment continuously according to appointments and was exposed to secondhand smoke from her husband who smoked every day When the researcher provided nursing care according to the prescribed nursing process in conjunction with DMETHOD distribution planning. Wounds were continuously washed daily, SMBG was performed on some days, and the HbA1C result decreased from 13.9 mg% to 11.2 mg% over the study period. no late night hypoglycemia Practice and exercise your feet every day. Fingernails - short cut nails apply lotion every day Switch from flip-flops to closed-toe shoes. Do not soak your feet in warm water. received treatment for diabetic retinopathy from an ophthalmologist and her husband went outside to smoke. The patients and relatives were satisfied with the nursing process received. resulting in the overall health of the patient with better symptoms Able to return to live happily at home as usual

Keywords: diabetes, foot complications, case study

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าคนทั่วโลกป่วยด้วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 และทำนายว่าคนจะตายจากโรคเบาหวานเพิ่มมากกว่า ร้อยละ 20 ในอีก 10 ปีข้างหน้าสำหรับในประเทศไทยจำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 รายงานว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มจาก 4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 5.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งเป็นที่ทราบกันทั่วว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการทำงานของตับอ่อนบกพร่องไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอหรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เรียกว่า ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาท โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ความรู้สึกทางเพศลดลงและการติดเชื้อต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรค กล่าวคือยิ่งเป็นโรคเบาหวานนานเท่าใดโอกาสจะเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมีมากขึ้น การควบคุมเบาหวานให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ ระดับน้ำตาลช่วง 100-130 มก./

ดล.และดูแลตนเองให้ถูกต้องจะช่วยลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน มีดังนี้ ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตเรื้อรังและโรคเส้นประสาทจากเบาหวาน¹ ผู้ศึกษาขอบรรยายโรคเบาหวาน สาเหตุการเกิดผลที่เท้าและพยาธิสภาพของ PAD แบบย่อ ดังนี้

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติในการเผาผลาญ ซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน (American Diabetes Association, 2012)

สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

1.พันธุกรรม เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานทั้งชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulindependentdiabetesmellitus, IDDM) และชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน (Non-insulindependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งทั้ง 2 สาเหตุมีความแตกต่างกันดังนี้ 1.1) พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulindependentdiabetesmellitus, IDDM) มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดเลือดขาว (Human leukocyte antigen, HLA) HLA ที่พบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่ HLA-B-BLA-DR ผู้ที่มี HLA มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อน ภายหลังการติดเชื้อไวรัสบางชนิดทำให้ β -cell ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ 1.2)

พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน (Non-insulindependent diabetes mellitus, NIDDM) ไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วน อายุที่เพิ่มมากขึ้น และการรับประทานอาหารรสหวานจัด

2.สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โดยมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ 2.1) ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้การตอบสนองของเนื้อเยื่อร่างกายต่ออินซูลินไม่ดี 2.2) ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง 2.3) โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน 2.4) การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม มีผลต่อตับอ่อน 2.5) การได้รับยาบางชนิด สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้นหรือการตอบสนองของอินซูลินไม่ดี 2.6) การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิดที่มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

1.ปัสสาวะบ่อยและจำนวนน้ำปัสสาวะมาก 2.)คอแห้ง กระหาย ดื่มน้ำมาก ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ 3.)หิวบ่อย รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย 4.)ถ้าเป็นเป็นแผลจะหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย 5.)มีอาการคันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา 6.)ตาพร่า 7.)ขาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน มีดังนี้¹

โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ

โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ โรคเบาหวานขึ้นจอตา โรคไตจากเบาหวาน และโรคเส้นประสาทจากเบาหวาน สาเหตุการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่พบว่าสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่

1. ปลายประสาทเสื่อม โดยสามารถแบ่งย่อยออกไปได้อีก 3 ข้อ ได้แก่ 1.1) ประสาทรับความรู้สึกเสื่อม (sensory neuropathy) จะสูญเสียเส้นประสาทสัมผัส ความรู้สึกปวด ความรู้สึกร้อนหนาว ทำให้เกิดเป็นแผลต่างๆ ได้ง่ายโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและมีการติดเชื้อตามมา 1.2) ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อเสื่อม (motor neuropathy) ทำให้กล้ามเนื้อเล็กๆที่

เท้าลีบลง ส่งผลเกิดความพิการของนิ้วเท้า นิ้วเท้าจะงอคด (clawtoes) เท้าผิดรูป จุดลงน้ำหนักของเท้าผิดปกติ เกิดเป็นตาปลา มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายมากขึ้น 1.3) ประสาทอัตโนมัติเสื่อม (autonomic neuropathy) ระบบประสาทควบคุมการหลั่งเหงื่อเสียไป เหงื่อออกน้อย ผิวหนังแห้ง ทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ง่ายเชื้อโรคอาจเข้าไปตามรอยแตกนั้นได้

2. ความผิดปกติของหลอดเลือด (peripheral vascular disease : PAD) มีภาวะผนังเส้นเลือดแดงแข็งและตีตัน ทำให้มีโอกาสเกิดการอุดตันของเส้นเลือด ทำให้เกิดแผลที่เท้าขึ้นเองได้จากภาวะที่เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง

3. อุบัติเหตุและการติดเชื้อแทรกซ้อน

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ (Peripheral Arterial Disease : PAD) คือ ภาวะการตกตะกอนของจุลินทรีย์หรือไขมันคอเลสเตอรอลที่ตกค้างในเส้นเลือด (atherosclerotic plaques) ถูกสะสมจนเกาะติดกับช่วงผนังเส้นเลือดส่วนปลายในบริเวณช่วงแขนและขาทั้งสองข้างหรือข้างใดข้างหนึ่ง จนเลือดไม่สามารถไหลผ่านไปเลี้ยงได้เพียงพอ ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนแขนและขา จนถึงอุดตันในเส้นเลือดได้ในที่สุด

อาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบแบบเรื้อรังได้แก่

1.)อาการปวดขา คือมีอาการเมื่อยออกแรงและจะดีขึ้นเมื่อได้พัก (Intermittent claudication) 2.)อาการปวดในขณะพัก (Rest pain) ซึ่งเป็นการบ่งบอกว่าอาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบที่เป็นมีอาการรุนแรงขึ้น 3.)แผลที่นิ้วเท้า (Ulceration/gangrene) 4.)การเปลี่ยนสีของเท้าและขา ที่มีสีคล้ำขึ้น 5.)การเจริญเติบโตของเส้นขนขาลง หรือขนบริเวณเท้าและขาร่วง 6.)เล็บเท้าเจริญเติบโตช้าลง 7.)ผิวที่ขามีลักษณะมันเงา 8.)ชีพจรอ่อนที่ขาหรือเท้า หรืออาจตรวจไม่พบชีพจรในบริเวณขาหรือเท้าในบางกรณี

วิธีการตรวจโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ

1.การตรวจคลำชีพจร เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายโดยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ แต่มีความแม่นยำต่ำ และไม่สามารถประเมินความรุนแรงได้ ใช้เพื่อเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้น

2.การตรวจความดันหลอดเลือดขา (Ankle-Brachial Index : ABI) เป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว และได้ข้อมูลที่ใช้ประกอบพิจารณาการรักษา โดยที่ค่า ABI ที่ได้จะแสดงถึงระดับความรุนแรง ดังนี้

ค่า ABI	ระดับความรุนแรง
>1.40	มีการแข็งตัวผิดปกติของหลอดเลือด (ควรตรวจเพิ่มเติม)
1.00-1.40	ปกติ
0.91-0.99	เริ่มมีความผิดปกติ
0.60-0.90	ระดับการขาดเลือดมีความรุนแรงต่ำ
0.40-0.59	ระดับการขาดเลือดมีความรุนแรงปานกลาง
<0.4	ระดับการขาดเลือดมีความรุนแรงมาก (ควรตรวจเพิ่มเติม)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดแดงที่เท้าตีตัน และแผลที่เท้าเบาหวาน

โรงพยาบาลวังจันทร์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,257, 1,176 และ 1,406 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ได้ตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 45.16, 50.74 และ 45.52 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 พบมีแผลที่เท้า 12, 13 และ 16 รายตามลำดับ จากข้อมูลจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าและเป็นแผลเรื้อรังจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณด้านนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยก็สูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงได้ดำเนินการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและมีภาวะหลอดเลือดแดงที่ปลายเท้าตีตัน โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเข้ามาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและได้นำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ ได้แก่ แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Gordon³ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁴⁵ และนำกระบวนการพยาบาล มาเป็นกรอบแนวทางการจัดการรายกรณีอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและมีภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ
2. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

1.) เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังจันทร์ 2.) รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยจากผู้ป่วย ญาติ และจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ 3.) ศึกษาและค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และบทความวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 4.) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ 11 ของ Gordon ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร การขับถ่ายของเสีย การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การพักผ่อนและการนอนหลับ การรับรู้สติปัญญาและความเชื่อ การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์ บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว เพศและการเจริญพันธุ์ การเผชิญความเครียดและทนต่อความเครียด และคุณค่าและความเชื่อถือ ซึ่งประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ต่อไป

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้หญิงไทย อายุ 46 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสสามีทำอาชีพ รปภ.ทำงานเป็นกะมีบุตรชาย 1 คนที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ต่างจังหวัด การศึกษาประถม 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากปัญหาสุขภาพต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย และมีปัญหาการมองเห็นสิทธิในการรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทไม่สู้บุญหรี ดี่มสุราเวลาว่างมีงานเลี้ยง ปฏิเสธการแพ้อาหารและยาไม่เคยรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และไม่เคยเป็นโรคโควิดมาก่อน โดยดูแลในแผนกผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม -29

ธันวาคม 2564 แผนกผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง ตั้งแต่เดือน 14 มกราคม 2565 – 30 มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาการดูแล 10 วัน

อาการสำคัญ ปวดแผลที่ข้อเท้าซ้ายมาก แผลมีหนองไหล ใช้สูงทวนสัน เป็น 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

9 ปี ก่อน มีอาการคันตามตัว คันอวัยวะเพศ ปัสสาวะบ่อยมากจนแทบไม่ได้นอน มีอาการมีอาการไอ เหนื่อย ตัวเขียว ตรวจพบว่าเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคเลือดดำอุดตันที่ขา และปอด และโรคเบาหวาน ไม่เข้ารับรักษาต่อเนื่องกัน เพราะคิดว่าโรคเบาหวานไม่น่าจะเป็นโรคร้ายแรง

2 วันก่อนมา รพ. มีไข้หนาวสั่น ปวดข้อเท้าและฝ่าเท้าซ้ายมากลงน้ำหนักไม่ได้ ปวดร้าวไปที่ต้นขา รับประทานยาแก้ปวด และยาฆ่าเชื้อจาก รพ.สต. ไม่ดีขึ้น วันนี้ปวดแผลที่ข้อเท้าซ้ายมากหนองไหล จากแผลที่บริเวณตาตุ่มมีกลิ่นเหม็น ใช้สูงทวนสัน จึงมาโรงพยาบาล อุณหภูมิ 40.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาทีที่สม่าเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 173/86 mmHg ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 94 %

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

21 ปีก่อน G1P1A0L2 Last 21 ปี ฝากคลอดเนื่องจากเป็นทารกแฝด น้ำหนักตัว 125 กก. มีภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ไม่ได้เข้ารับตามการติดตามภาวะความดันโลหิตสูง เข้า

7 ปีก่อน มีอาการตามัว มองภาพไม่ชัด แพทย์ตรวจวินิจฉัยว่าเบาหวานขึ้นจอประสาทตา severe NPDR ได้รับการรักษาด้วย Laser

5 ปีก่อน ขณะขายอาหารมีแขน – ขาซ้ายอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

2 ปี มีแผลที่ข้อเท้าขวาทำแผลเองสลับกับไปทำแผลที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน แผลไม่ดีขึ้น แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการตัดขาได้เข้า ผู้ป่วยปฏิเสธพักรักษาประมาณ 15 วัน ใช้ระยะเวลาในการรักษาแผลเฉลี่ย 4-5 ด.

2 ปีก่อน ขับรถจักรยานยนต์ล้มเองเนื่องจากมองเห็นไม่ชัด มีกระดูกนิ้วโป้งเท้าขวา

7 เดือนก่อน มีแผลพุพองแบบผิวหนังที่บริเวณ นิ้วก้อย ด้านขวา แผลขนาด 3 ซม. แผลแดง ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกรับประทานยาปฏิชีวนะ

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว บิดา มารดา และพี่ชาย 2 คน เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง พี่สาวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ ESRD ล้างไตด้วยวิธี Hemodialysis สามปีเป็นโรคที่มีอาการเล็กน้อยเมื่อต้นปี 2565 แพทย์รักษาตัวศูนย์กักตัวในชุมชน สามีสืบบุหรี บุตรชายสุขภาพแข็งแรง

การตรวจร่างกายตามระบบ ผู้ป่วยหญิงรูปร่างท้วม ผิวสองสี ผิวแห้ง ฝ่าเท้าแห้งลอกเป็นขุยเล็กน้อย น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย = 26.67 กก/ม² ระดับความรู้สึกตัวปกติ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาทีที่สม่าเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 173/72 mmHg ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 97 %

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ มีอาการชาบริเวณปลายมือ และปลายเท้า

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำ ไม่มีรังแค ไม่มีบาดแผล ใบหน้าและศีรษะมีความสมมาตรกัน

ตา: มองเห็นภาพเคลื่อนไหว ในระยะ 3 ฟุต มองเห็นภาพเป็นเงา เยื่อตาขาวซีดเล็กน้อย

จมูก : รูปร่างปกติสมมาตรไม่มีเยื่อจมูกบวม ได้กลิ่นปกติ

ปากและคอหอย: ไม่มีฟันผุ คอไม่แดง

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่าเสมอ ไม่มีเสียง murmur

ช่องท้อง : คลำไม่พบก้อน ไม่มีภาวะท้องมาน กดไม่เจ็บ

กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโก่งงอของกระดูกสันหลัง

แขนขา: แขนขาซ้ายระดับกำลังของกล้ามเนื้อสามารถต้านแรงได้เล็กน้อย (เกรด 4)

ขา: ผิวแห้ง ขาขาวตั้งแต่เท้าถึงหน้าแข้ง ผิวหนังเป็นรอยคล้ำดำ บริเวณข้อเท้าขวามีรอยแผลเป็น ขาซ้ายบริเวณหลังเท้าบวมแดงถึงหน้าแข้ง มีแผล I&D ยาว 3 ซม. มี slough ผลการ

ประเมินเท้า คำคำชี้พจรที่ Dorsalis Pedis และ Posterior tibia ได้
เบาทั้ง 2 ข้างและตรวจประเมินปลายประสาทเท้าด้วยโมโนฟิลา
เมนต์ น้ำหนัก 10 กรัม พบว่าสูญเสียระดับความรู้ในการ
ป้องกันตนเองที่เท้า Loss protective sensation ผลตรวจ ABI
Rt= 0.97, Lt= 0.89

การวินิจฉัยของแพทย์ : Klebsiella pneumonia
Infected wound Lt foot

ผล Lab ที่ผิดปกติ

Pus culture : Pus culture :Numercus Klebsiella
pneumonia (23ธันวาคม2564)

Chest x-ray :cardiomegaly (23ธันวาคม2564)

CBC :Hb 8.9 g/dl Serun Ilon = 3.5 ug/dl (27ธันวาคม
2564)

HbA1C = 13.9 % Blood sugar แรกเช้า =349 mg/ dl

Urine glucose = 3+

INR = 4.99-5.05 (วันที่ 26-27 ธันวาคม2564)

แผนการรักษา

Ceftriazone 2 gm iv OD , Clinda 900 mg iv q 8 Hr ,
amlodipine (5) 1*1 oral pc ,losartan (50) 1*1 oral pc ,
gemfibrosil (600) 1* 2 oral ac , Losec (200) 1*1 oral ac ,
Carvedilol (6.25) 1*2 oral pc ,MFM(500) 1*2 oral pc , Mixtard
38-0-24 unit sc , lactulose 30 ml HS , wafarin (5) 2.5 tabs
oral HS

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไม่สุขสบายเนื่องจากมีแผลติดเชื้อที่เท้าซ้าย วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1.เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายจากอาการปวดแผล 2.เพื่อให้แผลสะอาด ส่งเสริมการหายของแผล เกณฑ์การประเมินผล 1.อาการปวดลดลง คะแนน pain score ไม่เกิน 3 2.นอนพักพอได้ ไม่ทนน้ำสาดขึ้น 3.แผลสะอาด ไม่มีเนื้อตาย 4.อุณหภูมิไม่เกิน 37 องศาเซลเซียส	กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินอาการปวดแผลและแนะนำเรื่องการรับประทานยาแก้ปวดลดไข้ สามารถรับประทานยาได้ทุก 6 ชั่วโมง และดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน 1.ให้อาบน้ำเปลี่ยนเท้าสูง 2.ทำแผลแบบ Wet dressing และตัดเนื้อตายออกทุกครั้ง 3.ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา การดูแลแผล การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยและ/หรือญาติ/ผู้ดูแล อยู่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งติดตามประเมินผลการให้ความรู้ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อแผล มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา 4.ประเมิน Pain score ทุก 4-6 ชม และประเมินซ้ำหลังรับประทานยาแก้ปวดอย่างน้อย 1 ชั่วโมงประเมิน สัญญาณชีพ ทุก 4 ชม การประเมินผล หลังได้รับรายงานของได้รับยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดลดไข้ตามเวลา Pain Score ลดลงเหลือ 1-3 อุณหภูมิเป็นปกติ ทำแผลและตัดเนื้อตายออกทุกวันและ 2 ครั้งแผลแดงขึ้น Discharge ลดลง ขยับ บวม สามารถนอนหลับได้ มีสีหน้าสดชื่น
เสี่ยงต่อการหายของแผลช้าเนื่องจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับ ภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบและภาวะโลหิตจาง วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1.เพื่อให้แผลหายในระยะเวลาที่เหมาะสมหรือบาดแผลไม่ติดเชื้อลุกลาม มากขึ้น 2.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เกณฑ์การประเมินผล 1.แผลหายภายในระยะเวลา ไม่เกิน 2 เดือน หรือ บาดแผลไม่ติดเชื้อ ลุกลามมากขึ้น 2.ค่าของน้ำตาลสะสมลดลง อย่างน้อย 2% ภายในระยะเวลา 6 เดือน และ น้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ไม่เกิน 160 mg/dl 3.Hb > 12 mg% ภายในระยะเวลา 6 เดือน 4.ผลการตรวจ ABI มีค่า > 0.89 หรือขึ้น	1.ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มเติมองค์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง 2.ร่วมพบทีมสหวิชาชีพ ตลอด 24 ชม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถคุมระดับ น้ำตาลและไขมันในเลือดได้ 3.ประเมินการใช้ยาคืออินซูลิน ทั้งปริมาณยาและตำแหน่งฉีดที่ถูกต้องไม่มี Lipothrophy ประเมินการ จัดเก็บยาฉีดที่ยังไม่เปิดใช้ ต้องเก็บในตู้เย็นช่องธรรมดา ส่วนที่เปิดใช้เก็บที่อุณหภูมิห้อง 4.สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องปริมาณของข้าวแป้ง น้ำตาลที่รับประทานได้ต่อวัน อาหารแลกเปลี่ยนและการ ปรุงอาหารแบบ 6-6-1 ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยรับประทานประจำ สอนการคำนวณปริมาณ น้ำตาลอย่างง่าย แนะนำเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์ ไขมันอิ่มตัวจากไขมันทรานส์ 5.แนะนำการรับประทานยาที่มีอัตราเสี่ยงสูง เช่น ผักใบเขียว มะเขือเทศ 6.สอนและฝึกผู้ป่วยเรื่องการบริหารเท้า สอนญาติตรวจเท้า ประเมินเท้าผู้ป่วยทุกวัน 7.แนะนำให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาครบถ้วนและตรงเวลา การจัดเก็บยาที่มี ประสิทธิภาพ เช่นยาฉีดรับประทานต้องไม่ถูกแสง ความร้อน 8.สอนการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน เช่นการยกขวดน้ำ การดึงหนังยางยืด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่ออุบัติเหตุจากการมองเห็นลดลงเนื่องจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย 2. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดอุบัติเหตุ 2. ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์	การประเมินผล หลังได้รับการทำแผลและตัดเนื้อตายทุกวัน แผลแดงขึ้น Discharge ลดลง ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความเข้าใจเรื่องค่าน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลเสียอย่างไรต่อหลอดเลือดและภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ป่วยเลือกปรับพฤติกรรมโดยเลือกเลิกรับประทานอาหารที่มีรสหวานและไขมันสูง ได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนัก หลังปรับพฤติกรรม และได้รับรับขณาดิฉันพบว่าผลค่าน้ำตาลในเลือดลดลง เหลือ 120-150 mg/dl ฝึกปฏิบัติเรื่องการบริหารเท้าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
วิตกกังวลกลัวการถูกตัดขา วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยญาติเข้าใจแผนการรักษา เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นนอนพักได้	1. ประสานทีมพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่ติดสัญญาใจ ผู้ป่วยเสี่ยงอุบัติเหตุเนื่องจากมีปัญหาการมองเห็น 2. ยกที่กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการพยาบาล 3. จัดทหารให้ผู้ป่วยไว้คตเรียกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ประสานแพทย์ผู้รักษาทำการส่งตัวไปพบจักษุแพทย์ โดยประสานงานตัวกับโรงพยาบาลปลายทาง 5. แนะนำเรื่องการจัดการสถานที่ภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และให้ญาติช่วยตรวจเท้า การประเมินผล ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะพัก และผู้ป่วยได้รับการส่งตัวพบจักษุแพทย์
พร่องความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง และขาดผู้ดูแล วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองขณะสมมติชีวิตได้โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เกณฑ์การประเมินผล 1. ค่าระดับน้ำตาลลดลง 2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการที่ต้องพบแพทย์ได้ถูกต้อง 3. ไม่ admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาล (Hypo+Hyperglycemia) 4. มาตรวจตามนัด	1. สร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ 2. ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และสังเกตอาการ 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับทราบความจริงด้วยอริยาบถแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยทราบและให้กำลังใจในการรักษาและแนะนำเรื่องดูแลแผล เช่น ไม่ให้แผลเปียกน้ำหรืออับชื้น ต้องทำแผลทุกวัน และเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น บวมแดงมากขึ้น แผลมีกลิ่นหรือหนองต้องรีบมาโรงพยาบาล และที่สำคัญต้องระมัดระวังอุบัติเหตุเนื่องจากมีปัญหาเท้าจากปลายประสาทเสื่อม 4. ทักษะการคลายความเครียดเช่น ฝึกหายใจลึกๆ ฟังเพลงผ่อนคลาย 5. แนะนำให้สามี ลูก และญาติโทรคุยให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การประเมินผล หลังได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมาก สามารถนอนพักได้ พุดคุยเรื่องยังแย้มแจ่มใส มีความร่วมมือในการทำแผลและฝึกทักษะเรื่องการบริหารเท้า
พร่องความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง และขาดผู้ดูแล วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองขณะสมมติชีวิตได้โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เกณฑ์การประเมินผล 1. ค่าระดับน้ำตาลลดลง 2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการที่ต้องพบแพทย์ได้ถูกต้อง 3. ไม่ admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาล (Hypo+Hyperglycemia) 4. มาตรวจตามนัด	1. ใช้การวางแผนจำทำอย่างเป็นระบบ ตามแนวทางแบบ D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งความรู้ ได้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเองพร้อมทั้งประสานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนเพื่อส่งต่อการรักษาและการทำแผลต่อเนื่องทุกวัน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน โดยมีขั้นตอนการวางแผนจำทำดังนี้ D Diagnosis : ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มเติมองค์ความรู้ให้ผู้ป่วยรู้เรื่องโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องรีบมารับการรักษา หรือมีอาการผิดปกติ M Medication : ประเมินความรู้เรื่องการใช้อาหาร ให้ความรู้เรื่องยาและการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับโรคเบาหวาน และยาเม็ดลดระดับน้ำตาล และยาอื่น ๆ การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาที่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร การจัดแพคเกจยาเพื่อให้สะดวกหยิบรับประทานได้ง่าย E Environment : แนะนำให้ดูแลความสะอาดเป็นระเบียบของบ้านเรือน วิจารณ์และแก้ไขจุดเสี่ยงป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการมองเห็น จัดบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการนั่งพื้นเป็นนั่งเก้าอี้ T Treatment : สอนการทำแผลที่สะอาดบาดแผลที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติทราบและสาธิตให้ปฏิบัติตามคำแนะนำลักษณะของบาดแผลที่มีลักษณะอักเสบติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นที่ต้องมารับการรักษาก่อนนัด เช่น แผลอักเสบแดง ขยายใหญ่ขึ้น หรือมีหนองมากขึ้น มีไข้ตัวร้อนและปวดแผลมากขึ้น H Health : ให้ความรู้เรื่องการตรวจเท้าด้วยตนเอง การบริหารเท้า การสอนญาติทำ SMBG การสอนสาธิตการเตรียมน้ำหวานผลไม้จากน้ำตาลในเลือดต่ำ การขอความช่วยเหลือจาก 1669 และขอสมรสพบแพทย์ในพื้นที่ แนะนำสามีของผู้ป่วยเข้าคลินิกคลินิก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	Out patient แนะนำและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมารับการตรวจรักษาต่อเนื่องตามนัด การนัยที่ได้ไปตรวจสอบ พร้อมผลการบันทึกระดับน้ำตาลปลายนิ้วที่เจาะที่บ้าน SMBG มาด้วยทุกครั้ง D Diet : ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอนเรื่องของการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาล อาหารแลกเปลี่ยน ผู้ป่วยเลือกปรับลดขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มรสหวาน และแนะนำให้รับประทานผักก่อนอาหารอื่นทุกครั้งเพื่อช่วยลดการดูดซึมน้ำตาล เช่น กระเจี๊ยบฝักมะเขือ ผักกูด เป็นต้น การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีหลังจำหน่าย มาตรวจตามนัด สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ค่าน้ำตาลสะสม HbA1C ลดลงจาก 13.9 mg% เหลือ 11.2 mg% ไม่พบ admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น (Hypo-Hyperglycemia)

สรุปผลการศึกษา

ผู้หญิงไทย อายุ 46 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสสามีทำอาชีพ ปลูก.ทำงานเป็นกะการศึกษา ประถมขั้นปีที่ 6 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่ม Uncontrol ร่วมกับโรคแทรกซ้อนเช่น โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรคปลายประสาทเสื่อม โรคหลอดเลือดดำอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบและ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ โภกิจจางเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม – 29 ธันวาคม 2564 ด้วยอาการ ปวดแผลที่ข้อเท้าซ้ายมาก แผลมีหนองไหล ใช้สูงหนาว ล้น เป็น 2 วัน T=40.4 องศาเซลเซียส PR = 92 ครั้ง/นาที RR = 26 ครั้ง/นาที BP = 173 /86 mmHg SpO2 = 94 % ทำ I&D ที่ตาตุ่มได้เศษไม้ดำๆ 1 ชิ้น ขนาด 0.3 ซม. ได้หนองขึ้นๆ ประมาณ 2-3 มล. ส่งตรวจ CBC , BUN Cr, Electrolyte, LFT, PT / INR, Blood glucose ,Hemo culture, UA , Urine culture, Pus culture ,Melliod titer,Leptotiter, Chest X-ray, Film Lt foot AP-Lat, EKG, ATK และ PCR ได้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm iv ODและ Clindamycin 900 mg iv Q 8 Hr ผลการเพาะเชื้อหนองที่แผลพบเชื้อ Klebsiella pneumonia ได้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ทำความสะอาดแผลตัดเนื้อตาย ตรวจน้ำตาลในเลือดวันละ 4 เวลา วางแผนปรับขนาดยาฉีดลดน้ำตาล Mixtard ให้มีปริมาณที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและญาติให้ระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงภาวะปกติ รับประทานยาเพื่อควบคุมโรคอื่นๆ เช่น amlodipine (5) 1*1 oral pc ,losartan (50) 1*1 oral pc ,gemfibrosil(600) 1*2 oral ac , Losec (200) 1*1 oral ac , Carvedilol (6.25) 1*2

oral pc ,MFM (500) 1*2 oral pc , lactulose 30ml HS , wafarin(5) 2.5 tabs oral HS ได้เลือด 1 unit แก้ไขภาวะซีด พบว่าผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง ผู้ศึกษาจึงมีการทำ Nursing Round ร่วมกับ Morning Briefร่วมกับทีมพยาบาลทุกเช้า เพื่อความร่วมมือและการเชื่อมประสานอย่างต่อเนื่อง 6,7 ใช้การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ตามแนวทางแบบ D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งความรู้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง เพิ่มเติมส่วนขาดเรื่องโรคเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน การเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ที่เหมาะสม การปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ฝึกทักษะที่จำเป็น และ empowerment เช่น การบริหารเท้า การตรวจเท้าโดยญาติ เจาะตรวจน้ำตาลด้วยตัวเอง การออกกำลังกายแบบแรงต้าน อาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ พร้อมทั้งประสานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนเพื่อส่งต่อการทำแผลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน ประสานส่งต่อพบจักษุ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่ OPD Empowerment การปรับพฤติกรรมทุกvisit หลังรับการรักษา 86 วัน แผลหายเป็นปกติ ค่าน้ำตาลสะสม HbA1C ลดลงจาก 13.9% เหลือ 11.2 % ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมาตรวจตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำ

ข้อเสนอแนะ

1.) ด้านปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ควรมีสมรรถนะและความสามารถในการคัดกรองภาวะความผิดปกติที่เท้า ไม่รังเกียจเท้าของผู้ป่วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาล 5

ขั้นตอน ที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบให้เวลาและความเห็นใจผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมในคลินิกบริการให้เอื้อต่อการรักษา ป้องกันอุบัติเหตุและรักษาความสะอาดของคลินิกบริการ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ 2) ด้านการบริหารจัดการ/ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้างานควรมีการสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่องและปรับอัตราค่าจ้างให้เหมาะสมกับภาระงาน 3) ด้านการบริการควรมีการจัดสถานที่ในการตรวจคัดกรองเท้าที่มีความเฉพาะ มีบริการของแพทย์แผนไทย เพื่อเอื้อความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและเพียงพอสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในกรณีนี้

ต้องการนัดทำและบริหารเท้า 4) ด้านวิชาการควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล CNPG, CQI และนวัตกรรมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป 5) การพัฒนาระบบบริการสู่เครือข่ายเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจะต้องกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านจึงจำเป็นต้องพัฒนาเครือข่ายให้มีศักยภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสมต่อไป มีการติดตามเยี่ยมบ้านและสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามอัตราต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: รมเย็น มีเดีย; 2560
2. โรงพยาบาลวังจันทร์ (2564). ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลวังจันทร์ ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
3. สายใจ คำเนตร. 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน. [ระบบออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://www.tyrkk.go.th/web/uploads/files/11%20%](https://www.tyrkk.go.th/web/uploads/files/11%20%20)
4. สุภาวดี เลิศสำราญ. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม. [ระบบออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.elnurse.ssr.ac.th/supawadee_le/pluginfile
5. Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M. (2001). Nursing : concepts of practice (6th ed.). St. Louis : Mosby.
6. สุจิตรา ลีมนานวยลาภ, ขวณพิศ ทำนอง, การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 7.ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2556.
7. ฉวีวรรณ ธงชัย. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤติ. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธรักดี,บรรณธิการ. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฑาทอง; 2555 หน้า 225-236
8. Pichayapinyo, P. (2013). The theory of self-care deficit of Orem, s nursing. In P. Pichayapinyo, P. Lapvongwattana, P. Kerdmongkol, & A. Powwattana, Nursing theory and application : Person, family, and community. Bangkok : Danex intercorporation.
9. Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, L.,& Bonomi, A. (2001) Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health affairs (Millwood), 20(6), 64-78.
10. จุฑามาศ เกษศิลป์, พาณิ วิรัชกุลและอรุณี หล่อณิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. วารสารกองการพยาบาล, 40(1), 84-102.
11. จินตนา ทองเพชร. (2556). ประสิทธิภาพโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(2): 69-78.
12. รัชวรรณ ตู่แก้ว. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีน ในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่น ในผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

The Effectiveness of Low-dose Ketamine Versus Pethidine for Prevention of Postoperative Shivering after Spinal Anesthesia : A Randomized Control Trial.

(Received: February 9,2023 ; Revised: February 20,2023 ; Accepted: February 21,2023)

อิศรพงศ์ คชหิรัญ, อรอนงค์ เทพรังษิรุกุล¹

Isarapong Kochhirun, Onanong Theprungsirikul

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีน ในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่น ที่เกิดหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุมและมีการปกปิด 2 ฝ่าย ศึกษาในผู้ป่วยที่จะมารับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังจำนวน 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มแบบสุ่ม กลุ่มละ 33 คน กลุ่ม A จะได้รับยาเพทิดีน 0.4 มก./กก. และกลุ่ม B จะได้รับยาเคตามีน 0.25 มก./กก. โดยผสมยากับน้ำเกลือให้ได้ปริมาณ 3 มล. ก่อนให้ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 20 นาที ก่อนผ่าตัดเสร็จ การประเมินอาการหนาวสั่นจะทำที่ห้องพักฟื้น ณ อุณหภูมิห้อง โดยใช้ Crossley and Mahajan scale ที่เวลา 0, 10, 20 และ 30 นาที หลังจากการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอุบัติการณ์การเกิดอาการหนาวสั่นระหว่างกลุ่มที่ให้ยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีน ที่เวลา 0 นาที คือ 9.1% versus 18.2%(OR = 0.45, 95%CI: 0.10-1.98, p -value = 0.290), 10 นาที คือ 6.1% versus 18.2%(OR = 0.29, 95%CI: 0.05-1.56, p -value = 0.149), 20 นาที คือ 6.1% versus 12.1%(OR = 0.47, 95%CI: 0.08-2.75, p -value = 0.400) และ 30 นาที คือ 3% versus 3%(OR = 1.00, 95%CI: 0.06-16.69, p -value = 1.000) และพบผลข้างเคียงของการให้ยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีน ร้อยละ 12.1 versus 6.1 (p -value = 0.672)

คำสำคัญ: เคตามีน, เพทิดีน, ภาวะอาการหนาวสั่น, การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

Abstract

This research aimed to compare the effectiveness of low-dose ketamine versus pethidine for prevention of postoperative shivering after spinal anesthesia. There was quasi experiment by double-blinded, randomized controlled trial, 66 patients undergoing surgery under spinal anesthesia were randomly allocated to 2 groups; group A(n=33) received 0.4 mg/kg of pethidine, and group B(n=33) received 0.25 mg/kg of ketamine. The study medications were diluted with NSS up to 3 ml and then administered within 20 minutes of the estimated end of surgery. Shivering was evaluated using the Crossley and Mahajan scale at 0, 10, 20 and 30 minutes after arriving in the recovery room.

Results: There was no significantly different incidence of shivering among groups A and B. At 0 minutes, the incidence was 9.1% versus 18.2% (OR = 0.45, 95%CI: 0.10 - 1.98, p -value = 0.290), at 10 minutes, it was 6.1% versus 18.2% (OR = 0.29, 95%CI: 0.05 - 1.56, p -value = 0.149), at 20 minutes, it was 6.1% versus 12.1% (OR = 0.47, 95%CI: 0.08 - 2.75, p -value = 0.400), and incidence of adverse effects of study medications is 12.1% vs. 6.1% (p -value = 0.672).

Keywords: ketamine, pethidine, postoperative shivering, spinal anesthesia

¹ กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ภาวะอาการหนาวสั่น เป็นผลข้างเคียงจากการระงับความรู้สึกที่พบได้ทั่วไป นิยามของอาการหนาวสั่น คือการกระตุกของกล้ามเนื้อที่ยาวนานกว่า 15 วินาที⁽¹⁾ มีอุบัติการณ์ตามหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 33 ซึ่งมักเกิดขึ้นภายในชั่วโมงแรกหลังการระงับความรู้สึก สาเหตุมักเกิดจากการที่มีอุณหภูมิกายลดต่ำลง⁽²⁾ แล้วกระตุ้นให้เกิดการหดตัวและการสั่นของกล้ามเนื้อลายแบบไม่ได้ตั้งใจ⁽³⁾ ซึ่งเป็นกลไกการตอบสนองเพื่อสร้างความร้อนให้แก่ร่างกายเมื่อสัมผัสความเย็น^(1, 3, 4) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิค่อนข้างต่ำ อาการหนาวสั่นดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของผู้ป่วย เช่น มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เป็นผลให้เกิดการคั่งของกรดแลคติก ภาวะเลือดเป็นกรดมากขึ้น และกระตุ้นให้หลังฮอร์โมนแคทีโกลามีนมากขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความไม่สบายของผู้ป่วยและเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด^(1, 3, 4) ซึ่งภาวะอาการหนาวสั่นสามารถป้องกันและรักษาได้ด้วยหลากหลายวิธี ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา⁽⁵⁾

การป้องกันอาการหนาวสั่นด้วยวิธีการใช้ยาพบว่า มียาหลายชนิดที่มีคุณสมบัติป้องกันการเกิดภาวะอาการหนาวสั่นได้ เช่น ยากลุ่ม opioids, ยากลุ่ม alpha-2 agonists, ยากลุ่ม anticholinergics, ยากลุ่ม central nervous system stimulants รวมถึงยากลุ่ม corticosteroids

อย่างไรก็ตาม ยาแต่ละกลุ่มมีข้อจำกัดในการใช้ เนื่องจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันไป โดยยาที่นิยมใช้มากที่สุดในการป้องกัน และรักษาอาการหนาวสั่น คือ ยาเพทิดีน(pethidine)⁽¹⁾

ยาเคตามีน(ketamine) ออกฤทธิ์เป็น non-competitive NMDA receptor antagonist ในระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการยับยั้ง Post-ganglionic Norepinephrine uptake ซึ่งมีผลต่อกลไกการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (Thermo-

regulatory mechanism)⁽⁴⁻⁸⁾ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อใช้ยาเคตามีนขนาดต่ำ (0.25 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม) สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะอาการหนาวสั่นได้เมื่อเทียบกับยาหลอก และลดการเกิดผลข้างเคียง เช่น hallucination ลงได้⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยาเคตามีนขนาดต่ำกับยาเพทิดีน ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้ยาเคตามีนกับยาเพทิดีน ในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่นที่เกิดขึ้นตามหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โดยกำหนดสมมติฐานการศึกษาว่า ยาเคตามีนอาจมีประสิทธิภาพผลไม่ด้อยกว่ายาเพทิดีนที่ใช้เป็นมาตรฐาน วิเคราะห์ผลการศึกษาหลัก จากอุบัติการณ์การเกิดอาการหนาวสั่นหลังได้รับยาเพื่อป้องกันอาการหนาวสั่น และผลการศึกษารองจากอุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงของยาดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม และมีการปกปิด 2 ฝ่าย(double blinded, randomized control trial) ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (REC 050/2565) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดชนิดไม่ฉุกเฉิน และได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง(spinal anesthesia) ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18-65 ปี และ ASA classification I-II และมีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ BMI <18 และ >30 kg/m², มีอุณหภูมิกาย <35 และ >38 องศาเซลเซียส, ผู้ป่วยตั้งครรภ์, มีภาวะ sepsis/septic shock, มีข้อห้ามในการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และผู้ป่วยที่มีข้อห้ามการให้ยาเคตามีนหรือเพทิดีน

การแบ่งกลุ่มศึกษา ใช้วิธีการสุ่มด้วยระบบคอมพิวเตอร์ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่ม A จะได้รับยาเพทิดีน 0.4 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว เป็นกิโลกรัม และกลุ่ม B จะได้รับยาเคตามีน 0.25 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

โดยยาที่ใช้ในการศึกษาแต่ละชนิด จะผสม ด้วยน้ำเกลือให้ได้ปริมาณ 3 มิลลิลิตรก่อนให้ทาง หลอดเลือดดำ หลังจากการสุม ผู้วิจัยซึ่งไม่ใช่ผู้ ประเมินผลจะนำผลการสุมบรรจุในซองปิดผนึก ส่ง ให้วิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดนั้นๆที่ไม่ได้

เกี่ยวข้องกับการศึกษาเป็นผู้เตรียมยาและให้ยาตาม สูตรยาที่ระบุไว้ในซองปิดผนึก โดยยาจะมีลักษณะ สี ไม่มีสี มีปริมาตรเท่ากัน และผู้ประเมินจะไม่ ทราบว่าผู้ป่วยถูกสุมอยู่ในกลุ่มใด (figure 1)

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการเตรียมตัวสำหรับ การผ่าตัดตามมาตรฐาน ได้รับการงดอาหารอย่าง น้อย 6 ชั่วโมง และได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เมื่อ ถึงห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกทาง

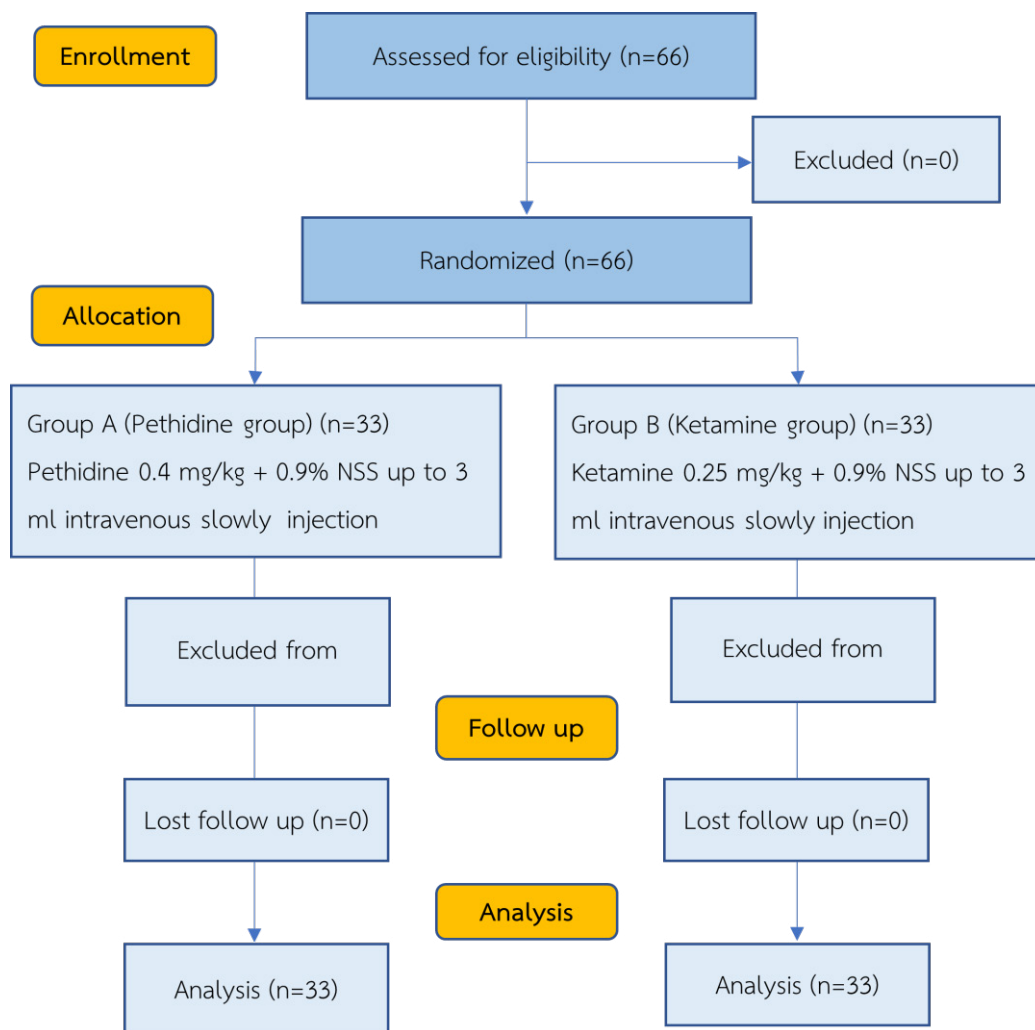


Figure 1 Consort diagram

ช่องไขสันหลังด้วยยา 0.5% Hyperbaric Bupivacaine ปริมาณตามที่วิสัญญีแพทย์ประเมินว่า เหมาะสมกับการทำการผ่าตัด และประเมินระดับ อาการชาเมื่อครบ 5 นาทีหลังการระงับความรู้สึก

หลังจากนั้น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับความอบอุ่นด้วย เครื่องเป่าลมร้อน(forced air warmer) ที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส และควบคุมเครื่องปรับอากาศ ของห้องผ่าตัดไว้ที่ 22 องศาเซลเซียส และติดตาม

สัญญาณชีพตามมาตรฐานทางวิสัญญีตลอดการผ่าตัด จากนั้น ผู้ป่วยจะได้รับยาที่จะทำการศึกษาทางหลอดเลือดดำก่อนการผ่าตัดเสร็จสิ้น ประมาณ 20 นาที โดยพยาบาลวิสัญญีผู้ดูแล พร้อมทั้งสังเกตอาการและผลข้างเคียงของยาที่ห้องพักฟื้น

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะอาการหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้น ที่เวลา 0, 10, 20 และ 30 นาที โดยจะจำแนกความรุนแรงตาม Crossley and Mahajan scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0 = ไม่มีอาการหนาวสั่น, 1 = มีภาวะหลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและมีอาการขนลุก, 2 = มีการสั่นพริ้วของกล้ามเนื้อดำหนึ่งมัด, 3 = มีการสั่นพริ้วของกล้ามเนื้อมากกว่าหนึ่งมัด แต่ไม่ใช้การสั่นทั้งร่างกาย และ 4 = มีการสั่นพริ้วของกล้ามเนื้อทั้งร่างกาย⁽⁹⁾ หากอาการหนาวสั่นรุนแรง ≥ 3 ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเพทิดีน ขนาด 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ในทุกๆการประเมิน และสังเกตอาการหลังได้รับยาทุกครั้ง ร่วมกับการดูแลและบันทึกสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น จากนั้น เมื่อครบระยะเวลา จะส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยตามแนวทางต่อไป

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของการศึกษาทางคลินิกประเภท Randomized control trial สำหรับ Non-inferiority design of binary data⁽¹⁰⁾ กำหนดค่า Proportion คือ 0.06⁽⁷⁾ สำหรับ group A และ 0.375⁽⁴⁾ สำหรับ group B, Risk ratio = 1, Margin 60%, Level of confidence = 95%, Power of the test = 90% และ drop out = 5% ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง จะได้ขนาดตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 33 คน

การนำเสนอข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนตามประเภทของข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอในรูปการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-squared test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล ข้อมูลเชิง

ปริมาณ นำเสนอในรูปค่าเฉลี่ย(mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(standard deviation; SD) หรือค่ามัธยฐาน(median) และค่าพิสัยควอไทล์(interquartile range) ตามความเหมาะสมของข้อมูล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Student's t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดอาการหนาวสั่น นำเสนอในรูปการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม นำเสนอในรูป Absolute difference และ Effect estimate(odds ratio) จาก logistic model ข้อมูลสัญญาณชีพระหว่างกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Student's t-test (Independent samples t-test) โดยค่า p -value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรม SPSS version 16.0 for Windows

ผลการศึกษา

การศึกษานี้จัดทำขึ้นระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยกลุ่ม A จำนวน 33 คน และกลุ่ม B จำนวน 33 คน ไม่มีผู้ป่วยถูกคัดออกตามเกณฑ์คัดออก และผู้ป่วยทุกรายอยู่ครบจนถึงกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลสิ้นสุด

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ เพศ, อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, BMI, ASA physical status, Type of surgery, Dose of 0.5% hyperbaric bupivacaine, และ Level of anesthesia พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1)

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ยาตามีนขนาดต่ำ และยาเพทิดีน ในการป้องกัน

Table 1 Baseline characteristics of participants

Characteristics	Low dose ketamine (n = 33)	Pethidine (n = 33)	p-value
Gender			
Male	25 (75.8)	25 (75.8)	1.000 ^c
Female	8 (24.2)	8 (24.2)	
Age (years)	47.61 ± 12.42	47.27 ± 14.39	0.920 ^t
Body weight (kg)	68.91 ± 9.30	67.52 ± 9.66	0.553 ^t
Height (cm)	166.67 ± 9.23	163.82 ± 10.27	0.240 ^t
BMI (kg/m ²)	20.64 ± 2.18	20.54 ± 1.96	0.855 ^t
ASA			
ASA class 1	18 (54.5)	17 (51.5)	0.805 ^c
ASA class 2	15 (45.5)	16 (48.5)	
Type of surgery			
Orthopedic surgery	21 (63.6)	22 (66.7)	1.000 ^f
General surgery	11 (33.3)	10 (30.3)	
Gynecologic surgery	1 (3.0)	1 (3.0)	
Dose (milliliter)	2.14 ± 0.61	2.06 ± 0.51	0.557 ^t
Level of anesthesia			
T10 and below T10	26 (78.8)	28 (84.8)	0.523 ^c
Above T10	7 (21.2)	5 (15.2)	

Data are presented as number (%), mean ± standard deviation or median (interquartile range).
p-value corresponds to ^tIndependent samples t-test, ^mMann-Whitney U test, ^cChi-square test
or ^fFisher's exact test.

ภาวะอาการหนาวสั่นที่เกิดตามหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่นที่เกิดตามหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดยที่เวลา 0 นาที กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่น ร้อยละ 9.1 และ 18.2 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีอุบัติการณ์น้อยกว่าอีกกลุ่ม คือ ร้อยละ 9.09 (95%CI: -25.50 - 7.32) โดยที่กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีโอกาสเกิดภาวะอาการหนาวสั่น 0.45 เท่า (OR = 0.45, 95%CI: 0.10 - 1.98, p-value = 0.290) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเพทิดีนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.290)

ที่เวลา 10 นาที กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่น ร้อยละ 6.1 และ 18.2 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่นน้อยกว่าอีกกลุ่ม คือ ร้อยละ 12.12 (95%CI: -27.56 - 3.35) โดยที่กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีโอกาสเกิดภาวะอาการหนาวสั่น 0.29 เท่า (OR = 0.29, 95%CI: 0.05 - 1.56, p-value = 0.149) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเพทิดีนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.149)

ที่เวลา 20 นาที กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่น ร้อยละ 6.1 และ 12.1 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่นน้อยกว่าอีกกลุ่ม คือ

ร้อยละ 6.06 (95%CI: -19.85 – 7.73) โดยที่กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีโอกาสเกิดภาวะอาการหนาวสั่น 0.47 เท่า (OR = 0.47, 95%CI: 0.08 - 2.75, p -value = 0.400) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเพทิดีน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.400)

ที่เวลา 30 นาที กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่น ร้อยละ 3.0 และ 3.0 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีการเกิดภาวะอาการหนาวสั่นเท่ากับกลุ่มที่ได้รับยาเพทิดีน โดยที่กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำมีโอกาสเกิดภาวะอาการหนาวสั่น 1 เท่า (OR = 1.00, 95%CI: 0.06 - 16.69, p -value = 1.000) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเพทิดีนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 1.000) (Table 2)

การเปรียบเทียบสัญญาณชีพระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนพบว่า การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพระหว่างก่อนและหลังได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต Systolic blood pressure เฉลี่ย -9.61 ± 13.90 % และ -5.55 ± 12.68 % ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต Systolic blood pressure แตกต่างกัน -4.05 % (95%CI: -10.60, 2.49) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.221) กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต Diastolic blood pressure เฉลี่ย -12.93 ± 15.17 % และ -13.24 ± 14.10 % ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต Diastolic blood pressure แตกต่างกัน 0.30 % (95%CI: -6.90, 7.51) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.933) กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าการเปลี่ยนแปลงของ mean arterial pressure เฉลี่ย -11.67 ± 12.23 % และ -9.88 ± 12.78 % ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของ mean arterial pressure แตกต่างกัน -1.78 % (95%CI: -7.94, 4.37)

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.564) กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นหัวใจเฉลี่ย -11.02 ± 16.64 % และ -13.70 ± 13.00 % ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นหัวใจแตกต่างกัน 2.68 % (95%CI: -4.67, 10.02) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.469) และกลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ย 0.27 ± 0.54 % และ 0.37 ± 0.43 % ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายแตกต่างกัน -0.10 % (95%CI: -0.34, 0.14) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.409) (Table 3)

ผลการศึกษาผลข้างเคียงของการให้ยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนที่ใช้ในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่น พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนมีการเกิดผลข้างเคียง ร้อยละ 12.1 และ 6.1 ตามลำดับ (p -value = 0.672) ได้แก่ Hypotension ร้อยละ 6.1 และ 0 ตามลำดับ (p -value = 0.492) Nausea ร้อยละ 6.1 และ 3 ตามลำดับ (p -value = 1.000) และ Hallucination ร้อยละ 0 และ 3 ตามลำดับ (p -value = 1.000) (Table 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้ พบว่า การให้เคตามีนขนาดต่ำมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่นที่เกิดตามหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังได้ไม่แตกต่างกับยาเพทิดีน

ภาวะอาการหนาวสั่นเป็นผลข้างเคียงที่มักเกิดขึ้นตามหลังการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อลดการสูญเสียความร้อน มีอุบัติการณ์ตามหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างร้อยละ 5-65^(4,7) และมีอุบัติการณ์ตามหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังร้อยละ 30-33⁽⁵⁾ ซึ่งจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่า มีอุบัติการณ์โดยรวมกว่าร้อยละ 34⁽¹⁾ ซึ่งผลการศึกษานี้ของจิตรรัตน์ อริยานุชิตกุล และคณะ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการหนาวสั่น คือน้ำหนักตัวน้อยกว่า

60 กิโลกรัม(adjusted odd ratio=2.429)⁽³⁾ การป้องกันภาวะอาการหนาวสั่นสามารถทำได้หลายวิธี วิธีที่ไม่ใช้ยา(Non-pharmacological therapy) ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้ร่างกายสูญเสียความร้อน จนอุณหภูมิต่ำกว่า shivering threshold หรือเพื่อไม่ให้เกิด central shivering reflex โดยการทำให้ผิวกายอบอุ่นอยู่เสมอ⁽¹¹⁾ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายด้วยหลายวิธี ให้ประสิทธิผลที่ดีกว่าวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว⁽¹⁾ ผู้วิจัยจึงกำหนดระเบียบวิธีวิจัย โดยเข้าไปควบคุมปัจจัยเรื่องอุณหภูมิกาย เพื่อลดผลของปัจจัยกวนต่ออุบัติการณ์การเกิดอาการหนาวสั่น โดยการควบคุมอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศในห้องผ่าตัดให้คงที่ที่อุณหภูมิ 22 องศาเซลเซียส และให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยด้วยเครื่องเป่าลมร้อนที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส

สำหรับวิธีการใช้ยา(Pharmacological therapy) ยาเพทิดีนเป็นยาในกลุ่ม opioids ที่มีฤทธิ์ anti-shivering ที่นิยมใช้มากที่สุด ขนาดที่ใช้คือ 0.4-0.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม ออกฤทธิ์ผ่านการกระตุ้น Mu receptor และ Kappa receptor ในระบบประสาทส่วนกลาง มีประโยชน์ทั้งในแง่การป้องกันและการบรรเทาอาการหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังรับความรู้สึกได้ โดยผลข้างเคียงของยาเพทิดีน คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีฤทธิ์กดการหายใจ^(4,5) ขณะที่ยาเคตามีนออกฤทธิ์เป็น NMDA receptor antagonist ซึ่งมีผลต่อกลไกการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย^(4-7, 12) ได้มีการศึกษาพบว่า ยาเคตามีน ขนาด 0.25-0.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะอาการหนาวสั่นได้ไม่ต่างจากยาหลอก โดยไม่เกิดผลข้างเคียง เช่น hallucination โดยผลการศึกษาของ Petskul, S. et al พบว่า อุบัติการณ์การเกิดอาการหนาวสั่นในกลุ่มที่ได้ยาเคตามีนและกลุ่มที่ได้ยาหลอกคือ 14.28% และ 16.30% ตามลำดับ(p -value = 0.42)⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Matsota, P. K. Et al พบว่าการให้ยาเพื่อป้องกันภาวะอาการหนาวสั่น ไม่ว่าจะเป็นยาในกลุ่ม alpha-2 agonist, ยาในกลุ่ม NMDA antagonist, ยาในกลุ่ม Opioids, ยาในกลุ่ม 5-HT3 receptor antagonist, และยา Dexamethasone ควรพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มี

ความเสี่ยงสูงอย่างระมัดระวัง เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁵⁾ เป็นต้น

ผู้วิจัยเลือกใช้ยาเคตามีนขนาดต่ำ คือ 0.25 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม เพื่อลดผลข้างเคียงที่มักพบบ่อยคือ Hallucination มาศึกษาเปรียบเทียบกับยาเพทิดีน ในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่นหลังการรับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ยาเคตามีนขนาดต่ำมีประสิทธิผลในการป้องกันอาการหนาวสั่นได้ไม่ต่างจากยาเพทิดีน โดยยาเคตามีนขนาดต่ำมีผลในการป้องกันเหนือกว่าทั้งที่เวลา 0, 10, และ 20 นาที และยาเคตามีนขนาดต่ำมีผลในการป้องกันไม่แตกต่างจากยาเพทิดีนที่เวลา 30 นาทีหลังการผ่าตัด โดยยาเคตามีนขนาดต่ำช่วยลดการเกิด hallucination รวมไปถึงลดการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนอีกด้วย

ผลการศึกษาของ Tonny Stone Luggya et al พบว่า ภาวะ hypotension เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดอาการหนาวสั่นที่เกิดขึ้นตามหลังการรับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง⁽¹²⁾ โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับยาเคตามีนขนาดต่ำยังคงมีประสิทธิผลในการป้องกันอาการหนาวสั่นได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเพทิดีน แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ควบคุมปัจจัยเรื่อง level of anesthesia ซึ่งเป็นปัจจัยกวนอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการสูญเสียความร้อนจากร่างกายผู้ป่วย ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการชาที่ระดับ T10 หรือต่ำกว่า อาจเป็นผลให้อุบัติการณ์น้อยกว่าในกลุ่มที่มี level of anesthesia ในระดับที่สูงกว่า T10 ได้นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดอาการหนาวสั่นคือ Hypotension ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้เข้าไปควบคุมปัจจัยดังกล่าว

สรุป

การให้ยาเคตามีนขนาดต่ำและยาเพทิดีนในการป้องกันภาวะอาการหนาวสั่นที่เกิดขึ้นตามหลังการรับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง มีประสิทธิผลและผลข้างเคียงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 2. Comparison of primary outcome between low dose ketamine and pethidine.

Outcomes	Low dose ketamine (n = 33)	Pethidine (n = 33)	Absolute difference ^a (95% CI)	Effect estimate ^b (95% CI)	p-value
Incidence of postoperative shivering					
0 minute	3 (1/2/0/0) (9.1)	6 (1/4/0/1) (18.2)	-9.09 (-25.50 - 7.32)	0.45 (0.10 - 1.98)	0.290
10 minutes	2 (1/1/0/0) (6.1)	6 (3/1/1/1) (18.2)	-12.12 (-27.56 - 3.35)	0.29 (0.05 - 1.56)	0.149
20 minutes	2 (2/0/0/0) (6.1)	4 (3/1/0/0) (12.1)	-6.06 (-19.85 - 7.73)	0.47 (0.08 - 2.75)	0.400
30 minutes	1 (0/1/0/0) (3.0)	1 (1/0/0/0) (3.0)	0.00 (-8.27 - 8.27)	1.00 (0.06 - 16.69)	1.000

Data are presented as number (%).

^a Absolute difference is the difference in proportions.

^b Effect estimate is odds ratio (2-sided 95%CI) from a logistic model.

Table 3. Comparison of secondary outcomes between low dose ketamine and pethidine.

Outcomes	Low dose ketamine (n = 33)	Pethidine (n = 33)	Mean difference (95%CI)		p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD			
Pre-treatment					
SBP (mmHg)	133.91 ± 19.33	134.58 ± 18.38	-0.67	(-9.94, 8.61)	0.886
DBP (mmHg)	80.45 ± 12.56	82.55 ± 10.79	-2.09	(-7.85, 3.67)	0.471
MAP (mmHg)	98.27 ± 13.42	99.89 ± 12.20	-1.62	(-7.92, 4.69)	0.610
HR (bpm)	84.27 ± 15.78	87.12 ± 14.51	-2.85	(-10.3, 4.61)	0.448
BT (°C)	36.58 ± 0.24	36.50 ± 0.22	0.08	(-0.04, 0.19)	0.184
Post-treatment					
SBP (mmHg)	119.76 ± 18.29	126.18 ± 18.39	-6.42	(-15.44, 2.6)	0.160
DBP (mmHg)	69.30 ± 12.78	70.94 ± 10.78	-1.64	(-7.45, 4.18)	0.576
MAP (mmHg)	86.12 ± 12.98	89.35 ± 12.33	-3.23	(-9.46, 2.99)	0.304
HR (bpm)	73.97 ± 15.23	74.79 ± 14.91	-0.82	(-8.23, 6.59)	0.826
BT (°C)	36.68 ± 0.26	36.64 ± 0.22	0.04	(-0.08, 0.16)	0.512
% Change					
SBP	-9.61 ± 13.90	-5.55 ± 12.68	-4.05	(-10.60, 2.49)	0.221
DBP	-12.93 ± 15.17	-13.24 ± 14.10	0.30	(-6.90, 7.51)	0.933
MAP	-11.67 ± 12.23	-9.88 ± 12.78	-1.78	(-7.94, 4.37)	0.564
HR	-11.02 ± 16.64	-13.70 ± 13.00	2.68	(-4.67, 10.02)	0.469
BT	0.27 ± 0.54	0.37 ± 0.43	-0.10	(-0.34, 0.14)	0.409

^ap-value corresponds to independent samples t-test.

Table 4 Adverse events

Adverse events	Low dose ketamine (n = 33)	Pethidine (n = 33)	p-value
Adverse events	4 (12.1)	2 (6.1)	0.672 ^f
Hypotension	2 (6.1)	0 (0.0)	0.492 ^f
Nausea	2 (6.1)	1 (3.0)	1.000 ^f
Hallucination	0 (0.0)	1 (3.0)	1.000 ^f

Data are presented as number (%).

p-value corresponds to ^cChi-square test or ^fFisher's exact test.



เอกสารอ้างอิง

1. Lopez MB. Postanaesthetic shivering - from pathophysiology to prevention. Rom J Anaesth Intensive Care. 2018;25(1):73-81.
2. Eberhart LHJ, Döderlein F, Eisenhardt G, Kranke P, Sessler DI, Torossian A, et al. Independent Risk Factors for Postoperative Shivering. Anesthesia & Analgesia. 2005;101(6):1849-57.
3. Ariyanuchitkul T. Associated Factors of Perioperative Shivering in Patients Undergoing Orthopedic Surgery under Spinal Anesthesia. Thai Journal of Anesthesiology. 2020;46(4):234-9.
4. Kose EA, Dal D, Akinci SB, Saricaoglu F, Aypar U. The efficacy of ketamine for the treatment of postoperative shivering. Anesthesia & Analgesia. 2008;106(1):120-2.
5. Matsota PK, Koliantzaki IK, Kostopanagiotou GG. Pharmacological Approach for the Prevention of Postoperative Shivering: A Systematic Review of Prospective Randomized Controlled Trials. Asian J Anesthesiol. 2019;57(3):66-84.
6. Corredor FA. Comparison of the effectiveness of dexmedetomidine, meperidine and ketamine in the prevention of postoperative shivering. Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition). 2016;63(9):505-12.
7. Petskul S, Kitsiripant C, Rujirojindakul P, Chantarokorn A, Jullabunyasit A, Thinchana S. Prophylactic low-dose ketamine to prevent post anesthetic shivering in orthopedic surgery: a randomized-controlled study. J Med Assoc Thai. 2016;99(4):400-5.
8. Crowley LJ, Buggy DJ. Shivering and neuraxial anesthesia. Reg Anesth Pain Med. 2008;33(3):241-52.
9. Crossley AW, Mahajan RP. The intensity of postoperative shivering is unrelated to axillary temperature. Anaesthesia. 1994;49(3):205-7.
10. Chow S-C, Shao J, Wang H, Lokhnygina Y. Sample size calculations in clinical research: chapman and hall/CRC; 2017.
11. Zhang Y, Wong KC. Anesthesia and postoperative shivering: its etiology, treatment and prevention. Acta Anaesthesiol Sin. 1999;37(3):115-20.
12. Luggya TS, Kabuye RN, Mijumbi C, Tindimwebwa JB, Kintu A. Prevalence, associated factors and treatment of post spinal shivering in a Sub-Saharan tertiary hospital: a prospective observational study. BMC Anesthesiol. 2016;16(1):100.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร

Effects of Nurses' Practice Guidelines on Personal Practice Knowledge in Cataract Surgery Patients, Praarjanphan Arjaro Hospital

(Received: February 27,2023 ; Revised: March 11,2023 ; Accepted: March 13,2023)

สุมาลินี ชุ่มชื่น¹

Sumalinee Chumcheun^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก และเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเป็นผู้ป่วยต้อกระจกจำนวน 20 คน ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2565 ในหอผู้ป่วยต้อกระจกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร เครื่องมือที่ใช้ในทดลองคือแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พัฒนาจากแนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิง (Demming Cycle) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมานที่ใช้เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วย สถิติ paired sample t- test

ผลการวิจัยพบว่าแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ได้เป็นคู่มือประกอบด้วยความรู้โรคต้อกระจก การเตรียมตัวผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก สื่อวีดิทัศน์ การเช็ดตา หยอดตา การสอนสาธิตการเช็ดตาหยอดตา แผ่นพับการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก คะแนนความรู้หลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

(ค่า $t = 62.56$, 95% CI = 11.16 - 11.93)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ ,การให้ความรู้,การผ่าตัดต้อกระจก,วงจรเดมมิง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop of a Education practice Guidelines for Cataract Surgery Patients at the cataract surgery, before and after comparison knowledge scores due to Education Practice guidelines for cataract surgery ped-eye department in Praarjanphan Arjaro hospital, Sakon Nakhon province. The samples 20 patients of cataracts surgery ped-eye department in Praarjanphan Arjaro hospital, Sakon Nakhon province. The research was conducted between July and August 2022. Instruments consisted of guidelines for education was modified and developed based on Deming Cycle, and collect to data by knowledge of check-list. Data were analyzed by descriptive statistics comparing knowledge scores using paired t-test statistics.

The research findings revealed that after receiving knowledge from the Education practice Guidelines at cataract surgery patients. The Patients had knowledge of score at higher than before was

¹ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอมพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

significantly increased after received health education program at .05 ($p < 0.001$) ($t = 62.56$, 95% CI = 11.16 - 11.93).

Keywords: Guideline, Education, Cataract surgery, Deming cycle

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นปัญหาทางตาที่พบในผู้สูงอายุร้อยละ 80⁽¹⁾ สาเหตุเกิดจากความเสื่อมสภาพของเลนส์แก้วตา พบว่าสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นโอกาสที่จะเป็นโรคต้อกระจกก็สูงขึ้น⁽²⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายของโรคต้อกระจกคือต้อหิน หากต้อกระจกที่มีความหนาแน่นมากขึ้นหรือมีอาการสุกมากขึ้นจะทำให้มีภาวะความดันลูกตาสูงและปวดตาร่วมด้วย ถ้าหาก ความดันลูกตาสูงอยู่นานจะทำให้ประสาทตาเสื่อม และสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ปัจจุบันพบโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุทั่วโลกมีปริมาณเพิ่มขึ้น 5-10 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ⁽²⁾ ประเมินการณ์ว่า ปี พ.ศ.2563 จะมีผู้สูงอายุที่ตาบอดจากโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้น 54 ล้านคน⁽³⁾ และผลการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา โดยองค์การอนามัยโลกจำนวน 18 ล้านคนพบโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุร้อยละ 48 โดยมีอายุ 52-64 ปี ร้อยละ 42 อายุ 65-74 ปี ร้อยละ 60 และอายุ 75-85 ปี ร้อยละ 91⁽⁴⁾ และปี พ.ศ. 2549-2560 ประเทศไทย คณะกรรมการป้องกันตาบอด และควบคุมสายตาพิการแห่งชาติทำการสำรวจภาวะตาบอด พบโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข มีอัตราคนตาบอดร้อยละ 94.34 ของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีสาเหตุอันดับหนึ่ง คือ โรคต้อกระจก อันดับสอง คือ โรคต้อหิน คิดเป็นร้อยละ 4.56⁽⁵⁾ และมีโรคต้อกระจกทำให้ตาบอดทั้งสองข้าง ร้อยละ 74.65⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าภาวะตาบอดนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ประชากรต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ และเป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วย และสังคม⁽⁵⁾

การผ่าตัดต้อกระจกถือเป็นการรักษาต้อกระจกที่มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยปลอดภัยร้อยละ 90 การพยากรณ์โรคหลังการ

รักษา สายตาจะกลับมาจนใกล้เคียงปกติหรือเป็นปกติได้ในระดับสายตา 20/20⁽⁸⁾ ซึ่งจะนำต้อกระจกที่ขุ่นออก และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ทันทีหลังการผ่าตัด⁽⁷⁾ และในสหราชอาณาจักรอังกฤษในปี ค.ศ. 1997-1998 พบผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดตาอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 85 ปี อายุที่มากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งจะส่งผลให้การพยากรณ์สภาพสายตาหลังการรักษาอยู่ในระดับไม่เกิน 20/40⁽⁹⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ความดันลูกตาสูง เลือดออกด้านหลังลูกตา เยื่อหุ้มเลนส์แตก เส้นใยเลนส์ขาด น้ำวุ้นตารั่วทะลัก จอประสาทตาลอกหลุด แก้วตาเทียมเคลื่อน ใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ได้⁽¹⁰⁾ สายตาเอียงที่ระดับ 0.00-1.50D แก้ไขโดยการใส่แว่นตา พบร้อยละ 5 ซึ่งอาจส่งผลทำให้สายตาเลเวลต่ำกว่าเดิมหรือตาบอดถาวร⁽¹¹⁾ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต้อกระจกพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมของผู้ป่วย⁽¹²⁾ ซึ่งสามารถป้องกันได้ หากผู้ป่วยดูแลตัวเองภายหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้อง⁽¹³⁾

จากสถิติผู้ป่วยต้อกระจกปีงบประมาณ 2562 หอผู้ป่วยเด็ก-ตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอมโนรณานิคม จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงพบว่าโรคต้อกระจกเป็นโรค 1 ใน 5 ของผู้ที่มารับบริการ มีผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 1,591 คน พบผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 22.02 ในประเด็นเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายดังนี้ไม่ถอดเครื่องประดับ 96 คน ร้อยละ 13.76 ไม่ล้างหน้าก่อนผ่าตัดจำนวน 54 คน ร้อยละ 3.39 คลุมโปงไม่ได้ขณะผ่าตัดจำนวน 19 คน ร้อยละ 1.19 ครอบด้วยที่ครอบตา

ไม่สวมแว่นตากัน จำนวน 18 คน ร้อยละ 1.13 ปิดตาด้วยผ้าก๊อซ และที่ครอบตาจำนวน 17 คน ร้อยละ 1.06 สวมแว่นตาอ่านหนังสือแบบใสโดยไม่สวมแว่นตากันแต่จำนวน 12 คน ร้อยละ 0.75 ซื้อครีมบำรุงทาหน้าและเข้ากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 5 คน ร้อยละ 0.31 ⁽¹⁴⁾

ผู้วิจัยได้นำรายงานอุบัติการณ์มาวิเคราะห์สาเหตุ พบปัญหาด้านอัตราการล้างไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการ บุคลากรพยาบาลทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้รับผู้ป่วยรายใหม่ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกซึ่งต้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด สมรรถนะของพยาบาลผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านการสอนให้คำแนะนำ และการเลือกใช้สื่อกับผู้ป่วยรายบุคคลยังจำกัด ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด มีความเครียด ไม่มั่นใจต่อการผ่าตัด ผู้ป่วยหลาย ๆ คน ไม่มีญาติมาอยู่ด้วย ส่วนวัสดุอุปกรณ์พบปัญหา คือสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้มีหลากหลายเช่น วีดิทัศน์ โปสเตอร์เรื่องโรคทางตา โดยพยาบาลผู้ให้ข้อมูล มีการบรรยาย ให้ผู้ป่วยและญาติฟัง จากรายงานอุบัติการณ์ ด้านสื่อสารสนเทศ และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสรุปเป็นข้อมูลสถิติโดยให้ข้อมูลทางวีดิทัศน์ ร้อยละ 85.33 บรรยายโดยไม่ใช้สื่อ และ สารสนเทศ ร้อยละ 14.67 ⁽¹⁴⁾ และสถานที่ให้ความรู้ไม่เป็นสัดส่วน ทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิ ไม่สนใจรับฟังข้อมูล กระบวนการให้ความรู้และคำแนะนำมีข้อจำกัดวิธีการสอนเน้นการบรรยายไม่ใช้สื่อประกอบเนื้อหาการสอนยาวและไม่ต่อเนื่อง น้ำเสียงเบา พูดเร็วและเร็ว ไม่มีการทวนซ้ำ ขาดการกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำและรับข้อมูลในเวลาสั้น ประกอบกับการสอนผู้ป่วยกลุ่มขนาดใหญ่ 20-25 คนส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้ความรู้ พบว่าผู้ป่วยบางคนไม่ได้รับข้อมูลความรู้ในเรื่องเตรียมตัวผ่าตัด ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ขาดคุณภาพในการปฏิบัติงาน มีผลกระทบด้านผลลัพธ์ในกระบวนการเตรียมตัวผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการให้ความรู้ผู้ป่วยต่อกระจกที่มีความแตกต่างกัน และยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่ชัดเจน อีกทั้งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกยังไม่นำสู่การปฏิบัติจริงซึ่ง การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในการให้ความรู้และกระตุ้นให้บุคลากรถือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกรวมทั้งบันทึกไว้เป็นหลักฐานเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการประเมิน และเลือกใช้วิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม มีการประเมินผลการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก รวมทั้งมีรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เช็ดตา หยอดตาถูกวิธี และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ⁽¹⁵⁾ กล่าวว่าการให้ข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยมีความตึงเครียดหรือเหน็ดเหนื่อยจะทำให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลได้น้อย มีข้อจำกัดด้านการรับรู้โดยเฉพาะสิ่งใหม่ ๆ ผู้ป่วยต้องการระยะเวลาในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีความจำระยะสั้น ⁽¹⁶⁾ และงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยะรอผ่าตัด พบว่ามีความเครียดด้านจิตใจกลัวตาบอด และภายหลังการผ่าตัดต่อกระจกผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้แต่ไม่กล้าปฏิบัติตัวเนื่องจากกลัวการผ่าตัดจะไม่ได้ผลดี ⁽¹⁷⁾ รวมทั้งการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับสื่อ พบว่า สื่อที่ใช้ต้องเหมาะสมกับผู้รับสื่อ เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่อกระจกจะมีการมองเห็นที่ลดลงและยังมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ด้วย และจากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นวีดิทัศน์มีทั้งภาพ และเสียงจะเหมาะสม ⁽¹⁸⁾ ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระจกเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์นั้นจะช่วยให้เข้าใจในเรื่องปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้ที่รวดเร็ว จดจำง่าย สะดวก ประหยัดเวลาทำให้

พยาบาลผู้ดูแลทำงานได้คล่องตัว สามารถบริหารเวลา และดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม⁽¹⁹⁾

จากการระบุปัญหาดังกล่าว การให้ความรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลทำให้ตาบอด จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรฝ่ายบริหารตระหนักถึงปัญหาเชิงการบริหาร และให้ความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก เพื่อให้บุคลากรทางพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย เหมาะสมกับบริบท ผู้ป่วยที่มารับบริการ เข้าใจ และ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพตามมาตรฐานการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร
2. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง(One group pre-test post-test design) มีการดำเนินการทดลองวิจัยรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยต่อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกในหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระ

อาจารย์ฝั้นอาจาโร ระหว่างเดือน กรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2565

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกในหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยต่อกระจกทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระจกครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสลายต่อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification) และใส่เลนส์แก้วตาเทียม
2. สามารถฟังและพูดสื่อสารภาษาไทย
3. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยต่อกระจกที่มีโรคทางตาพร้อมเช่นต้อหิน ต้อ น้ำตาอุดตัน เยื่อぶตาขาวอักเสบ
2. ตาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดไม่มีภาวะสายตาสั้นกลางที่ส่งผลให้มองไม่เห็น
3. ผู้ป่วยต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม
4. ญาติผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยขณะรับการผ่าตัดต่อกระจก

วิธีการสุ่มและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนํารายชื่อผู้ป่วยต่อกระจกที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสลายต่อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง(Phacoemulsification) และใส่เลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 440 คนจับฉลากแบบไม่ใส่คืน 20 ราย และติดต่อประสานชี้แจงกับผู้ป่วยตามรายชื่อที่จับฉลากได้ในหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร และทำการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกและคัดออก หลังจากผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2565 เมื่อเสร็จการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการและได้

ข้อมูลครบถ้วนสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โดยการค้นหาปัญหาการให้ความรู้ผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์และทิศทางการแก้ปัญหาการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก จัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติการให้ความรู้ ผ่าตัดต่อกระดูกได้ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วยนักสุขภาพจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการชั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติด้านจักษุ 1 คน อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม 1 คน แบบประเมินความรู้ต่อการกระทำและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการให้ความรู้ของผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.97

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความรู้ต่อการกระทำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน 20 ข้อ ตัวเลือกได้แก่ เครื่องหมาย ถูก ผิด เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการบริการตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน 10 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีความหมายดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย 2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติต่อกระดูกจำนวน 10 ข้อคำถามมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีความหมายดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับดังนี้คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2.4 แบบประเมินความเป็นไปได้ของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติให้ความรู้ผู้ป่วยต่อการกระทำจำนวน 6 ข้อคำถามมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยแบ่งระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การวิเคราะห์และแปลผล 5 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำร่างแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประเมิน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ IOC= 0.97

2.การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ต่อกระຈกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อต่อกระຈกด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20

(Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับความบริการตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อต่อกระຈกด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach s alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.74 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติต่อกระຈก ได้ค่าเท่ากับ .726 และแบบประเมินความเป็นไปได้ของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ได้ค่าเท่ากับ .778

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโตามเกณฑ์คัดเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน กรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2565โดยมีการดำเนินการดังนี้

1.ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 นำโครงการวิจัยขอรับการ

พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กตาเกี่ยวกับขั้นตอนงานวิจัย วิธีการปฏิบัติกิจกรรมในการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อต่อกระຈกและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยอธิบายเหตุผลความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ของงานวิจัย ผลกระทบที่อาจเกิดกับกลุ่มตัวอย่างและวิธีการเสร็จสิ้นของการเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.5 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้ต่อกระຈกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อต่อกระຈกก่อนให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อต่อกระຈก (Pre-test)

2.ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยให้การพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคลและให้ความรู้ผู้ป่วยต่อกระຈกที่หอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโ ตั้งแต่วันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจักษุแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลรับฟังข้อมูลการปฏิบัติตัวจากพยาบาลวิชาชีพในห้องให้สุศึกษา หอผู้ป่วยเด็กตาในช่วงเช้าของวันที่รับใหม่โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ การปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อต่อกระຈก ” ใช้เวลา 8 นาทีจากนั้นพยาบาลวิชาชีพทบทวนข้อมูลการปฏิบัติตัวที่สำคัญได้แก่การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ ผ่าตัดและหลังผ่าตัด พูดคุยแลกเปลี่ยนตอบข้อซักถามต่างๆ ในช่วงบ่ายของวันผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้ซ้ำและแลกเปลี่ยนตอบข้อซักถามเพิ่มเติมเพื่อติดตามการปฏิบัติตัวรายบุคคลในช่วงเวลา 19.00-20.00 น.ในวันที่รับใหม่และในวันจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการให้ความรู้ซ้ำโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ การปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อต่อกระຈก ” ซ้ำอีกครั้ง ใช้เวลา 8 นาที พูดคุยแลกเปลี่ยนตอบข้อซักถามและรับฟังข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อต่อกระຈก การเช็ดตา หยอดตาจากสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 10 นาทีเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลโดยพยาบาลวิชาชีพในห้องให้สุศึกษาในช่วงเวลา 6.00-8.00 น. และขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในช่วงเวลา11.00-12.00 น.หลังจากจักษุแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการ

เช็ดตา หยอดตาในห้องสุขศึกษาที่เป็นสัดส่วน ไม่ถูกรบกวนจากเสียงภายนอกและจัดกิจกรรมในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ต้องทำกิจกรรมอื่นใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกและอุปกรณ์เช็ดตาและยาหยอดตา

3.ขั้นหลังการทดลอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบแบบประเมินความรู้ต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกหลังให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (Post-test) และตอบแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกระดูกต่อการได้รับการบริการตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโรตอบแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติต่อกระดูกและแบบประเมินความเป็นไปได้ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกโดยใช้สถิติ

paired sample t- test

3.วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกระดูกต่อการได้รับการบริการตามแนวปฏิบัติการให้

ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติต่อกระดูกความเป็นไปได้ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร เลขที่โครงการ 025/2563 ลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 1ปีหลังจากมีการตีพิมพ์เผยแพร่ 5) การนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมและ 6) สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือสิทธิ์ที่จะถอนออกจากการวิจัยตลอดจนการซักถาม กรณีเกิดข้อสงสัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์การเข้ารับบริการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุมากกว่าและเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 85.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาท

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=20)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	12	60.0
	หญิง	8	40.0
อายุ	54 - 59 ปี	3	15.0
	60-65ปี	7	35.0
	66-70ปี	5	25.0
	70ปีขึ้นไป	5	25.0
ศาสนา	พุทธ	19	95.0
	คริสต์	1	5.0
สถานภาพ	โสด	2	10.0
	สมรส	12	60.0
	หย่าร้าง	2	10.0
	หม้าย	4	20.0
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	16	80.0
	มัธยมศึกษา	1	5.0
	อนุปริญญา	1	5.0
	ปริญญา	1	5.0
	สูงกว่าปริญญา	1	5.0
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	3	15.0
	เกษตรกร	12	60.0
	ข้าราชการ/วิสาหกิจ	2	10.0
	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2	10.0
	อื่นๆ	1	5.0

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=20) (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้	ต่ำกว่า3,000บาท	11	55.0
	3,0001-10,000บาท	7	35.0
	10,001-15,000บาท	0	0.0
	มากกว่า15,000บาท	2	10.0

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 (ค่า $t = 62.50$, 95%CI = 11.16 - 11.931) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก (N=20)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$ (S.D.)	แปรผล	t	95%CI	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	8.40(0.88)	ระดับต่ำ	62.56	11.16-11.93	<0.001
หลังใช้แนวปฏิบัติ	19.95(0.22)	ระดับสูง			

ความรู้ต่อกระจกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกเมื่อพิจารณาข้อพบว่าข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือสามารถนอนตะแคงทับข้างผ่าตัดและผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกควรมาตรวจต่อเนื่อง 3 ครั้งร้อยละ5.0 รองลงมาคือผู้ป่วยสามารถดูโทรทัศน์เล่นมือถือ ยูทูบ โลก เฟสบุ๊คและอ่านหนังสือนานเท่าคนปกติ

ร้อยละ10.0 การอาบน้ำควรอาบน้ำฝักบัว การอาบน้ำควรราดน้ำตั้งแต่บ่าลงไปถึงลำตัวร้อยละ 20.0 .ยาหยอดตาควรเก็บในตู้เย็นยกเว้นช่องแช่แข็ง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกปิดตาด้วยก๊อสปิดตาเพียง1วันห้ามนำกลับมาใช้ซ้ำร้อยละ30.0 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพิ่มขึ้นทุกข้อ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของการตอบถูกรายข้อก่อนและหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก (n=20)

ข้อคำถาม	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	n	(%)	n	(%)
1. สาเหตุของต่อกระจกเกิดจากความเสื่อมของเลนส์แก้วตา	12	(60.0)	20	(100)
2.หลังผ่าตัดต่อกระจกสามารถสระผมโดยนอนหงายให้ผู้อื่นสระให้	10	(50.0)	20	(100)
3.การอาบน้ำควรอาบน้ำฝักบัว	4	(20.0)	20	(100)
4.การอาบน้ำควรราดน้ำตั้งแต่บ่าลงไปถึงลำตัว	4	(20.0)	20	(100)
5.เช็ดตาด้วยน้ำเกลือที่โรงพยาบาลเตรียมให้เป็นเวลา10 วัน	9	(45.0)	20	(100)
6.ยาหยอดตาควรเก็บในที่ร่มไม่โดนแดดในกรณีเดินทางหรือบ้านไม่มีตู้เย็น	10	(50.0)	20	(100)
7.ยาหยอดตาควรเก็บในตู้เย็นยกเว้นช่องแช่แข็ง	6	(30.0)	20	(100)
8.สวมแว่นตากันแดดสีดำหรือสีชากลางคืนครอบดวงที่ครอบตาทุกคืนอย่างน้อย1เดือน	16	(80.0)	20	(100)
9.การทำความสะอาดที่ครอบตาควรล้างด้วยน้ำสบู่/น้ำยาล้างจาน	7	(35.0)	20	(100)
10.ผู้ป่วยอมหมากได้ตามปกติโดยให้ผู้อื่นดាំให้ก่อนเคี้ยว	8	(40.0)	20	(100)
11.ผู้ป่วยที่ใส่เลนส์แก้วตาเทียมแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจก	11	(55.0)	20	(100)
12.ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกปิดตาด้วยก๊อสปิดตาเพียง1วันห้ามนำกลับมาใช้ซ้ำ	6	(30.0)	20	(100)
13.อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดคือปวดตาสายตามัวลง มีขี้ตา	9	(45.0)	20	(100)
14.อาหารสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกคืออาหารธรรมดาอาหารประจำโรคประจำตัวยกเว้นของแข็ง	9	(45.0)	20	(100)
15.ท่านลอกต่อกระจกที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร	19	(95.0)	20	(100)
16.สามารถนอนตะแคงทับข้างผ่าตัด	1	(5.0)	20	(100)
17.ยาหยอดตาควรหยอดห่างกัน5นาที่	5	(25.0)	20	(100)
18.ผู้ป่วยสามารถดูโทรทัศน์เล่นมือถือ ยูทูบ โลก เฟสบุ๊คและอ่านหนังสือนานเท่าคนปกติ	2	(10.0)	19	(95.0)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของการตอบภูมูรายข้อก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (n=20) (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	n	(%)	n	(%)
19.ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกยื่นใบนัดที่แผนกตาชั้น1ของตึก จักษุกรรม	19	(95.0)	20	(100)
20.ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกควรมาตรวจต่อเนื่อง 3 ครั้ง	1	(5.0)	20	(100)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในระดับมาก

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการได้รับบริการตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (n = 20)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (ระหว่าง 3.68 - 5.00 คะแนน)	20	100
$\bar{X}$ 4.67 (S.D. = 0.47)		

บุคลากรพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในระดับมาก

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (n=8)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (ระหว่าง 3.68-5.00 คะแนน)	8	100

ความเป็นไปได้ตามความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในระดับมาก

ตารางที่ 7 ระดับความเป็นไปได้ตามความเห็นของพยาบาลวิชาชีพ (n=8)

ระดับความเป็นไปได้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (ระหว่าง 3.68-5.00 คะแนน)	6	75
ระดับปานกลาง (ระหว่าง 2.34-3.67 คะแนน)	2	25

สรุปและอภิปรายผล

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกมากที่สุดในจังหวัดสกลนครจากการทบทวนสภาพปัญหาการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกห่อผู้ป่วยเด็กตา พบข้อจำกัดด้านบุคลากร กระบวนการอุปกรณ์ สถานที่ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารหอผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกจึงมีแนวคิดพัฒนาการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อเป็นมาตรฐานระบบบริการ โดยจัดทำแผนขออัตราจ้างพยาบาลเพิ่มจากที่มีอยู่เดิม เพิ่มอัตราจ้างพยาบาลวิชาชีพ อบรมเรื่องการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก จัดทำคู่มือการให้ความรู้ผู้ป่วยต่อกระดูก มีระบบพี่เลี้ยงให้คำชี้แนะ จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรพยาบาล

อบรมนอกสถานที่ แผนพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติด้านจักษุ ด้านกระบวนการ มีการมอบหมายงานโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในเอกสารการมอบหมายงาน ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้าเวร และนิเทศโดยการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกโดยหัวหน้า/รองหัวหน้าหอผู้ป่วย มีรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก และกำหนดช่วงเวลาให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก และได้พัฒนาแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกใช้กระบวนการกลุ่มยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยต่อกระดูกให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง

อภิปรายผลได้ว่าการให้ความรู้ตามแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความรู้ที่มีแบบแผน รูปแบบชัดเจนโดยคำนึงถึงความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการรับรู้ เพิ่มขึ้น การกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน สื่ออุปกรณ์ที่เหมาะสม มีการสาธิตการเช็ดตา และสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้และญาติสามารถเช็ดตาได้ถูกต้องป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดกับสอดคล้องกับจุฑา ดาว ทัพเบิก ⁽²²⁾ ศึกษาผล การใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใส เลนส์แก้วตาเทียม หอผู้ป่วยตาคู จมูกโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัด และความพึงพอใจแตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการเตรียมผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจกพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่าการให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง อีกทั้งรูปแบบการให้ความรู้มีการจัดเรียงเนื้อหาที่ต่อเนื่องประกอบกับการใช้สื่อที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ และฝึกทักษะจนสามารถจดจำและปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ อรุณรัตน์ รอดเชื้อ ⁽²³⁾ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลราชวิถี ประกอบด้วยวิธี ทัศนโรคต่อกระจก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิต และฝึกปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและครอบตา คู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจก และโทรศัพท์เยี่ยมที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่ง สอดคล้องกับพัชรภรณ์ วิริยะประสพโชคและศิลาปะ ไชยพันธ์ ⁽¹⁹⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของการสอนญาติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาต่อกระจกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ หอผู้ป่วยโสตศอนาสิก และจักษุโรงพยาบาลเชียงราย ประชาณุเคราะห์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการสอน

เรื่องการเช็ดตา และหยอดตาพบว่า กลุ่มที่สอนสาธิต โดยพยาบาล และสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีทักษะการ ล้างมือก่อนเช็ดตา และการเตรียมสำลีเช็ดตาได้ดีกว่า กลุ่มที่สอนแบบปกติ และสอดคล้องกับวาริรัตน์ โทษา ธรรม ⁽²⁴⁾ ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติ การจัดการการ จำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการสอนเรื่อง ปัญหาสุขภาพ การบริการจากพยาบาลวิชาชีพที่มี ความสุภาพอ่อนน้อม มีอุปกรณ์ชุดเช็ดตา แผ่นพับ เรื่องการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ได้รับข้อมูล และคำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สกลนครในระดับมาก และสอดคล้องกับกนกพร อริยวงค์และคณะ ⁽²⁵⁾ ศึกษาผลของการพยาบาลระบบ สนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาล ระบบสนับสนุน และให้ความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และจุฑา ดาว ทัพเบิก ⁽²²⁾ ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการ เตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม หอ ผู้ป่วยตาคู จมูกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน มหาราช จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ใน การปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัดและความพึงพอใจ แตกต่าง กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการเตรียมผ่าตัด ดังนั้นแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลผู้ใช้แนว ปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลอยู่ในระดับมาก อภิปรายผลได้ว่าบุคลากรมีความคิดเห็นไปในทิศทาง เดียวกันสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจกทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในสิ่งที่ทำสำเร็จตามแนวคิดของ McClelland,E., Kelly K., & Buckwalter,K.C. ⁽¹⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับวาริ รัตน์ โทษาธรรม ⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการ จัดการการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่ใส่เลนส์ แก้วตาเทียมโรงพยาบาลสกลนครพบว่าพยาบาลผู้ใช้

แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล ต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกพบว่าอยู่ในระดับมากอภิปรายได้ว่าการนำแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกตามกรอบแนวคิดวัฏจักร Deming Cycle ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ด้านมองเห็น บุคลากรพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก มีความง่าย และความสะดวกในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย บริบทของหอผู้ป่วย วัฒนธรรมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาวรรณวิมล ทุมมี⁽²⁷⁾ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีความเป็นไปได้

ได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ควรส่งเสริมการใช้นโยบายปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก เพื่อความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการใช้นโยบายปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. การตี นานาศิลป์. (2543). ต้อกระจก: การดูแล. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
2. สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต และคณะ. (2548). แนวทางการปฏิบัติโรคทางจักษุวิทยาสำหรับจักษุแพทย์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจประชากรในประเทศไทย วันที่ค้นข้อมูล 19 มกราคม 2565, เข้าถึงได้จาก [http:// Service.nso.go.th](http://Service.nso.go.th)
4. Ocampo, V.V. & Foster, C.S. (2002) .Cataract Senile. วันที่ค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2564 เข้าถึงได้ จาก <http://www.emecicine.com>
5. วัฒนีย์ เย็นจิตร และคณะ. รายงานผลการสำรวจภาวะตาบอดสายตาด้านโรคตาที่เป็นปัญหา สาธารณสุขครั้งที่ 4 ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร, 2555.
6. สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. (2558). ตาบอดจากโรคต้อกระจกในประเทศไทย. จักษุเวชสาร 2560, 10 (2) , 125-134.
7. ยศอนันท์ ยศไพบูลย์. (2539). Ocularexa examination. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
8. Chan, C.W., Johnny, C.C, Wong, J.C., Chan, K.S., Wong, W., Tam, K.C. & Chan, P.S. (2003). Evaluation of quality of life in patients with cataract in Hong Kong . J Cataract Refract Surg. (29), 1753-1760
9. Sperduto,R.D & Seigel , R. (1984). The Prevalence of neuclear cortical and posterior subcapsular lens opacities in general population sample. Ophthalmology, 91 (7), 815 - 819.
10. ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม.
11. ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2545). การพยาบาลผู้รับบริการที่ผิดปกติทางตา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
12. นิรมล สันทวิจิตร. (2549). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

13. ธิติวรรณ ไชยมณี. (2551). เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกหักก่อน หลัง ผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. หอผู้ป่วยเด็กตา โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจโร (2562) รายงานสถิติข้อมูลโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจโร
15. ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
16. McClelland, E., Kelly, K., & Buckwalter, K. C. (1985). Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning. London: Grune & Stratton.
17. กนกวรรณ หอมจันทร์. (2545). ความเครียดของผู้ป่วยต่อกระดูก ในระยะรอผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
18. สุธัญญา นวลประสิทธิ์. (2552). ผลการใช้วิธีทัศนโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองและญาติผู้ดูแลโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วันที่ค้นข้อมูล 19 มีนาคม 2565, เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://r2r.hsri.or.th>
19. พัชรภรณ์ วิริยะประสพโชคและศิลาปะ ไชยพันธ์. (2555). ประสิทธิภาพของการสอนญาติหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้วิธีทัศนหอผู้ป่วยโรค สอนาสิกและจักษุโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร. 2555, 16 (2) ,185-199
20. ภัทรธิดา โกคาพันธ์,สงครามชัย ลีทองดีและชาญชัย ดิกะปัญโญ. (2555). การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตาม มาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารพยาบาลทหารบก, 13 (2), 38
21. ยุทธนา ตรงดี . (2557). การพัฒนาคุณภาพคลินิกเบาหวานใกล้บ้านใกล้ใจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข้าวก่ายโดยสหวิชาชีพ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารวิชาการ แพทย์เขต 11, 8 (2) ,395
22. จุฑดาว ทัพเบิก. (2564). ผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หอผู้ป่วยตาหูกอ จมูกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก.วันที่ค้นข้อมูล 19 มกราคม 2565, เข้าถึงได้จาก <http://www.tako.mop.go.th>
23. อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. (2555) . ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลราชวิถี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. กรุงเทพฯ. 2555, 28 (2), 25-37
24. วาริรัตน์ โทษารธรรม. (2556).แนวปฏิบัติการจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม หอผู้ป่วยตา. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยบูรพา.
25. กนกพร อริยวงค์ และคณะ. (2561).ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลสุโขทัย.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า, 2 (3) , 17-30
26. วรณวิมล ทุมมี. (2561).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกห้องผ่าตัดโรงพยาบาล กาฬสินธุ์.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 2564, 6 (2) ,1-7



ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของ
กลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก
อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of Participation and Social Support to Change Diabetes Prevention Behaviors of
Risk Groups in the Area of Responsibility of Huaydang Tambon Health Promoting
Hospital, Donjik Subdistrict, Phiboonmangsan District, Ubon Ratchathani Province

(Received: February 28,2023 ; Revised: March 19,2023 ; Accepted: March 22,2023)

โสภณ จันทะโคตร¹

Sopho Jantakot

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

The objective of the quasi-experimental study aimed to investigate effects of participation and social support to change diabetes prevention behaviors of risk Groups in the area of responsibility of Huaydang Tambon Health Promoting Hospital, Donjik Subdistrict, Phiboonmangsan District, Ubon Ratchathani Province. There were totally 60 samples which were divided into 2 groups, experimental group consisted of 30 people and control group consisted of 30 people: the experimental group were diabetes risk groups in Donjik Subdistrict, Phiboonmangsan District, Ubon Ratchathani Province and the control group were diabetes risk group in Kutthomphu Subdistrict, Phiboonmangsan District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the program during 12 weeks, and the control group did not receive the program. Data were collected from questionnaires twice before and after experiments during December 1, 2022 and February 28, 2023, and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, standard deviations, medians, percentile 25th and percentile 75th. Comparing differences

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

in average scores of variables of each group relied on the paired t-test and comparing differences in averages scores of variables between groups based on the independent t-test determined with a statistical significance level at 5%. The results showed that, the results of comparing differences in scores on diabetes knowledge, diabetes prevention attitude, health belief model, social support in diabetes prevention, diabetes prevention intention, self-efficacy in diabetes prevention, and diabetes prevention 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. From the results of study, the created program was able to modify diabetes prevention behaviors of at-risk groups in the responsible area of Huay Dang Tambon Health Promoting Hospital, Donjik Sub-district, Piboonmanglahan District. Ubon Ratchathani Province results according to the objectives set.

Keywords: Participation, Social Support, Behavior, diabetes risk group

บทนำ

ข้อมูลจากการรายงานโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหา สาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 629 ล้านคน ส่วนสถิติโรคเบาหวานในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันพบว่า มีคนไทยในวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 9.8 ที่น่ากลัวคือ ในแต่ละวันมีผู้เสียชีวิตจากโรค เบาหวาน 200 ราย หรือประมาณชั่วโมงละ 8 ราย⁽¹⁾ จากรายงาน สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 พบอัตรา ความชุกร้อยละ 84.26 ในประชากรช่วงอายุ 35-59 ปี และร้อยละ 8.86 ในประชากรช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป และถ้าไม่มีมาตรการควบคุม โรคที่ดีพอคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2564 จะพบคนไทยเป็นโรคเบาหวาน ถึง 4.7 ล้านคน และเมื่อกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานกลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจะก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ เช่น ตา บอด ภาวะไตวาย การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาจไม่ได้ส่งผลให้เสียชีวิตทันที แต่เกิดการสูญเสียด้านร่างกาย ได้แก่ สูญเสีย อวัยวะ เช่น ตา ขา นิ้วเท้า และเท้า เป็นต้น สูญเสีย ด้านเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก ส่งผลกระทบไปยังด้านจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁽²⁾

เมื่อกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานกลายเป็นผู้ป่วยเบาหวานจะก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดง แข็งตัว เกิดภาวะแทรกซ้อนของตา ไต เท้า⁽³⁾ ด้านสังคม โรคเบาหวานทำให้สูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 3 ใน เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 8.7 และเป็นอันดับ 8 ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 4.1⁽⁴⁾ ส่วนด้านเศรษฐกิจ โรคนี้ทำให้รัฐ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงิน 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽⁵⁾ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเห็น ความสำคัญของปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา นี้โดยการลดอัตราการอุบัติการณ์

ของผู้ป่วยเบาหวาน และ ควบคุมอัตราการความชุกของโรคให้คงที่ โดยมีมาตรการ ได้แก่ การคัดกรองโรค และการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน⁽⁶⁾ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัย สำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยช่วยลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานในกลุ่ม เสี่ยงสูงได้ร้อยละ 31 ($p < .03$) (Gong Q, 2011) โดยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ โรคเบาหวานควรควบคุมการได้รับพลังงานจากอาหารให้สอดคล้องกับความต้องการใช้พลังงานของร่างกาย เน้น การบริโภค ธัญพืชไม่ขัดสี เพิ่มการบริโภคใยอาหารให้ได้ อย่างน้อย 14 กรัมต่อความต้องการพลังงาน 1,000 กิโลแคลอรี และลดการบริโภคน้ำตาลและเครื่องดื่มที่มี รสชาติหวาน หรือบริโภค น้ำตาลไม่เกินร้อยละ 5 ของความ ต้องการพลังงานร่างกาย⁽⁷⁾

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่หนึ่ง ที่พบโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากพบว่ามีแนวโน้มอัตราป่วยของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 30.82 และลดลงมาเป็น 29.78 และ 27.56 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง หมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด 10 หมู่บ้าน ได้แก่ ได้แก่ บ้านหนองไผ่ บ้านบึงคำ บ้านโนนลำตวน บ้านห้วยแดง บ้านดอนใหญ่ บ้านนาเจริญ บ้านม่วงงาม บ้านทุ่งแสงตะวัน บ้านใหม่ผาสุข และบ้านแก่งเจริญสุข มี 1,817 หลังคาเรือน ประชากร 7,477 คน วัด 12 แห่ง โรงเรียน 5 แห่ง และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 139 คน จากการดำเนินงานคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง ในปี พ.ศ. 2563 พบกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน 985 ราย ปี พ.ศ. 2564 จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 952 ราย และปี พ.ศ. 2565 จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

จำนวน 892 ราย โดยพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบ้านบุงคำมากที่สุด จำนวน 186 ราย จากการตรวจสุขภาพประชาชนทั้งหมด 306 ราย ซึ่งการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านมามีการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคโดยเน้นกลุ่มเสี่ยงเป็นหลัก โดยการอบรมให้ความรู้ การรณรงค์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค แต่ยังพบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุกๆ ปี จากการสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (pre-diabetes) ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในตำบลดอนจิก พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (pre-diabetes) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ บริโภคของหวาน และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน บริโภคผลไม้รสหวานตามฤดูกาล และบริโภคอาหารประเภทผัด ทอด และอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่นำมาบริโภคส่วนใหญ่จะเป็นอาหารสำเร็จรูปซึ่งหาซื้อได้ตามตลาดทั่วไป เพราะหาซื้อง่าย มีความสะดวก รวดเร็ว และราคาถูก และ นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (pre-diabetes) ยังเคยลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและใช้วิธีลดปริมาณอาหาร จำกัด ปริมาณน้ำตาลในอาหาร และหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน หรือกะทิ แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่เกณฑ์มาตรฐานได้ (<126 มก./ดล.) เนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองทำถูกต้อง หรือไม่เชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมอาหารได้ และมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเสริมเพื่อสุขภาพที่โฆษณาตามสื่อต่างๆ ที่จะช่วยให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากสภาพปัญหาโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข เพื่อลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต การควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานที่ดีที่สุดคือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยเฉพาะ กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน^(๑) ดังนั้นการให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การออกแบบกิจกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้มีส่วนร่วมและตั้งอยู่บนพื้นฐานทางทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

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

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร (populations) ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ดังนี้

2.2.1 กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลกุดขุมภู่ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ การมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลตอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มสำหรณ์รู้เรื่องโรคเบาหวาน การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวาน การสร้างความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนที่ 3 ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนที่ 7 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

3.3 ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.82 ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.78 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.74 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.80 ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.76 และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 62.60 ปี (S.D.= 3.80 ปี) ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 53.3 มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 60.1 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 3,000 บาท ($P_{25}=3,000$ บาท : $P_{75}=5,000$ บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 63.00 ปี (S.D.= 3.37 ปี) ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 50.0 มีสถานภาพแต่งงานร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 33.3 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 4,500 บาท ($P_{25}=3,000$ บาท : $P_{75}=5,000$ บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.0001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.60 คะแนน (95% CI = 0.84-2.35) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.76	2.11				
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.83	1.87	-0.07	-1.09-0.96	-0.12	0.897
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.16	1.20				
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.56	1.67	1.60	0.84-2.35	4.24	0.0001**

**p-value<0.01



4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลัง

การทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.90 คะแนน (95% CI = 3.16-6.63) ร าย ล ะ เ อี ย ด ต าม ต าร าน ึ่ง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	16.03	2.79	0.20	-1.28-1.68	0.26	0.788
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.83	2.94				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.73	3.55	4.90	3.16-6.63	5.64	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.83	3.16				

**p-value<0.01

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.43 คะแนน (95% CI = 6.05-10.81) ร าย ล ะ เ อี ย ด ต าม ต าร าน ึ่ง 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	29.30	3.87	-0.13	-2.18-1.91	-0.13	0.896
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.43	4.04				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	39.63	4.83	8.43	6.05-10.81	7.08	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	31.20	4.36				

**p-value<0.01

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.66 คะแนน (95% CI = 0.94-6.38) ร าย ล ะ เ อี ย ด ต าม ต าร าน ึ่ง 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	42.60	5.43				
กลุ่มเปรียบเทียบ	41.83	5.30	0.77	-2.00-3.54	0.55	0.582
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	46.26	5.33				
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.60	5.19	3.66	0.94-6.38	2.69	0.009**

**p-value<0.01

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.54 คะแนน (95% CI = 2.82-4.23) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.26	1.11				
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.60	1.24	-0.34	-0.94-0.27	-1.09	0.279
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	17.90	1.34				
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.36	1.37	3.54	2.82-4.23	10.04	<0.001**

**p-value<0.01

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.57 คะแนน (95% CI = 4.64-6.49) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.66	1.95	0.53	-0.50-1.57	1.02	0.310
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.13	2.08				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	23.00	1.72	5.57	4.64-6.49	12.05	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.43	1.85				

**p-value<0.01

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.020) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.00 คะแนน (95% CI = 0.48-5.51) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	42.80	4.85	0.07	-2.44-2.57	0.05	0.957
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.73	4.86				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	46.43	4.98	3.00	0.48-5.51	2.38	0.020
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.43	4.76				

**p-value<0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้

ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมปัญหาวิจัย ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม โดยมีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวานที่ผ่านกิจกรรมเพิ่มสำนึกความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวานโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การ

ร่วมแสดงความคิดเห็น พูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองให้รอดพ้นจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน จากนั้นจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การวางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพจนา แซ่แต้ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพนักงานที่มีไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลวิภาวดี กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพนักงานที่มีไขมันในเลือดสูงโรงพยาบาลวิภาวดี กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เยาวดี ศรีสถาน⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ 6 ด้าน (ดัชนีมวลกาย, รอบเอว, ความดันโลหิต, ระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับไขมันในร่างกาย, ระดับไขมันในช่องท้อง) ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เพ็ญวดี โรจน์เรืองนนท์ และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แขวงคลองตันไพร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้น 7.14 ความคาดหวังในผลลัพธ์ 6.66 และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5.34 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$) รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 11 มก./ดล. ($p < 0.05$) รวีวรรณ ยิ้มเนียม และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการควบคุมน้ำตาลใน

เลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น โดยมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 2.86, 4.16 และ 4.58 ตามลำดับ พฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 2.82, 4.08 และ 4.60 ตามลำดับ ซึ่งหลังทดลองและติดตามผลเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ($p < 0.001$) ติดตามผลเพิ่มขึ้นจากหลังทดลอง ($p < 0.002$) รวมทั้งแรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) ส่วนระดับน้ำตาล กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลจากเฉลี่ย 110.04 มก/ดล. เหลือ 96.58 และ 91.63 ซึ่งลดลงเหลือน้อยกว่าก่อนทดลองและหลังทดลอง ($p < 0.001$) รวมทั้งระดับน้ำตาลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมมีการปรับเปลี่ยนแรงจูงใจในการป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อานนท์ วัฒนกรกุล⁽¹³⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทาง 3อ 2ส ส่วนใหญ่ มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จนอยู่ในระดับที่ไม่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอีกต่อไป เกสรารวรรณ ประดับพจน์⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของกลุ่ม ทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) วิไล แสนยาเจริญกุล⁽²⁾ เรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

กันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F(1,58) = 38.096$, $p < 0.001$, $F(1,58) = 26.374$, $p < 0.001$ และ $F(1,58) = 26.555$, $p < 0.001$) และอนัน โจนสันเทียะ⁽¹⁵⁾ ศึกษา ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานต่อภาวะสุขภาพความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า 1 ปีหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับคอเลสเตอรอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.010$) ส่วนภาวะ สุขภาพอื่นๆ เปลี่ยนแปลงน้อยและไม่มีความสำคัญทางสถิติ คะแนนความเชื่อทางสุขภาพ และ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่เปลี่ยนแปลง ยกเว้นการออกกำลังกายที่ลดลงเล็กน้อยและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.028$)

สรุปผลการวิจัย

หลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีได้ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน

ของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการ สร้างองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นทั้งอำเภอพิบูลมังสาหาร หรือ ขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ในชุมชน

1.2 ในการวิเคราะห์รายข้อด้านกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย ควรสร้างความรู้ที่ถูกต้อง ปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการไปพบแพทย์ตามนัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2.2 ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของ กลุ่มเสี่ยงแบบผสมผสาน มีส่วนร่วม และ และขยายพื้นที่ใน การศึกษา

2.3 ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาวรรณกรรมที่ผ่านมามีอะไรบ้าง มีแนวทาง ใดที่ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิด ประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2019). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
2. วิไล แสนยาเจริญกุล. (2019). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. Brownlee M. (2016). Complications of diabetes mellitus. In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, editors. Williams textbook of endocrinology. PA: Elsevier.

4. International Health Policy Program Foundation. (2015). International health policy program, strategic plan for the development of disease burden assessment index and population health. Nonthaburi: The Graphico-System.
5. Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2014). Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Literature review: present situation and noncommunicable disease service plan. Nonthaburi: Institute of Medical Research and Technology Assessment.
6. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2013). NCD Service Plan (DM/ HT/ COPD/STROKE). In: NCD Service Plan.
7. American Diabetes Association. (2014). 4.Lifestyle management. Diabetes Care.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลห้วยแดง. (2565). ข้อมูลสถิติกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี.
9. สุพจนา แซ่แต้ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของพนักงานที่มีไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลวิภาวดี กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย.
10. เยาวดี ศรีสถาน. (2565). ผลของพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา.
11. เพ็ญวดี โจน์เรือนนท (2564) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แขวงคลองตันไทร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร.
12. รวีวรรณ ยิ้มเนียม (2561) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรค และการควบคุมน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการแพทย์.
13. อานนท์ วัฒนกรกุล (2560) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ 1(2): วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ.
14. เกสรารณ ประดับพจน์. (2564) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์.
15. อนัน โกนสันเทียะ (2557) ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ต่อภาวะสุขภาพความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอชุมพวงจังหวัดนครราชสีมา. ราชวัติสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.



การพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

(Received: February 28,2023 ; Revised: March 22,2023 ; Accepted: March 23,2023)

บรรเทิง พลสวัสดิ์¹

Bunterng Pholsawat

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมและเพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2565- มีนาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนากระบวนการ ได้แก่ ทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน และเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม.ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรวม 13 คน 2) กลุ่มที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาผลลัพธ์ จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม วิเคราะห์เชิงปริมาณได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม การปรุงรสประกอบ 2) การให้ความรู้และเพิ่มทักษะแก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธี On the job training และโมเดล 3) จัดทำ CKD Clinic ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) วางระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมใน CKD Clinic 5) ให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6) ทีมเยี่ยมแบบสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน 7) บัดดี้ อสม.เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย 8) ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการปรุงสุก ผลการนำแนวทางไปทดลองใช้ พบว่า หลังนำแนวทางการพัฒนาไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางการชะลอไตเสื่อมได้ตามวัตถุประสงค์ อาจมีการขยายผลให้มีความครอบคลุมหรือประยุกต์ใช้ในโรคอื่นหรือพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา การชะลอไตเสื่อม เครือข่ายชุมชน การมีส่วนร่วม

Abstract

This study aimed 1) to develop a guideline of slowly progressive chronic kidney disease (CKD) with community participation and 2) to determine the effects of a guideline of slowly progressive chronic kidney disease with community participation at Dong Hong Hae health promoting hospital, Muang district, Ubon Ratchathani Province. An action research using the

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

Kemmis & Mc Taggart model was applied to conduct the study during September 2565 to March 2566. Samples were divided into two groups. The first group of informants was composed of four administrators who were healthcare process developers (physician, pharmacist, nurse, and public health officer) and thirteen community people (chronically ill persons, community leaders, local government officers, healthcare volunteers, and patients with CKD). The second group comprised of 43 community people who provide outcome information. Focus group discussion was used for qualitative data collection and questionnaires were used for quantitative data collection. Paired t-test was used for quantitative data analysis and content analysis was used for qualitative data analysis.

Results showed that the guideline slowing progression of CKD with community participation at Dong Hong Hae health promoting hospital, Muang district, Ubon Ratchathani Province included 11 activities: 1) Providing health education about CKD, slow progression of the disease, foods for CKD, drinks, and seasoning to patients and families 2) Training healthcare staff at Dong Hong Hae health promoting hospital to improve knowledge and skills 3) Launching CKD Clinic at Dong Hong Hae health promoting hospital 4) Creating slowing progression of CKD care process at CKD Clinic 5) Teaching healthcare volunteers about CKD knowledge 6) Creating multidisciplinary team and community networks 7) Home visiting by healthcare volunteers' buddy 8) Educating about food and cooking. The results of trying out this guideline reveals that average scores of knowledge and self-management could slow progression of CKD ($p < 0.05$). The developed guideline could be applied to slow progression of CKD. This study would be utilized in other diseases and settings.

keywords: development, Slowly Progressive Chronic Kidney Disease, Network, Participation

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงและเสียชีวิตได้ อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและบำบัดทดแทนไตจำนวนมหาศาล และจากการศึกษาถึงความชุกของโรคไตเรื้อรัง¹ พบว่า มีความชุก ร้อยละ 17.56 แบ่งเป็นระยะที่ 1 ร้อยละ 3.3 ระยะที่ 2 ร้อยละ 5.6 ระยะที่ 3 ร้อยละ 7.5 ระยะที่ 4 ร้อยละ 0.8 และระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย ร้อยละ 0.3 และจากข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ² พบว่ามีผู้ป่วยได้รับ

การบำบัดทดแทนไต ทั้งสิ้น 28,194 รายและยังมีชีวิตอยู่ 19,843 ราย ต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 30,000 บาทต่อคนต่อเดือน ใช้งบประมาณกว่า 3,000 ล้านบาท ในปี งบประมาณ 2554 และคาดว่าจะใช้งบประมาณถึง 17,000 ล้านบาทหากยังไม่มีการดำเนินการใดๆสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย คือ การมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง รวมถึงการขาดความรู้มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการใช้ยา ที่ไม่เหมาะสม

หากไม่รีบดำเนินการป้องกันจะทำให้การดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังและเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายเร็วขึ้น การช่วยเหลือที่ดีที่สุด คือต้องชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด จากสถานการณ์ดังกล่าว

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³ ได้กำหนดแนวทางในการสนับสนุนบริการบำบัดทดแทนไตทั้งการล้างไตทางหน้าท้อง การผ่าตัดปลูกถ่ายไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้ทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียม ควบคู่ไปกับพัฒนาวิชาการและสนับสนุนให้ดำเนินการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยเชื่อมต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยญาติ อาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเปิดให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกร ได้แก่ แพทย์ เภสัชกรออกมาให้บริการ โดยมีผู้ป่วยเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำนวน 624 คน มารับบริการเฉลี่ย 60-80 คน ต่อวันต่อสัปดาห์ จากผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต⁴ประจำปีในปี 2564 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า มีภาวะไตเรื้อรังทุกรายรวม 143 ราย แบ่งเป็นไตวายระยะที่ 2 ร้อยละ 11.05 (69 ราย) ระยะที่ 3a และ 3b ร้อยละ 6.89 (43 ราย) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญ ที่ต้องดำเนินการแก้ไขเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ไม่ให้ก้าวไปสู่ไตเสื่อมระยะสุดท้าย โดยแนวทางการชะลอไตเสื่อมของเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย จะมีแนวทางให้ส่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 เข้าไปรับบริการที่ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และในผู้ป่วยเรื้อรังระยะที่ 1-3 ให้ดูแลในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการเนื่องจากมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4 และ 5 จำนวนมากเข้ารอรับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้การบริการไม่ทั่วถึง ประกอบกับ ในช่วงปี 2563-2565 มีสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาดหนักทำให้มีการจำกัดบริการผู้ป่วยเรื้อรังเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 จะต้องได้เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลตงห้องแห่ แต่พบว่า จะเป็นการให้บริการทั่วไปเหมือนผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไป ไม่มีการแยกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยก็จะหมุนเวียนมาตามแพทย์นัด 2-3 เดือนต่อครั้ง และในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ รพ.สต. จำกัดการให้บริการที่ รพ.สต.เช่นกันเพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ส่วนหนึ่งจะเป็นการส่งยาเดิมให้ผู้ป่วยที่บ้าน จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ป่วยควบคุมโรคประจำตัวยังไม่ดี ปัญหาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มมากขึ้น ขาดความรู้ในการรักษาโรครับประทานอาหารเค็ม ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับยาโรคไตวาย มีปัญหาการส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไต เนื่องจากการเดินทาง และความไม่สะดวกหลายอย่างในการไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้มีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 กลายเป็นไตวายระยะที่ 4 จำนวน 5 รายและจากไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และมีโรคอื่นร่วมด้วย กลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 3 ราย และผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 เข้ารับการฟอกไตจำนวน 2 ราย ซึ่งปัญหาส่วนหนึ่งมาจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาดทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการยากขึ้น ทำให้ภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลที่พบดังกล่าว พบประเด็นสำคัญที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแก้ไขเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรัง และการเข้าถึงบริการรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐาน จึงได้จัดทำวิจัยขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงห้องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงห้องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการท์ (Kemmis & McTaggart)⁵ ซึ่งแต่ละวงรอบประกอบด้วย 1) การวางแผน(plan)2)การดำเนินการ(action) 3)สังเกตผล (observe)และ 4) การสะท้อน(reflection) ดำเนินการการผ่าน 2 วงรอบจนได้แนวทางที่เหมาะสม กับบริบทพื้นที่ หลังจากนั้นจึงนำแนวทางไปทดลอง ใช้และวัดผล ลัพธ์กับผู้ป่วย กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนกันยายน 2565- มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตงห้องแม่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 คน 2) เครือข่าย ชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ญาติผู้ป่วย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 7 คน 3) ผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 2 คน ในตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบในเงื่อนไขเวลา

กลุ่มที่ 2 คือกลุ่ม ตัวอย่างในการศึกษา ผลการนำแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่าย ชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 และยินดีร่วมมือในการให้ข้อมูล คัดเลือกแบบ เจาะจงตามเกณฑ์คือเป็นผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 3 (eGFR 30-59 ml/min/1.73m²) ช่วยเหลือ ตนเองได้ดี มีการรับรู้และการสื่อสารปกติ และสามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษา รวม ทั้งสิ้น 43 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่ ผ่านคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำใน

มนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานีที่ SSJ.UB 2565-171.1 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ดังนี้

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนาแนวทางการชะลอ ไตเสื่อมเป็นคำถาม และประเด็นสำหรับการ สนทนากลุ่มก็มีโครงสร้างประเด็นในการสนทนา กลุ่มประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยไตวายเพื่อชะลอไต เสื่อม ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และแนวทางที่ ต้องการ

2. แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้และ การปฏิบัติของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในการ ชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ จำนวน 25 ข้อ เป็น คำถาม แบบ ถูก ผิด และการปฏิบัติในการจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ จำนวน 23 ข้อ โดยได้ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์ ของكرونบาคเท่ากับ 0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์และบทบาทของ ผู้ ร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้อิสระใน การ ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสามารถถอน ตัวได้ ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

2. เข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยและผู้ ร่วมวิจัยวางแผนการพัฒนาแนวทางในวงรอบที่ 1 ดังนี้

ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรค เรื้อรังในชุมชน ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยให้ทุกคน แสดงความคิดเห็นสะท้อน สถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่ผ่านมา จากนั้นให้ สะท้อนปัญหาอุปสรรคและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข หลังจากนั้นสรุปสิ่งที่ได้ และให้ทุกคนร่วมกัน สะท้อนถึงแนวทางที่ต้องการในการดูแลผู้ป่วยไต

วายเรือร้งเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยรวบรวมผลที่ได้จากการสะท้อนคิดมาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นข้อมูลในพัฒนาแนวทาง ปรับปรุงแนวทาง การชะลอไตเสื่อมในชุมชน ในวงรอบต่อไป

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตามวงรอบ โดยทุกวงรอบจะทำตามขั้นตอนเหมือนวงรอบที่ 1 คือ การวางแผน การดำเนินการ การสังเกต และการสะท้อนผลการดำเนินการ จนกระทั่งได้แนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับบริบท และตรงตามความคาดหวังของทีมวิจัย

4. นำแนวทางที่ได้พัฒนาแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในคลินิกโรคไตเรื้อรังใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห้องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขั้นตอนคือ 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ทำแบบประเมินแนวโน้มค่าการทำงานของไต (eGFR) ผ่านกราฟติดตามการพยากรณ์แนวโน้มการทำงานของไต วัดความรู้และประเมินการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อนการใช้แนวทาง 3) ดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง และ 4) ทำการประเมินผลลัพธ์ ผลของการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น

5. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบด้วยสถิติ (paired t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตีความ รวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

วงรอบที่ 1 มีผลการวิจัยดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน

1.1 การศึกษาสถานการณ์ พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังไม่ทราบสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง มาพบแพทย์ตามนัด รับประทาน แต่ไม่รู้ค่าการกรองของ

ไตเป็นอย่างไร อยู่ระดับไหน ไม่ทราบว่าการแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังคือไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบวิธีและแนวทางดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังแล้ว แม้คำประกอบอาหารปรุงสุกไม่รู้จักปรุงอาหารรสเค็มส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและส่งผลให้ไตเสื่อมลงได้ มีผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทยอยพอกไตให้เห็นในชุมชนมากขึ้น ซึ่งสมัยก่อนจะไม่ค่อยมี มีการโฆษณาและขายอาหารเสริม สมุนไพรในสื่อออนไลน์เพิ่มมากขึ้น ประชาชนสั่งของออนไลน์มาบริโภค และการเข้าถึงข้อมูลรวดมากขึ้น ขาดการศึกษาข้อมูล ผลดี ผลเสีย ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ถูกชักจูงได้ง่าย ผลิตภัณฑ์ปรุงรส อาหาร ขนมต่างๆ เครื่องดื่มบางชนิดมาในรูปแบบใหม่ ประชาชนไม่ทราบส่วนประกอบที่เป็นโซเดียม บุคลากรขาดความรู้และทักษะ ไม่มีโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีมาตรฐาน ไม่มีสถานที่หรือคลินิกเฉพาะชะลอไตเสื่อม สำหรับจัดกลุ่มให้ความรู้ สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระดับ รพ.สต. ไม่มีระบบการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับ รพ.สต.

1.2 การวางแผน

1.2.2 วางแผนพัฒนาความรู้

ทักษะบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. ดงห้องแห่

1.2.3 วางแผนจัดโปรแกรมให้

ความรู้ การดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อม

1.2.4 วางแผนจัดหาสถานที่

เพื่อทำเป็นคลินิกชะลอไตเสื่อม

1.2.5 วางแผนจัดระบบการ

ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อมและในชุมชน

2. ขั้นตอนการ

1) จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ เรื่องโรคไตเรื้อรัง⁶ และการชะลอไตเสื่อม เน้นเรื่องเกี่ยวกับการแสดงอาการ การรักษา การปฏิบัติตน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การลดบริโภคโซเดียม สาธิตเมนูอาหารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสำหรับผู้ป่วยไตเสื่อม

เมนูอาหารที่ไม่ และเมนูอาหารที่ใช้ การออกกำลังกาย ด้วยวิธี SKT และไม้พลอง ใช้สื่อวีดีโอในการสอนให้ความรู้

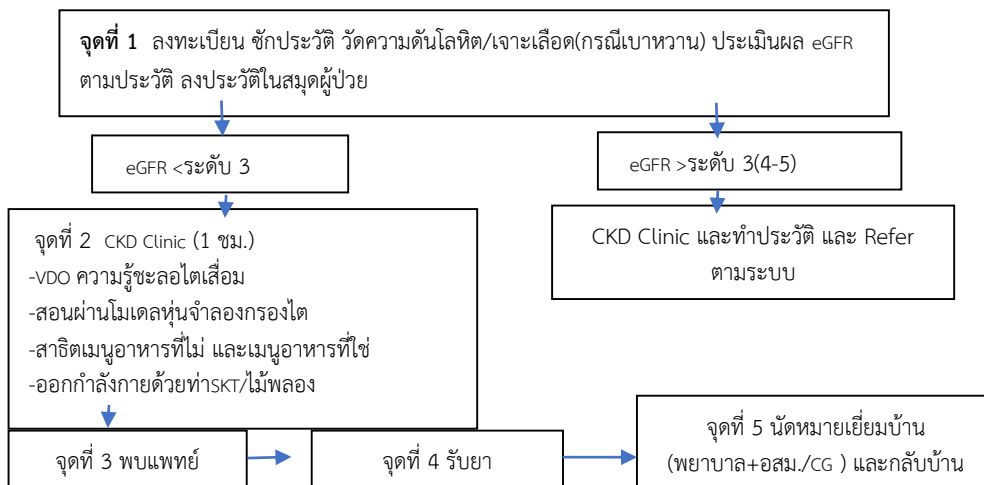
2) จัดทำบอร์ดให้ความรู้ เรื่อง ตัวอย่างอาหารแห้ง เครื่องดื่ม และเครื่องปรุงรสต่างๆ โดยใช้ผลิตภัณฑ์จริงที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย

3) จัดอบรมและฝึกทักษะการให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห้องแห่ โดยใช้วิธี On the job training ในช่วงบ่ายวันพุธ ซึ่งเป็นวันคลินิกโรคเรื้อรัง โดยวิทยากร คือแพทย์และเภสัชกรจาก รพ.แม่ข่ายที่ออกมาร่วมให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังทุกวันพุธอยู่แล้ว และบุคลากร ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ รพ.แม่ข่าย

4) ฝึกทักษะบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห้องแห่ ในการใช้โมเดลหุ่นจำลองกรองไตเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจสรีระร่างกายและระบบการทำงานของไต การกรอง การเสื่อมของไตและสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมอย่างง่าย เพื่อจะได้เรียนรู้ สุวิธีป้องกันและการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

5) จัดทำ CKD Clinic โดยใช้ห้องประชุมเล็ก กำหนดให้บริการ CKD Clinic ทุกวันพุธที่ 2 และ 4 ของเดือน ในกลุ่ม eGFR ระยะที่ 3 ส่วนระยะที่ 4-5 ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

6) วางระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมใน CKD Clinic ดังนี้



จากนั้น สร้างแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมขึ้น และทดลองใช้ในคลินิกชะลอไตเสื่อม รพ.สต.ดงห้องแห่ และในชุมชน

3. ขึ้นสังเกต

การประยุกต์ใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายในคลินิกชะลอไตเสื่อม รพ.สต.ดงห้องแห่ ติดตามประเมินแนวทาง เดือนละ 1 ครั้ง

4. สะท้อนผล วงรอบที่ 1

1) ขาดแนวทางและขาดการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

2) อสม.ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน

3) อสม.ไม่มีความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังและแนวทางการชะลอไตเสื่อม

4) แม่ค้าที่ปรุงอาหารตามสั่งและอาหารสำเร็จปรุงสุกใส่ถุงขาย ไม่ทราบปริมาณที่



เหมาะสมของโซเดียมที่ใช้ปรุงอาหาร ทำให้อาหารมีรสจืด(เค็ม) ไม่ทราบผลกระทบที่ปรุงอาหารจากการใส่เครื่องปรุงรสหลายอย่างรวมกันซึ่งทุกอย่างประกอบด้วยโซเดียม เช่น ผงชูรส ผงปรุงรส ซุปก้อน ซีอิ้ว น้ำมันหอย ซอส เกลือ น้ำปลา ปลาร้า

5) ไม่มีแนวทางการดูแลที่บ้านทั้งโดยญาติและตัวผู้ป่วยเองที่ชัดเจน

วงรอบที่ 2

ขั้นตอนการวางแผนใหม่ หลังการสะท้อนผลทุกกิจกรรมแล้ว พบว่ามีปัญหาที่จะต้องทบทวนและดำเนินการต่อไปนี้

2.1 ขั้นวางแผน

- 1) วางแผนพัฒนาองค์ความรู้ อสม.
- 2) วางแผนหาแนวทางการเยี่ยมบ้าน
- 3) วางแผนหาแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง
- 4) วางแผนพัฒนาความรู้ผู้ประกอบการอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม

2.2 ขั้นดำเนินการ

1) จัดอบรมให้ความรู้ อสม.โดยใช้แนวทางการให้ความรู้เหมือนกับผู้ป่วยไตเรื้อรังเน้นเรื่องเกี่ยวกับการแสดงอาการ การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การลดบริโภคโซเดียม สาธิตเมนูอาหารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสำหรับผู้ป่วยไตเสื่อม เมนูอาหารที่ไม่ และเมนูอาหารที่ใช้ การออกกำลังกาย ด้วยวิธี SKT และไม้พลองป่าบุญมี และเพิ่มเติม แนวทางการดูแลสำหรับผู้ดูแล การให้กำลังใจ แนวทางการเยี่ยมบ้าน การรายงานปัญหาอุปสรรค

2) จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน เป็น 2 ทีม ทีมที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์ เกษัชกร พยาบาลที่รับผิดชอบหมู่บ้าน อสม.ที่รับผิดชอบผู้ป่วยและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสาและผู้นำชุมชนจัดทำตารางการเยี่ยมบ้าน มอบหมายการเยี่ยมบ้านโดยเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตเรื้อรัง 2 เดือน/ครั้ง ทีมที่ 2 อสม.จิตอาสา และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่าน

การอบรมและจับคู่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตเรื้อรัง เดือนละ 1 ครั้ง

3) สนับสนุนจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่ไตวายและได้รับการฟอกไตเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วย จัดการตนเองเพื่อชะลอไตให้เสื่อมช้าลง

4) จัดทำคำสั่ง มอบหมายกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยไตเรื้อรัง ให้ อสม.ในคุ้ม จับคู่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตเรื้อรังเดือนละครั้งและลงรายงานและรายงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วยขาดนัด

5) จัดอบรมให้ความรู้แก่แม่ค้า ผู้ประกอบอาหารปรุงสุก โดยเน้นความรู้เรื่องโรคไต การรับประทานอาหาร สาเหตุของการเสื่อมของไต ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยเครื่องปรุงที่มีโซเดียมมากเกินไป การใช้ชุดทดสอบความเค็มในอาหารที่ปรุงแล้ว เพื่อให้เห็นขนาดของความเค็ม เพื่อให้ตระหนักในการปรุงอาหารจำหน่ายให้กับประชาชน

2.3 ขั้นสังเกต

ประยุกต์ใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นและปรับปรุงแก้ไขนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย ในคลินิกชะลอไตเสื่อม รพ.สต.ดงห่อแห้ง ปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของชุมชน ติดตามประเมินแนวทาง เดือนละ 1 ครั้ง

2.4 ขั้นสะท้อนผล

วิเคราะห์ประเมินผลการใช้แนวทางจนได้แนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของชุมชนและใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

สรุป ประเมินผล ประเมินการพัฒนา

สรุปแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 11 กิจกรรม คือ 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม การปรุงรสประกอบ 2) การให้ความรู้และเพิ่มทักษะแก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธี On the job training และโมเดล 3) จัดทำ CKD Clinic

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) วางระบบ การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมใน CKD Clinic 5) ให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน 6) ทีมเยี่ยมแบบสหวิชาชีพและเครือข่าย ชุมชน 7) บัณฑิต อสม.เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย 8) ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการอาหารปรุงสุก

ผลการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

เมื่อนำผลการพัฒนาแนวทางไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน

1. กลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 78.8 มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไปเป็น ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 62 ปี ส่วน ใหญ่มีสถานะภาพสมรส คู่ ร้อยละ 63.9 ส่วนใหญ่ จะมีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ

80.6 ส่วนใหญ่นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 97.2 ส่วนอาชีพ ส่วนใหญ่ จะมีอาชีพทำงานบ้านและ อื่นๆ ร้อยละ 36.1 เท่ากัน มีฐานะทางเศรษฐกิจ ของครอบครัว ส่วนใหญ่ เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อย ละ 55.6 ระยะเวลาที่รู้ว่าไตวายเรื้อรังจนถึง ปัจจุบัน ส่วนใหญ่ มากกว่า 1-3 ปีและมากกว่า 9 ปี ร้อยละ 27.8 เท่ากัน มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.4 ส่วนใหญ่ผู้ที่ดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขณะอยู่บ้าน คือ ตัวผู้ป่วยเอง ร้อยละ 69.4

2. ด้านความรู้ พบว่า หลังนำแนวทางการ พัฒนาไปทดลองใช้ พบว่า ผู้ป่วย มีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทาง

ความรู้โรคไตเรื้อรัง	Mean	S.D.	$\bar{d}$	df	t	P-value
ก่อนมีแนวทางฯ	15.78	3.51				
			5.03	35	-12.172	<.001
หลังมีแนวทางฯ	20.81	3.01				

3. ด้านการปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม หลังนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า ผู้ป่วย มีการปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทาง

การปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม	Mean	S.D.	$\bar{d}$	df	t	P-value
ก่อนมีแนวทางปฏิบัติฯ	2.32	0.19				
			0.17	35	-6.535	<0.001
หลังมีแนวทางปฏิบัติฯ	2.49	0.27				

อภิปรายผล

แนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่าย ชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม อธิบาย ได้ดังนี้

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคไต เรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม การปรุงรสประกอบ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจใน

พยาธิสภาพของโรคผ่านโมเดลหุ่นจำลองกรองไต และวิดีโอให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยจำแนวทาง ความรู้ การปฏิบัติ ได้มากกว่าการบรรยายดังที่เคยให้ ความรู้มา และการจัดตัวอย่างเมนูอาหารที่ใช้และ ไม่ใช่สำหรับผู้ป่วยโรคไต ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึง ความสำคัญของการชะลอไตเสื่อม มากขึ้นจากการ ประเมินความรู้และการปฏิบัติ สอดคล้องกับ นุช

นาฏ ตัวผึ่ง⁷ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและอาหารสำหรับ ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การ ดูแลตนเองในเรื่องอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จาก ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการ ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริโภคอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วย โรคไตเสื่อมระยะ 3 โดยกระบวนการ การพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถทำให้ผู้ป่วยมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ เหมาะสมและสามารถ ชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ ก้าวไปสู่ไตเสื่อมระยะ สุดท้ายได้ เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี, ธาตุกร จัน ประเสริฐ, อมราพร สุรการ⁸ที่พบว่า การให้ความรู้ ผู้ป่วยเรื่องการชะลอไตเสื่อม การสนทนาร่วม สร้าง แรงจูงใจ ผู้ป่วยมีระยะของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ ,วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์,ธัญชนก รุ่งเรือง,กมลฐา เกษต์ปานกลาง, ธันนัท ศิริศานต์,บงกชจันทร์ กลนา นนท์⁹ ที่มีการพัฒนาตัวอย่างอาหาร เมนูอาหารอริ สาณสำหรับผู้ป่วยโรคไต ที่เหมาะกับบริบทพื้นที่ มี การใช้โมเดลอาหารเป็นตัวอย่างในการสอนผู้ป่วย และญาติเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น การทำบอร์ดให้ ความรู้ ด้วยตัวอย่างอาหารแห้ง อาหารสำเร็จรูป เครื่องดื่ม และเครื่องปรุงรสต่างๆ โดยใช้ผลิตภัณฑ์ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้นและ ตระหนักถึงอันตรายและการส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ทำการทดลองเป็นพื้นที่กึ่งเมือง ประชาชนประกอบอาหารนอกบ้านไม่มีเวลา ประกอบอาหาร บางส่วนจึงเลือกซื้ออาหาร สำเร็จรูป เครื่องดื่ม เครื่องปรุง จากร้านสะดวกซื้อที่ มีมากมาย และร้านค้าแผงลอย ร้านอาหารปรุงสุกที่ มีมากมาย สอดคล้องกับ มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, วัน เพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์, ธัญชนก รุ่งเรือง, กมลฐา เกษต์ปานกลาง, ธันนัท ศิริศานต์,บงกชจันทร์ กลนา

นนท์⁹ที่มีการพัฒนาสื่อให้ความรู้ ที่เหมาะกับบริบท พื้นที่ มีการใช้โมเดลอาหารเป็นตัวอย่างในการสอน ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

2) การอบรมและฝึกทักษะการให้ความรู้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลง ห้องแม่โดยใช้วิธี On the job training เหมาะ สำหรับบุคลากรในรพ.สต.ซึ่งบางครั้งไม่มีหลักสูตร เฉพาะการทำคลินิกชะลอไตเสื่อมสำหรับ รพ.สต. และ รพ.สต.มีบุคลากรน้อยถ้าส่งไปอบรมเป็นระยะ เวลานานก็จะส่งผลกระทบต่องานบริการใน รพ.สต. ดังนั้น การใช้วิธี On the job training และสลับกัน ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในคลินิกชะลอไตเสื่อม ใน รพ. แม่ข่ายจึงน่าจะเป็นวิธีการเรียนรู้ที่รวดเร็ว และ เข้าใจง่าย ปรับใช้ในบริบทของพื้นที่ตนเองได้ การ ฝึกทักษะบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลลงห้องแม่ ในการใช้โมเดลหุ่นจำลองกรองไต เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้น พบว่า จากการสังเกต ผู้ป่วยให้ความสนใจมากและจดจำลักษณะการ ทำงานของไต และสาเหตุของไตเสื่อม ซึ่งส่งผลให้มี การปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมมากขึ้น ดังผลการประเมิน ดังนั้นบุคลากรใน รพ.สต.ควร ต้องเรียนรู้วิธีการสอน ด้วยโมเดลหุ่นจำลองกรองไต สอดคล้องกับมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์,วันเพ็ญ วิศิษฐ์ ชัยนนท์,ธัญชนก รุ่งเรือง,กมลฐา เกษต์ปานกลาง ,ธันนัท ศิริศานต์,บงกชจันทร์ กลนา นนท์⁹ ที่มีการ พัฒนาสื่อให้ความรู้ ที่เหมาะกับบริบทพื้นที่ มีการ ใช้โมเดลเป็นตัวอย่างในการสอนผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

3) การจัดทำ CKD Clinic ใน รพ.สต. เป็นสิ่งที่ ต้องทำเพื่อรองรับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเริ่มไตเสื่อมในระยะเริ่มแรก ต้องได้ เข้า CKD Clinic ระดับ รพ.สต.เพราะเข้าถึงง่ายกว่า ไปโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไป เพื่อให้มีความรู้ชะลอ ไม่ให้ไตเสื่อมเร็ว หรือเสื่อมระดับ 2ให้กลับมาระดับ 1หรือเสื่อมระดับ 3ให้ขึ้นมาระดับ 2 มีการให้ เครือข่ายชุมชนเข้ามามีบทบาทในการบริหาร จัดการเพื่อชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับ มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์,วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์,ธัญชนก

รุ่งเรือง,กมลฐา เกยด่านกลาง,ธันันท์ ศิริศานต์, บงกชจันทร์ กลอนานนท์⁹ ที่มีการกำหนดการจัดรูปแบบการจัดการใน CKD clinic ออกเป็น3 ระดับ ได้แก่ระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแต่ละระดับจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน ทั้ง3ระดับจะมีการดูแลผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อ มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ มีการเยี่ยมและติดตามผล การจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) เป็นการจัดระดับที่ 3 (CKD clinic Level 3) ให้การดูแลผู้ป่วยไตเสื่อม ระยะที่ 1-3 โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต.เน้นการดูแลเชิงรุก เชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีการพัฒนาเครือข่าย ได้แก่เครือข่ายบุคลากร เครือข่ายภาคประชาชนที่ช่วยดูแลที่บ้านได้แก่ อสม.และผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสาผู้ป่วยโรคไต

4) การวางระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมใน CKD Clinic ซึ่งเดิมไม่เคยมี ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางในการบริหารจัดการตนเองและบุคลากรเพื่อแบ่งการให้บริการได้เหมาะสมและมีคุณภาพมีระบบที่ชัดเจนส่งผลดีต่อหน่วยงานและต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับบริการตามแนวทางมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้น สอดคล้องกับปญญานิณ เชื้อนเพชร,รุ่งลาวัลย์ กาวิละ,อรุณี ไชยเมือง¹¹ ที่พบว่า หลังใช้รูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีการประเมินผลลัพธ์ ด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในชีวิตประจำวัน ลดลง สอดคล้องกับ บุญสม คุ่มกลาง,ปญญศาวัจฉละอนันท์¹² ที่พบว่า แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังการนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับดี

5) การอบรมให้ความรู้ อสม.โดยใช้แนวทางการให้ความรู้เหมือนกับผู้ป่วยไตเรื้อรัง แต่เพิ่มเติม แนวทางการดูแลสำหรับผู้ดูแล การให้กำลังใจ แนวทางการเยี่ยมบ้าน การรายงานปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับ อสม.ในการที่จะลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพ ทั้ง อสม.

ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลโดย อสม.ที่มีคุณภาพ ส่งผลให้มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นดังผลการประเมิน สอดคล้องกับมณีนววรรณ ตั้งขจรศักดิ์, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท์, ธันย์ชนกร รุ่งเรือง, กมลฐา เกยด่านกลาง, ธันันท์ ศิริศานต์, บงกชจันทร์ กลอนานนท์⁹ ที่มีการกำหนดการจัดบริการระดับ รพ.สต.เน้นการดูแลเชิงรุก เชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีการพัฒนาเครือข่าย ได้แก่เครือข่ายบุคลากร เครือข่ายภาคประชาชนที่ช่วยดูแลที่บ้านได้แก่ อสม.และผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสาผู้ป่วยโรคไต

6) การจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน ที่ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลที่รับผิดชอบหมู่บ้าน อสม.ที่รับผิดชอบผู้ป่วยและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสาและผู้นำชุมชน การจัดทำตารางการเยี่ยมบ้าน มอบหมายการเยี่ยมบ้าน โดยเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตเรื้อรัง 2เดือน/ครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเกิดความเชื่อมั่นและการปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น บุคลากรก็มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่งผลให้การทำงานมีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ อรรถยา อมรพรหมภักดี ฐาศุภร์ จันประเสริฐ,อมราพร สุรการ⁸ ที่พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า มีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ2558³ ที่ได้กำหนดแนวทางในการสนับสนุนพัฒนาวิชาการและสนับสนุนให้ดำเนินการป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยเชื่อมต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยญาติ อาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่ไตวายที่ได้รับการฟอกไตเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยนั้น พบว่า ทำให้ผู้ป่วยสนใจ ชักถาม อาการแสดงต่างๆ การปฏิบัติตัว เพื่อไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้น จนต้องฟอกไต เหมือนกรณีศึกษาและส่งผลผู้ป่วยใส่ใจดูแลตนเองมากขึ้น

7) บัดดี อสม.เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย การทำคำสั่งมอบหมายกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยไตเรื้อรัง ให้ อสม.ในคุ้ม จับคู่เยี่ยมบ้านและลงรายงาน นั้นพบว่า ทำให้ อสม.มีความมั่นใจในการเยี่ยมบ้านมากขึ้นเนื่องจากมีคู่มือปรึกษาเมื่อเจอคำถามของผู้ป่วย ทำให้ อสม.เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรินทร์ ดีปิตา¹³ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านมีผลต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ มากต่อการเยี่ยมบ้าน

8) การจัดอบรมให้ความรู้แก่แม่ค้า ผู้ประกอบอาหารปรุงสุกนั้น พบว่า แม่ค้าและผู้ประกอบอาหารปรุงสุกทุกคน ไม่มีความรู้เรื่องการใช้เครื่องปรุงอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนผสม และการใส่เครื่องปรุงหลายๆชนิดรวมกันเพื่อความอร่อย ความนุ่มของอาหารทำให้อาหารขายดี โดยไม่ทราบว่า อาหารที่ปรุงด้วยรสฉ่ำ(เค็ม) จะส่งผลต่อความเสื่อมของไตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอยู่แล้วจะเสื่อมเร็วกว่าคนที่ไม่ป่วย ส่วนคนที่ไม่ป่วยในอนาคต ถ้ารับประทานอาหารรส(เค็ม)มากไปหรือบ่อยๆจะทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นเช่นกัน การอบรมให้ความรู้ทำให้ผู้ประกอบอาหาร

ตระหนักมากขึ้น และเข้าร่วมร้านอาหารรักษ์สุขภาพลดเค็ม จำนวน 5 แห่ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ คือ ผู้สนใจสามารถนำแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชนในระดับปฐมภูมิที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาดังนั้น นักวิจัยสามารถศึกษาเชิงคุณภาพและพัฒนาต่อยอดความคงอยู่ ของรูปแบบหรือผลลัพธ์ของรูปแบบในระยะยาวเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อชี้แนะกลุ่มตัวอย่าง อสม. ผู้นำชุมชนตลอดจนเครือข่ายชุมชนทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ร่วมให้ข้อมูลและสนับสนุนกิจกรรมจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010; (1567-75.)
2. การเข้าถึงบริการไตวาย “รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2554 “ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2558 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2557. พิมพ์ที่ บริษัทสหมิตรปริ้นต์แอนด์พับลิชชิง จำกัด ถนนพหลโยธิน.2558
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางการคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2555
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1992.

6. อัญญารัตน์ธีรพรเลิศรัฐ.ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชนโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิคนครินทร์. กรุงเทพฯ: บริษัทเฮลท์เวิร์คจำกัด.2556
7. นุชนาฏ ดั่งผึ้ง. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 3. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ . วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 10 ปีที่ 7(1) ,19-31.(2562)
8. อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, อมราพร สุรการ.การปฏิบัติการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 14 (2) ,46-57.(2563)
9. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์, ธนัยชนก รุ่งเรือง, กมลฐา เกย์ด่านกลาง, ธัชนันท์ศิริสานต์, บงกชจันทร์ กฤษณานนท์. การพัฒนาศูนย์โรคไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย.(2559)
- 10.อัมพรพรรณ ธีรานุตร,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์,ปัทมา สุริต,วาสนา รวยสูงเนิน,ดลวิวัฒน์ แสนโสม,จันทร์ โท ศรีนา, นางดวงใจ อติศักดิ์สดี, นางนวลอนงค์ สุดจอม, การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) . (2560)
- 11.บุญญนิณ เชื้อนเพชร, รุ่งลาวัลย์ กาวิละ, อรุณี ไชยเมือง .การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ปีที่ 7(1) ,57-74.(2563)
- 12.บุญสม คุ่มกลาง, บุญญา วิจิตรอนันท์. ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 5 (2). (2563)
- 13.ชรินทร์ ดีปิตตา. ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 6(3),279-286.(2553)

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลปรีอใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ

The Development of Health Promotion Model for Integrated
Elderly's Long-term Care by Community Participation: Case Study
of Prue Yai Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province.

(Received: March 4,2023 ; Revised: March 13,2023 ; Accepted: March 16,2023)

ศตวรรษ ศรีพรหม¹, วรรณภา อินตะราชา², วรณสิริ ทางทอง

Satawat Sriprom¹, Wannapa intaracha², Varunsiri Thangtong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน ประชากรที่ศึกษา ในพื้นที่ และสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (CCG) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พระคิลา นุปัญญา (พระ อสว.) ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 56 คน ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 100 คน โดยการหาค่าสัดส่วนในกรณีที่เราทราบจำนวนประชากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อมพื้นที่ 2) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ และบริบทของชุมชน 3) ปฏิบัติการวางแผนการดำเนินงาน 4) สื่อสารแนวปฏิบัติต่อเครือข่าย 5) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการ 6) นิเทศ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน 7) สรุปผลถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผล ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่งผลให้เกิดรูปแบบจากการพัฒนา เรียกว่า HAS – MAP – ID ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (H : Health Promotion Database System) 2) ส่งเสริมการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันที่หลากหลาย (A : Access and use applications) 3) ส่งเสริมการรวมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม (S : Social Activity Grouping) 4) กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน (M : Monitoring and Evaluation) 5) ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (A : Age - Friendly Communities/Cities) 6) วางแผนปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม (P : Participatory Action Plan) 7) บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย (I : Integrate Network Cooperation) 8) พัฒนาศักยภาพ และทบทวนแนวปฏิบัติของทีมงาน (D : Develop Potential and Review Guidelines) ส่งผลให้มีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามแผนสุขภาพดี Wellness Plan ครอบคลุมความเสี่ยง หลังการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น กลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ที่มีคุณภาพ และหลังการดูแล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ดีขึ้น

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพ, การพัฒนาแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Abstract

This research was a participatory action research aimed to development of health promotion model for integrated elderly's long-term care of community participation, Prue Yai subdistrict, Khukhan district, Sisaket province. The study population voluntarily participated in the research process, consist of executive committees and members of the Subdistrict Administrative Organization, Committee of the Center for Quality-of-Life Development and Career Promotion for the Elderly, the Staff of the Tambon Health Promoting Hospital, the Sub-District Administrative Organization Employees, the Aged Care Manager (CM), the Elderly Care-giver (CG), the Community Care-giver (CCG), the Village Public Health Volunteers, the community leader and Phra Kilanupattaka. A total of 56 participants were recruited using purposive sampling and a sample of 100 elderly people determined by the proportional sampling of the population. The focus group questionnaires were utilized as tools for data collection, the data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and content analysis.

The results showed that there were 7 steps of development processes as follows: 1) Area preparation 2) Community situation and context studying 3) Project planning 4) Network communication 5) Implementation 6) Supervision, follow-up, support and performance evaluation 7) Project summarizing, knowledge management, reflecting on problems and obstacles, recommendations and success factors in the development of a model as known as HAS-MAP-ID consists of 1) H : Health Promotion Database System 2) A : Access and use applications 3) S : Social Activity Grouping 4) M : Monitoring and Evaluation 5) A : Age - Friendly Communities/Cities 6) P : Participatory Action Plan 7) I : Integrate Network Cooperation 8) D : Develop Potential and Review Guidelines. As a result, the participations and overall satisfaction were at a high level and resulted in the socially addicted elderly people receiving health promotion according to a wellness plan. After receiving health promotion, there were more desirable health behaviors. The dependent group received a quality care plan and after the ADL performance improved.

Key words: Participation, Health promotion, Elderly's long-term care model development

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งประเทศ จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2565 โดยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2576 จะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” คือมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในอัตราร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด¹

การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทย ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการ คาดประมาณ

ประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2583 (ฉบับปรับปรุง) แสดงว่าอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า หรือใน พ.ศ. 2579 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29.28 % (19.4 ล้านคน) หรือคิดเป็น 2 เท่า ของประชากรสูงอายุใน พ.ศ. 2564 และใน พ.ศ. 2583 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.38 (20.5 ล้านคน) ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรไทยทั่วประเทศ²

เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย และมีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ ในจำนวนนี้ร้อยละ 19 เป็นทุพพลภาพระยะยาว มี

ร้อยละ 1.8 เป็นภาวะทุพพลภาพรุนแรงถึงรุนแรงมาก ความชุกของกลุ่มอาการส่อไปในทางสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 และความดันเลือดสูงพบร้อยละ 24.8 และมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทุกขนาดกิจกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ 5 - 10 เท่า ข้อจำกัดเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขรวมทั้งบริการสาธารณสุขและด้านสังคม และส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแล³

การที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 ให้การรับรองมติในประเด็น “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ซึ่งข้อเสนอได้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น จึงมีข้อเสนอให้ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะส่วนราชการรวมทั้งภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำข้อมตินี้เป็นจุดอ้างอิงสำหรับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลักดันให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือธุรกิจเพื่อสังคม เข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ⁴

เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2564 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 747,325 คน คิดเป็นร้อยละ 16.29 โดยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น เห็นได้จาก ปี 2560-2564 ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.16, 14.73, 15.28, 15.96 และ 16.29 ตามลำดับ และจากข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ อำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2564 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยมีประชากรสูงอายุ จำนวน 1,574 คน คิดเป็นร้อยละ 13.28 และจากข้อมูลผลการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี 2560 – 2564 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 97.63, 95.12, 95.71, 80.16, 90.93 ตามลำดับ ในทางตรงข้ามกันพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 2.37, 4.88, 4.28, 19.83, 9.08 ตามลำดับ⁵ ซึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติด

สังคม เพื่อให้คงสุขภาวะที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้ และกลุ่มพึ่งพิง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยังมีรูปแบบและกระบวนการดำเนินงานที่ยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการ บูรณาการ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน แผนงาน โครงการ กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา และผู้รับผิดชอบงาน ยังไม่ชัดเจน งบประมาณในการขับเคลื่อนงานไม่เพียงพอซึ่งจากการศึกษาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุม และส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ปัจเจบุคคล หรือกลุ่มบุคคล จะต้องมีความสามารถ ที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งการบูรณาการด้านสุขภาพและสังคม โดยดำเนินงานทั้งในครอบครัว สถานบริการ และชุมชน โดยดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่สุขภาพดี และเจ็บป่วย บริการเสริมส่วนขาดและการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการการดูแล ที่เหมาะสม ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ยังเป็นหัวใจสำคัญ ของกระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชน กับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน ซึ่งหากภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และต่อเนื่องจากชุมชน

จากข้อมูลและสภาพปัญหาที่ตั้งกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดรูปแบบการ

ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ให้ผู้สูงอายุกลุ่ม ดิตสังคมได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงสภาวะสุขภาพ ที่ดี ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแล และมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น ซึ่งจะเป็นการประกันความมั่นคง ในด้าน คุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างปกติสุขและเป็นหลักชัยของสังคมต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ความมุ่งหมายเฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทของการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบ บูรณาการ ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตาม กรอบแนวคิด ของ Stephen Kemmis และ Robin Mctaggart เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบ บูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่การค้นหาปัญหา

ความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชน การกำหนด แนวทางและวางแผนในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตาม แผน การประเมินผล รวมทั้งการสะท้อนการปฏิบัติ

2. ประชากร (Population) ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ (ศพอส.) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุน หลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลปรีอใหญ่ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลที่ รับผิดชอบงานสาธารณสุข ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager, CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ. หรือ Care community Giver; CCG) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พระศิลาบุญภูาก (พระ อสว.) รวมทั้งสิ้น จำนวน 56 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร คำนวณสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวน ประชากร (สุ่มหนา กลางการ และวรพจน์ พรหมสัถย พรต, 2553 : 122)⁶ กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่น ที่ร้อยละ 95 ซึ่งจะทำให้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับ ฉลาก (Simple Random Sampling) จากประชากร ผู้สูงอายุทั้งหมด 1,873 คน โดยใช้ขนาดตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 100 คน

4. พื้นที่ในการศึกษา ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ

ขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างแบบสัมภาษณ์ ตามกรอบที่กำหนด
3. ให้ที่ปรึกษาตรวจสอบให้คำแนะนำ
4. นำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไข ปรับปรุงตาม คำแนะนำของที่ปรึกษา แล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ

ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

สรุปผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่า ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 ดังนั้น แบบสัมภาษณ์ จึงถือว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

5. นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่ตำบลอวย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ

6. นำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัยทั้งฉบับ (Reliability analysis) เพื่อประเมินเครื่องมือในการวิจัยแต่ละด้านมีคุณภาพนำไปใช้ได้หรือไม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha, Coefficient) (สุมัทนา กลางการ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 : 122)⁶ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ดังนี้

6.1 แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

6.3 แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์สัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

7. จัดพิมพ์ข้อคำถามฉบับจริง เพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

8. ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 : R10-EC04 รหัสโครงการวิจัย ID-04-65-03-E

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin Mctaggart โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 เตรียมความพร้อม

1.1 แต่งตั้งคณะทำงาน/ทีมวิจัยจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

1.2 สร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วน

กิจกรรมที่ 2 ศึกษาข้อมูล สถานการณ์และบริบทของชุมชน ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมที่ 3 ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์เครื่องมือทางการบริหารที่เหมาะสม เพื่อวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหาการพัฒนา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และวางแผนการดำเนินงานตามความต้องการ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 วิเคราะห์สภาพปัญหา

3.2 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

3.3 วางแผนการดำเนินงานและกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ

3.4 นำแนวทางที่ได้มาจัดทำแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรมที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแนวทางการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการ

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามกิจกรรม แผนงานโครงการ ตามกระบวนการทำงานใหม่

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

กิจกรรมที่ 6 นิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังสนับสนุนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตามแผนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามกระบวนการทำงานใหม่

6.1 เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน และจัดบันทึกการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น

6.2 สังเกตกระบวนการทำงานใหม่ จาก พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละ ขั้นตอน

6.3 ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน
ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflexion)

กิจกรรมที่ 7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

7.1 จัดเวทีชุมชน เพื่อเสนอผลการปฏิบัติในการแก้ปัญหา รับข้อเสนอการแก้ปัญหาจากชุมชนเพิ่มเติม รวมทั้งสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

7.2 ประชุมคณะทำงาน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญห ในครั้งต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้านแผนพัฒนา และผลการดำเนินงาน (Output, Outcome) ที่เกิดขึ้น จากการประชุม ผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและ ปัจจัยความสำเร็จ เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกต แบบมีส่วนร่วม และแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนำข้อมูลที่เกิดขึ้นในการ ดำเนินงานมาเชื่อมโยง กับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และสรุปผลการดำเนินงานมาเป็นรูปแบบการพัฒนา

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ บริบทของชุมชน ในการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว แบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล ปรีอใหญ่ อำเภอบุขันธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ

สรุปได้ว่าตำบลปรีอใหญ่ เป็นชุมชนแบบชนบท มีหมู่บ้านในเขตปกครอง จำนวน 20 หมู่บ้าน จำนวน หลังคาเรือน 2,505 หลังคาเรือน มีประชากร ทั้งหมด 11,857 คน เพศชาย 5,882 คน เพศหญิง 5,973 คน เป็น ผู้สูงอายุทั้งหมด 1,873 คน เพศชาย 823 คน เพศหญิง

1,050 คน ประกอบอาชีพทำนา เป็นหลักนับถือศาสนา พุทธ มีวัด จำนวน 6 แห่ง สำนักสงฆ์ จำนวน 7 แห่ง มี โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 6 แห่ง โรงเรียน มัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย จำนวน 1 แห่ง ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กก่อนวัยเรียน จำนวน 7 แห่ง หอกระจายข่าว จำนวน 20 แห่ง ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 แห่ง

ข้อมูลลักษณะประชากร ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60 - 69 ปี สถานภาพสมรสคู่การศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับบุตร ได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาล มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจัดขึ้น และมีการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ จากอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อมูลลักษณะประชากร ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุ 51 - 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพหลักคือการทำนา มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,001 - 10,000 บาท ประสบการณ์ การรับผิดชอบงานเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ 1 - 5 ปี การคัดกรองและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของ ผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) โดยทำการ สํารวจจากประชากรผู้สูงอายุในตำบลปรีอใหญ่ ซึ่งทำ การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น จำนวน 1,554 คน คิด เป็นร้อยละ 98.70 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 1,413 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.93 กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL 5 - 11 คะแนน จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 7.91 กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ พักพิการ หรือ ทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL 0 - 4 คะแนน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภอยะรัง จังหวัดศรีสะเกษ

กระบวนการพัฒนา โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการตามกรอบแนวคิด ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ

การวางแผน (planning) ในขั้นการวางแผนสรุปได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ใช้แนวคิดทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ คือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map : SRM) มาเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดการบูรณาการการประยุกต์ใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหา การพัฒนา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และวางแผนการดำเนินงานตามความต้องการในการพัฒนา ซึ่งเริ่มตั้งแต่ขั้นที่หนึ่ง การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์แบบมีส่วนร่วมโดยใช้แผนที่ทางความคิด (Mind Map) ตามมุมมองของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับรากฐาน กระบวนการ ภาควิชา และประชาชน ขั้นที่สอง มีการกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination) สามารถเลือกจุดหมายปลายทางได้ตรงตามประเด็นที่ต้องการพัฒนามากขึ้น ซึ่งส่งผลให้คณะทำงานทุกคนทราบถึงจุดหมายปลายทางการพัฒนาาร่วมกัน ขั้นที่สาม สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภอยะรัง จังหวัดศรีสะเกษ ภายในปี 2565 – 2566 ซึ่งคณะทำงาน ได้ร่วมกันจัดกลุ่มจุดหมายปลายทาง และนำมากำหนดเป็นเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ และวางกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานอย่างน้อย 2 – 3 กลยุทธ์ ภายใต้เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ชัดเจน ขั้นที่สี่ สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic linkage Model : SLM) ซึ่งมีการกำหนดเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ และกำหนดเส้นทางด่วนพิเศษในการพัฒนา (Road Map) ภายในปี 2565 รวมทั้ง มีการวางตัวผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน

ขั้นที่ห้า นิยามเป้าประสงค์และอธิบายการทำงาน (Strategic Objective Definition) กำหนดกิจกรรมสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าประสงค์ตามระยะเวลาของยุทธศาสตร์ ขั้นที่หก สร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan/Mini SLM) ซึ่งได้กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการของภาคีเครือข่ายตำบลปรีอใหญ่ จำนวน 6 แผน และได้โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจำนวน 12 โครงการ ซึ่งมีผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาและงบประมาณในการขับเคลื่อนงานอย่างชัดเจน ขั้นที่เจ็ด การเปิดงาน (Launching) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ มีการนำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ

การลงมือปฏิบัติ (Action) มีการชี้แจงแผนต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำแผนปฏิบัติการบรรจุเข้าข้อบัญญัติงบประมาณท้องถิ่น รวมทั้งแผนสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน และแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กปท. โดยผ่านความเห็นชอบของผู้บริหาร ซึ่งส่งผลให้ได้รับงบประมาณในการขับเคลื่อนงานตามแผนทุกกิจกรรม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ มีการนำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ ตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) อย่างเป็นรูปธรรม

การสังเกตการณ์ (Observation) มีการจัดตั้งทีมนิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน โดยมีรูปแบบการนิเทศติดตาม คือ การออกตรวจเยี่ยม สังเกตการณ์ ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ซึ่งกระบวนการสังเกตการณ์ ได้ใช้ใน 2 รูปแบบ คือ 1) การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ซึ่งทำการสังเกตการณ์ในขณะที่เข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมทั้ง 12 โครงการ ซึ่งพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนแผนงานโครงการความกระตือรือร้น ร่วมคิดวางแผนการปฏิบัติ ร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาปฏิบัติทุกขั้นตอนจนเสร็จสิ้นกิจกรรม ร่วมประเมินผลการดำเนินกิจกรรม และร่วมรับผิดชอบร่วมรับผิดชอบทั้งทางบวกทางลบ 2) การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) จากการสังเกตการณ์โดยการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และสังเกตพฤติกรรม

มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากวงนอกของการดำเนินงาน กิจกรรม พบว่า แกนนำภาคราชการมีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิชาการ และโน้มน้าวใจภาคประชาชนให้คล้อยตามและร่วมตัดสินใจตามการชี้แนะในบางประเด็นที่ต้องอิงหลักทฤษฎีเป็นองค์ประกอบ ภาคประชาชนมีความกระตือรือร้นมีส่วนร่วมในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มองเห็นประโยชน์ ในฐานะผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาทางตรง ทางอ้อม องค์การทางศาสนา พระสงฆ์มีความตระหนักและแสดงบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงานในเบื้องต้น รวมทั้งอำนวยความสะดวกในด้านสถานที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมให้เกิดความราบรื่น

สะท้อนผล (Reflection) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงาน และคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนเพื่อประกอบการวางแผนในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยการถอดบทเรียนตามหลักการทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Reviews : AAR) และสะท้อนผล ซึ่งพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานทราบถึงทิศทางความสำเร็จของการดำเนินงาน และมีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนแก้ไขปัญหาพัฒนาตามเส้นทางด่วนพิเศษ (Road Map) ในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ประสบความสำเร็จตามแผนที่เดินยุทธศาสตร์

จากการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.74$, S.D. = 0.34) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการร่วมรับผล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.26) รองลงมาคือ ด้านการร่วมคิด มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 2.77$, S.D. = 0.26) ตามลำดับ

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ

สรุปได้ว่า ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดกิจกรรมที่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งสิ้น 12 กิจกรรมสำคัญ ซึ่งมี

แผนงาน โครงการรองรับชัดเจน มีผู้รับผิดชอบงานจากภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนในชุมชน และมีแหล่งงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) พื้นฟูและพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน ผลของการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น สามารถขับเคลื่อนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive LTC) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ด้วยแผนสุขภาพไตรายบุคคล Wellness Plan ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน และมีการจัดการดูแล (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแล Care Plan คุณภาพ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้คำปรึกษาในการจัดการดูแลให้เหมาะสม ตามปัญหาสุขภาพรายบุคคล 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารจัดการฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ผลของการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถบริหารจัดการฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ให้เป็นเอกภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงชุดข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ตรงตามประเด็นสุขภาพรายบุคคล รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงเพื่อเทียบเคียงมาตรฐานการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน 3) พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้สุขภาวะที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุ ผลของการดำเนินงาน แกนนำผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่สามารถจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพไตรายบุคคล Wellness Plan ได้ตรงตามประเด็นปัญหาสุขภาพตนเอง และสมาชิกทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ และในชุมชน 4) พัฒนาศักยภาพด้านการใช้งานระบบ แอปพลิเคชัน และแพลตฟอร์มด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลของการดำเนินงาน มีความรู้ในการเลือกใช้แพลตฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำเข้าข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามการแบ่งกลุ่มศักยภาพ และตรงตามประเด็นปัญหาสุขภาพของบุคคล 5) ส่งเสริมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย (1) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ผลของการดำเนินงาน มีการจัดการกองทุนสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการดูแลสวัสดิการ แก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มีการเยี่ยมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 87 คน ฌาปนกิจสงเคราะห์ 20 คน ผลของการดำเนินงานโครงการ (2) พัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลปรีอใหญ่ ผลการดำเนินงาน CM, CG สามารถจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Care Plan คุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ตรงตามประเด็นปัญหาสุขภาพ (3) ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบล ปรีอใหญ่ ผลของการดำเนินงานโครงการสำคัญ มีการส่งเสริมอาชีพและรายได้ ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยการอบรมการผลิตศิลปหัตถกรรมพื้นบ้าน เช่น การทำไม้กวาดทางมะพร้าว การทำพรมเช็ดเท้าจากเศษผ้า การจักสารตะกร้า และมีการรวมกลุ่มจำหน่ายผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน เป็นส่งเสริมการใช้เวลาว่าง การมีกิจกรรมรวมกลุ่มและก่อให้เกิดรายได้ในชุมชน 6) ส่งเสริมการพัฒนาเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 (1) โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ผลของการดำเนินงานพบว่า ทุกหมู่บ้านมีการดำเนินกิจกรรมบ้านสะอาด สิ่งแวดล้อมดี มีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น การจัดทำราวจับไม้ไผ่ป้องกันการพลัดตกหกล้มทั้งภายในและภายนอกบ้าน รวมทั้งสถานที่สาธารณะ การพัฒนาหมู่บ้านสะอาด จัดการขยะในชุมชน 2) โครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย ที่ถูกสุขลักษณะแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลของการดำเนินงาน พบว่า มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยโดยช่างจิตอาสาในชุมชน มีการระดมทุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปรับปรุงที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกในที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุที่ 11 หลังคาเรือน และสร้างที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ขาดคนดูแล จำนวน 1 หลัง 7) แกนนำจิตอาสาพัฒนาชุมชน ด้านส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการ

ดำเนินงาน พบว่า เยาวชนจิตอาสา ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สามารถเป็นผู้ประสานหรือเป็นผู้เชื่อมประสานความรักความอบอุ่นระหว่างกลุ่มวัย สามารถจัดกิจกรรมสร้างกระแสนักดูแลสุขภาพและมีการจัดเวทีพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างเยาวชนกับผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรมสืบสานวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ตามขนบธรรมเนียมประเพณีพื้นถิ่น รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจ โดยการมอบรางวัลแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 8) บูรณาการพัฒนาคุณภาพแผนการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผลของการดำเนินงาน พบว่า (1) แกนนำ โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ สามารถจัดทำแผนสุขภาพดีรายบุคคล Wellness Plan สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ตรงตามประเด็นปัญหาความเสี่ยงทางสุขภาพรายบุคคล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น (2) CM, CG, CCG, และสหสาขาวิชาชีพ สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) โดยร่วมกันจัดทำแผนการดูแล Care Plan คุณภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ที่มีคุณภาพมีการเปลี่ยนกลุ่มดีขึ้น

สรุปว่า การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมสำคัญตามแผนงาน โครงการ และมีเป้าประสงค์ชัดเจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมองเห็นภาพจุดหมายปลายทางการพัฒนาในแผนเดียวกัน ทราบบทบาทที่ต้องรับผิดชอบและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม สามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มให้คงสถานะทางสุขภาพที่ดี โดย 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive LTC) ด้วยแผนสุขภาพดีรายบุคคล Wellness Plan ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ พบ ว่ามีการทำแผนสุขภาพดี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้วย Bluebook Application พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 75 2) การจัดกิจกรรมการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan คุณภาพ ร้อยละ 100 ผลการประเมินเมื่อสิ้นสุดการ ให้บริการ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 141 คน มีค่า ADL ดีขึ้น จำนวน 46 คน (ร้อยละ 31.51) จาก การสอบถามความพึงพอใจ พบว่า ระดับความพึงพอใจ ต่อการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบ โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.28) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุดคือ ด้านความพึงพอใจต่ออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 0.24) รองลงมา คือ ด้านความพึงพอใจต่อการบริการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้านที่มีคุณภาพ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.30) ตามลำดับ

จากการพัฒนารูปแบบ ครั้งนี้ มีการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน 12 กิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมสำคัญที่ได้จากการ ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จมาเป็นรูปแบบการ ดำเนินงานของตำบลปรีอใหญ่ คือ Prue yai Subdistic Model (HAS – MAP – ID) ดังนี้

H : Health Promotion Database System ระบบฐานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนา ระบบให้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และมีความเป็นเอกภาพ

A : Access and use applications ส่งเสริมการ เข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันที่หลากหลาย ในการสื่อสาร และประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ

S : Social Activity Grouping ส่งเสริมการ รวมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม การสืบสานประเพณี วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมอาชีพรายได้ และ ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสวัสดิการสมาชิกในชุมชน

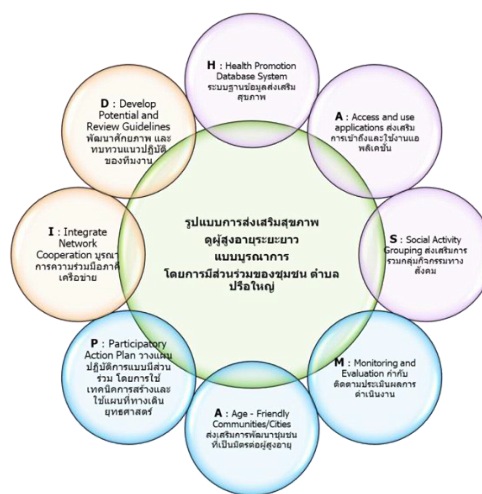
M : Monitoring and Evaluation กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และ เฝ้าระวังเสริมพลังเครือข่าย เสริมแรงสร้างพลัง ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

A : Age – Friendly Communities/Cities ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อ ให้ เกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

P : Participatory Action Plan วาง แผน ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการใช้เทคนิคการสร้าง และใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาเป็นเครื่องมือ การ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

I : Integrate Network Cooperation บูรณาการ ความร่วมมือภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วยกลไก บ้าน วัด ราชการ (บวร) ให้มีความเข้มแข็ง ผู้นำชุมชนและสมาชิก ในชุมชนเกิดความเข้าใจเริ่มสร้างสรรค์การพัฒนาและ ให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง

D : Develop Potential and Review Guidelines พัฒนาศักยภาพ และทบทวนแนวปฏิบัติ ของทีมงาน ให้มีทักษะ ความรู้ ความสามารถ และมีความพร้อม ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน



ภาพประกอบรูปแบบ Prue yai Subdistic Model

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นไปตามความมุ่งหมายของการวิจัยโดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์ บริบทของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

จากการศึกษา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีบทบาททางสังคมในชุมชน และมีความรู้ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุในชุมชนมา

อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เสตจ์ โรจนธรรม (2556)⁷ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ตำแหน่ง และอายุราชการ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงาน และปัจจัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีความสัมพันธ์ เชิงบวก กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการวิจัยของ สมจินตนา คุ่มภัย (2559)⁸ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Sig} < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ รายได้ของชาวชุมชน อบต. ใช้กลยุทธ์จัดกิจกรรมหรือโครงการอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิตยา นันทขว้าง (2552)⁹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข ความรู้พื้นฐานด้านการพัฒนางานสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ที่จะช่วยให้พื้นฐานการพัฒนางานสาธารณสุขที่ดีร่วมกันได้

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กระบวนการพัฒนา โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการตามกรอบแนวคิด ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประกอบด้วยกระบวนการ 7 ขั้นตอน ทั้งนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ คือการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map :

SRM) เป็นเครื่องในการขับเคลื่อนงานให้ตรงตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เกิดแผนงานโครงการที่มาจาก การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 1) วางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการใช้เทคนิคการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 2) บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วยกลไก บ้าน วัด ราชการ (บวร) 3) พัฒนาศักยภาพ และทบทวนแนวปฏิบัติของทีมงาน 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ 5) ส่งเสริมการรวมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม 6) ส่งเสริมการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันที่หลากหลาย 7) ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 8) กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ เยี่ยมเสริมพลังเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธารารัตน์ สลัญญะโม (2565)¹⁰ ได้ศึกษาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับการพัฒนาชุมชน: การเรียนรู้เพื่อเสริมพลังอำนาจ ความรอบรู้ทางสุขภาพจากชุมชนฐานราก พบว่า แนวทางการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือสำหรับกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลังชุมชน จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ ผู้นำกิจกรรมต้องมีทักษะกระบวนการ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เปิดกว้างสู่การเรียนรู้ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ความสอดคล้องกับความจำเป็นของชุมชน และความต้องเป็นการสื่อสารเชิงบวก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปาณิสรา ภูโสภาก (2554)¹¹ ได้ศึกษากระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเทศบาลตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน แสดงออกจากการร่วมคิด ร่วมวางแผนมาตรการชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคและไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของพหุภาคี แสดงออกจากการร่วมดำเนินการในการสนับสนุนชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการทางวิชาการ สอดคล้องกับผลการวิจัย ของ ธนกร จิระออน (2553)¹² ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาไข้เลือดออก ทำให้

เกิดการปฏิบัติในการดูแลปัญหาโรคไขข้ออักเสบ หลังการพัฒนาามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุปราณี บุญมี (2562)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและ (3) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศรายุทธ ชูสุทนต์ (2564)¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และ 3) กิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดย การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลปรีอใหญ่ อำเภอบุขขึ้นธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์การขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งมีสุขภาพที่ดี มีแนวโน้มลดลงตามลำดับตรงข้ามกันผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มพึ่งพิงก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเพื่อให้เกิดรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม เป็นการประกันความมั่นคงทางด้านคุณภาพชีวิตและสวัสดิภาพของผู้สูงอายุจากการศึกษาผลของการพัฒนา พบว่า ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับมาก และโดยรวมคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน

การพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุปราณี บุญมี (2562)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ผลการดำเนินงานตามขั้นตอน พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริพรรณ บุตรศรี (2558)¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ สร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลคลองข่อย อำเภอ โพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า การประเมินผลการทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทุกขั้นตอนการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560)¹⁶ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของเด่นนภา ทองอินทร์ (2563)¹⁷ ได้ศึกษาการพัฒนา ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนงาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกด้านอยู่ในระดับมาก และภาพรวมอยู่ในระดับมาก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนา เช่น สังคมความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ รายได้ สวัสดิการทางสังคม และสุขภาพ

2.2 ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อ ระหว่างภาคีเครือข่าย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในภายนอกชุมชน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจาก นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณนางไฉไล ช่างตำรองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้คำปรึกษา แนะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 ขอบคุณ นางประไพ เจริญผล ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ให้คำแนะนำในด้านเนื้อหาวิชาการ

ขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ปรีอใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ปรีอคัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทับทิมสยาม 06 องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลปรีอใหญ่ ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนในชุมชน ที่อำนวยความสะดวกในด้านอาคาร สถานที่ และบุคลากร ช่วยให้ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมดำเนินการให้การศึกษาในครั้งนี้นับบรรลุตามวัตถุประสงค์

ท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ บุญคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ ภรรยา ญาติพี่น้อง และบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งเป็นผู้อยู่เบื้องหลังที่คอยให้การสนับสนุนข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2564.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). รายงานประจำปี 2559. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: ดีไซน์เบอรี่; 2559.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนา อินเทอร์เน็ต; 2553.
5. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2564. กระทรวงสาธารณสุข: จากเว็บไซต์ <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat;> 2564.
6. วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การบริหารงานสาธารณสุขท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2553.
7. เสด็จ โรจนธรรม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
8. สมจินตนา คุ่มภัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2559;9:733-748.
9. นิตยา นันทขว้าง. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
10. ธารรัตน์ สัญญาโม และคณะ. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กับการพัฒนาชุมชน: การเรียนรู้เพื่อเสริมพลังอำนาจความรอบรู้ทางสุขภาพจากชุมชนฐานราก. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม 2565;6:77-88.

11. ปาณิสรา ภูโสภา และคณะ. กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเทศบาล ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
12. ชนกร จีระออน. รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
13. สุปรานี บุญมี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
14. ศรายุทธ ชูสุทนต์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2564.
15. ศิริพรรณ บุตรศรี. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
16. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภวารินชำราบจังหวัด อุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560;9:57-69.
17. เต็นนภา ทองอินทร์ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563



พฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม Behavior Consumption of Health Volunteer, in Kampansaeen district, Nakhon Pathom province

(Received: March 5,2023 ; Revised: March 16,2023 ; Accepted: March 19,2023)

อานาจ ภูศรี¹

Amnat Phusri

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้การบริโภคอาหาร ค่านิยมในการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่านิยมในการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 315 คน มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบใช้ t-test และ One-way ANOVA และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation)

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 41 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.52, S.D. = 0.59) ค่านิยมในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.73) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.48) ตามลำดับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานะสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทางบวก (r = 0.266) แต่ค่านิยมในการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทางลบ (r = -0.270) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรม การบริโภคอาหาร อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This research aimed to study knowledge, value and behavior consumption of health volunteer and the factors were related behavior consumption. The samples of health volunteer of Kampangsaeen district amount 315. The samples were obtained from stratified random sampling. The measurement was a questionnaire. A statistical were frequency, percentage, $\bar{X}$, S.D., t-test, one-way ANOVA and pearson correlation.

This research found more than half of a health volunteer was more than 41 years old, graduated at a secondary school. A knowledge was high level. ($\bar{X}$ = 2.52, S.D. = 0.59) A consumption value was high level. ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.73) A behavior consumption was high level. ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.48) A health volunteer had a sex, education, occupation, income and health status that related to behavior consumption at a significant level. (p-value < 0.05) They had a different age that affect a behavior consumption different too at a significant level. (p-value < 0.05) Knowledge was

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

relate with behavior consumption as a protective factor. ($r = 0.266$) A value of consumption was relate with a behavior consumption as a negative factor. ($r = -0.270$) At a significant level. ($p\text{-value} < 0.05$)

Keywords: Behavior Consumption A health volunteer

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีของมนุษย์ทุกคน แต่ด้วยความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของมนุษย์¹ อาหารและโภชนาการที่ดียังเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดีของทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่ทารก ในครรภ์มารดาจนถึงวัยผู้สูงอายุการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย และการได้รับคุณค่าทางโภชนาการ ในปริมาณที่พอเหมาะจะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานสารอาหารต่าง ๆ ที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในประเด็นดังกล่าว เห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ปี (2570 - 2566) ได้มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของท้องถิ่นด้านสุขอนามัย ระบบผลิตอาหาร และพฤติกรรมบริโภคที่เสริมสร้างสุขภาพผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน² กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ.2562 - 2566 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านอาหารศึกษา ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการ ด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561 - 2580 เพื่อพัฒนาให้เกิดกระบวนการส่งเสริมพัฒนาวิจัยเพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนักในการบริโภคอาหาร โดยกำหนดเป็นเป้าหมาย ที่สำคัญเพื่อกำหนดมาตรการและดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี³

คนไทยยังคงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ที่ยังเป็นปัญหา คือ การ

บริโภคธัญชาติหวาน มัน เค็ม ที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย^{4,5} รวมทั้งบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน ทั้งประเภทและปริมาณ มองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ⁶ จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพและก่อให้เกิดโรคที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น ๆ ของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นโรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงตามความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคม กระแสนิยมบริโภคและความสามารถในการเข้าถึงอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนทั้งในเขตเมือง และเขตชนบทชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ในเขตเมืองที่มักนิยมบริโภคอาหารประเภทตามสั่ง บริโภคอาหารกล่องโฟม/พลาสติก⁶ ร่วมกับค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบชาติตะวันตกเพิ่มมากขึ้น ความเร่งรีบ ของกลุ่มวัยทำงาน⁴ และในปัจจุบันมียังการใช้สารเคมีต่าง ๆ ยาฆ่าแมลง สารเคมีถนอมอาหาร สารเร่งการเจริญเติบโตของพืช ผัก มีการใช้วัตถุมีพิษเพื่อเพิ่มผลผลิตนอกเหนือจากการใช้ปุ๋ย หากผู้บริโภคไม่ทำความเข้าใจอาหารอาหารก่อนที่จะบริโภค เช่น ไม่ล้างผักให้ถูกต้องเพื่อล้างยาฆ่าแมลงที่อาจติดมากับผัก เป็นต้น ทำให้พบว่าประชาชนนิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูปโดยหาซื้อจากหาบเร่ แผงลอย หรือร้านอาหารริมถนน ซึ่งมีการปนเปื้อนจากมลพิษและสิ่งแวดล้อม อาหารหลายชนิดรวมทั้งขนมเค้ก มีคุณภาพไม่ได้มาตรฐานหรือใช้สารเคมีบางชนิดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในการประกอบอาหาร เช่น สีย้อมผ้า สารบอเรีย็กซ์ ผงเปื้อย ดินประสิว เป็นต้น⁷ เห็นได้ว่าปัญหาการบริโภคอาหารเป็นเรื่องที่สำคัญของการพัฒนาบุคคลทุกวัย ดังนั้นจึงควรมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกบริโภคอาหาร ตลอดจนตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพหากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง⁸

รายงานการป่วยของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561-2567 .ศ.ตั้งแต่ปี พ.ได้ระบุว่า 2561 โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไตวาย และโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการรายงานสุขภาพของคนไทย 2561⁹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงอัตราการเสียชีวิตของประชากร มีสาเหตุ 4 ใน 3 มาจากโรคไม่ติดต่อเป็นมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม และจังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคที่มีสาเหตุมาจากอาหาร ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงและโรคมะเร็งจำนวนมาก จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคจังหวัดนครปฐมปี พ. 2565.ศ.พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 983.69 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปี พ. 2563.ศ.และปี พ. 2564.ศ.ซึ่งพบอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ 952.12 และ 901.86 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ จากรายงานสาเหตุการตาย อันดับของจังหวัดนครปฐม 10 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตาย 2564 ปีงบประมาณที่มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี พ. 2563 .ศ.ในอัตรา ต่อ 49.52 ประชากรหนึ่งแสนคน ในปีพ.ศ. 2565.พบในอัตราซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่อาจเป็นผลมาจากการได้รับ 59.19 สารเคมีเข้าสู่ร่างกายโดยมีสารเคมีปลอมปนอยู่ในผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ ที่ประชาชนบริโภคในการเฝ้าระวังโรค อำเภอชีวิตประจำวัน และจากข้อมูล 2565.ศ.กำแพงแสน ปีพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 1040.89 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปี พ. 2564.ศ.ที่พบอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน 998.53¹⁰

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลในชุมชนที่มีความรู้และเป็นแบบอย่างในด้านสุขภาพ สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหาร ซึ่งมีส่วนสำคัญ และสร้างเสริม

ศักยภาพของบุคคลนำไปสู่การมีพฤติกรรม ที่เหมาะสมให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและเป็นการกำลังที่จะช่วยพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐมจำนวน 315 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Yamane

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกคำตอบ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สอบถามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน ข้อ 5) โดยใช้ จำนวน ค่าร้อยละ ((Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับอาหารที่รับประทานและการเลือกซื้ออาหาร แบบวัดความรู้เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวจำนวน 18 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้ กำหนดดังนี้

ตอบถูกต้อง 1 ได้คะแนนเท่ากับ

ตอบผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับค่านิยมในการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเอง โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึก
ของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของ
ผู้ตอบแบบสอบถาม

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกของ
ผู้ตอบแบบสอบถาม

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ไม่ตรงกับ
ความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดย
ข้อความนั้นมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ
กัน มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก ข้อความที่เป็นบวก ข้อความที่เป็นลบ

	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	5

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย
แบบสอบถามด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ
ด้านการเลือกซื้ออาหาร จำนวน 13 ข้อ ซึ่งเป็นข้อ
คำถามแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)
มี 3 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบ
แบบสอบถามมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติเป็นประจำ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบ
แบบสอบถามมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมี
พฤติกรรมหรือไม่เคยปฏิบัติ

ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดย
ข้อความนั้นมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ
กัน มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก ข้อความที่เป็นบวก ข้อความที่เป็นลบ

คะแนน	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ 3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2	2
ไม่เคยปฏิบัติ 1	3

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
ทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยให้สูตร Kr 20 ของคู
เตอร์-ริชาร์ดสัน เพื่อหาความเชื่อมั่นจากกลุ่มที่มี
ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า
ความเชื่อมั่นของ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภค
อาหารเท่ากับ 0.68

แบบสอบถามเกี่ยวกับค่านิยมในการบริโภค
อาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่มี
ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยหาความเชื่อมั่นแบบ
สัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) ของ Cronbach
ได้ผลดังนี้แบบสอบถามเกี่ยวกับค่านิยมในการบริโภค
อาหาร มีค่าความเชื่อมั่น 0.8123 และพฤติกรรมในการ
บริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น 0.9132

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยใน
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และ
ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 2565 พฤศจิกายน 25
2565/27 ใบรับรองเลขที่

ผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.10 อายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อย
ละ 85.1 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ
45.4 การประกอบอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบ
อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.6 มีรายได้ ระหว่าง
5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 37.8 อาสาสมัคร
สาธารณสุขส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.6

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกำแพงแสนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 0.59) ค่านิยมในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$, S.D. = 0.73) (และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก) ($\bar{X} = 2.61$, S.D. = 0.48) (ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ได้วิเคราะห์การเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศและสถานะสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษา และอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่านิยมในการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทางบวก ($r = 0.266$) (แต่ค่านิยมในการบริโภคอาหารมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทางลบ) ($r = -0.270$) (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. ดังแสดงในตารางที่ 4

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้ ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่านิยมในการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 0.59) ซึ่งเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการของอาหารทั้ง 5 หมู่ รวมถึงวิธีการเลือกซื้ออาหารให้ได้คุณภาพทั้งอาหารสดและอาหารแห้ง และยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเลือกอาหารในการประกอบอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับสารอาหารครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับวรางคณา บุญยงค์ และสุลาลี โลวีรณ¹¹ พบว่า วัยแรงงานในจังหวัดร้อยเอ็ดมีความรู้ทางด้านโภชนาการและทัศนคติในการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ได้รับวิตามินและเกลือแร่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เช่นเดียวกับ กฤติน ชุมแก้ว และชีพสมุน รังสยา¹² เห็นได้ว่า ถึงแม้วัยทำงานหรือวัยผู้สูงอายุจะมีความรู้เรื่องของคุณค่าทางโภชนาการของสารอาหาร แต่หากต้องวิเคราะห์สารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ยังไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน อาจมีสาเหตุมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้แม้ส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า แต่หากได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง จะสามารถเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคลในชุมชนและครอบครัวของตนเอง

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับค่านิยมในการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับค่านิยมในการบริโภคอาหารอาหารในระดับ เห็นด้วยมากที่สุด แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างให้คุณค่าต่อการบริโภคอาหารเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขในการศึกษารุ่นนี้เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ จึงยังมีการบริโภคอาหารที่ถือปฏิบัติสืบทอดกันมา จนกลายเป็นวัฒนธรรมการบริโภคของบุคคลดังที่ วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์¹³ กล่าวว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นการให้ค่าของตนในสังคมต่อสิ่งนั้น ๆ ในเรื่องอาหาร ค่านิยมมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการกิน แม้จะมีการปฏิบัติสืบทอดกันจนกลายเป็นวัฒนธรรมการกิน ไปแล้วแต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงหรือลดหย่อนความเคร่งครัดของวัฒนธรรมนั้นได้โดยที่ค่านิยมมีอิทธิพลมาจากกระแสสังคมและความเจริญด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ ตลอดจนรูปแบบการดำรงชีวิตของคนในสังคม จากผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีค่านิยมในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการบริโภคอาหารจากบุคคล ในครอบครัว สังคม และจากข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้มีการเลือกบริโภคอาหารตามความคิดของตนและสอดคล้องกับรูปแบบการดำรงชีวิตของบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน

1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากพฤติกรรมด้านความรู้ ค่านิยม ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เห็นได้ว่าเมื่อความรู้มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ และการให้ความรู้เป็นการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้มีความรู้มากขึ้น การรับรู้ข่าวสารในช่องทางต่าง ๆ เช่น ทีวี วิดีโอ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ ป้ายโฆษณา และบุคคลสำคัญในครอบครัว เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทำให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ เทพรัตน์ เอื้อธรรมถาวร, ปริญญญา โกวิทย์วิวัฒน์ และกิตติพงศ์ รัตนวงศ¹⁴ และยังสอดคล้องกับสุพรรณิ พุกษา¹⁵ ที่กล่าวว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หากมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดีมีโอกาสในการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมาก เช่นเดียวกับ ชลิดา เลื่อมใสสุข และวัชร พืชผล¹ ที่พบว่าระดับความรู้ทางโภชนาการหากความรู้อยู่ในระดับดีก็จะส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีไปด้วย ดังนั้น หากมีควบคุมดูแลหรือปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งให้เกิดพฤติกรรมขึ้นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ อาจได้รับผลจากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้มีคะแนนภาพรวมของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐมโดยจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เพศ ผลการวิเคราะห์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 แสดงว่าของอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงแม้ว่าจะมีความละเอียดอ่อนกว่าเพศชาย แต่ในปัจจุบันเพศหญิงต้องผัดขอบในเรื่องของอาหารและโภชนาการของบุคคลในครอบครัวน้อยลงเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ สังคม ที่เปลี่ยนแปลง และมีแหล่งความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารจากสื่อต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายทำให้เพศชายและเพศหญิงได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างเท่าเทียมกันจึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศที่ต่างกัน มีการบริโภคอาหารไม่

แตกต่างกัน แต่อาจพบได้ว่าในบางเหตุการณ์เพศมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การเดินทางท่องเที่ยว ที่พบว่าเพศที่ต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร (วิภาดา เนียมรักษา, 2558) ดังนั้น ใน การเลือกบริโภคอาหารยังมีสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการเลือกซื้ออาหารบริโภคอีกทางหนึ่งด้วย

2.2 อายุ ผลการวิเคราะห์พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ในกลุ่มอายุ ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป มีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพรรณิ พลฤๅ¹⁵ และ วิภาดา เนียมรักษา¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 แสดงว่าอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลต่อการบริโภคอาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตชนบท ทำให้ผู้ที่มีอายุมากมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการบริโภคสืบทอดมาจากบรรพบุรุษที่เหมือนกัน เนื่องจากอยู่ในสังคมเดียวกันทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่มีความเคยชินที่ได้รับมาตั้งแต่เกิดตั้งแต่ละรอบครัวมีการบริโภคตามอย่างที่เคยปฏิบัติกันมาตามสังคมและวัฒนธรรม ส่วนผู้ที่มีอายุน้อย ได้รับความรู้และมีโอกาสในการรับประทานอาหารมากกว่า และการที่มีอายุต่างกัน โดยเฉพาะผู้ที่อายุมาก จะมีประสบการณ์ในการบริโภคอาหารมากกว่า และเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย จึงทำให้มีการบริโภคอาหารแตกต่างกัน

2.3 ระดับการศึกษา ผลการวิเคราะห์พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ที่มีการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่พบว่าประชาชนผู้ใช้

แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สามารถหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้จาก เอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และเช่นเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาไม่จำเป็นว่าจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเสมอไป ซึ่งถ้าต้องการมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสามารถศึกษาหาความรู้ได้จากสื่อ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และนอกจากนี้ยังได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มเติม ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร เช่น รสชาติของอาหาร แหล่งอาหารที่สามารถหารับประทานได้ เป็นต้น ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม มีการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

2.4 อาชีพ ผลการวิเคราะห์พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ที่ประกอบอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แม้ว่าจะอยู่ในเขตชนบทแต่มีการติดต่อคมนาคมที่สะดวก ทำให้สามารถเดินทางไปหาซื้ออาหารสำหรับการบริโภคได้สะดวก รวมทั้งมีอาหารให้เลือกรับประทานได้จากหลายแหล่ง เช่น ตลาดสด ตลาดนัดและมีร้านค้าในชุมชนที่มีจำนวนมาก ตลอดจนมีการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านสื่อสารมวลชนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงอิทธิพลภายนอก สภาพแวดล้อม วัฒนธรรมของชาวตะวันตกและอิทธิพลจากสื่อส่งผลต่อการดำรงชีวิตในการเลือกซื้ออาหารเพื่อความสะดวกรวดเร็ว และประหยัดเวลา จนลืมนึกถึงคุณค่าทางโภชนาการอาหาร ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยทำงานเกิดจากสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การรับวัฒนธรรม และ

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี¹⁴ จึงทำให้มีการบริโภคอาหารที่ไม่แตกต่างกัน

2.5 รายได้ ผลการวิเคราะห์ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องสมมติฐานข้อ 1 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อติศักดิ์ ศรีละออง¹⁷ ที่พบว่ารายได้ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลนั้นเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประสพการณ์ ความเคยชิน แรงกระตุ้น แรงสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และศาสนา และจากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับค่าใช้จ่ายในเรื่องของอาหารพบว่าครอบครัวที่มีรายได้มากค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารจะเป็นสัดส่วนน้อยเพราะคนเราเมื่อมีเงินมากขึ้น ก็มักจะใช้เงินส่วนใหญ่ไปในการซื้อสิ่งของอื่นที่มีใช้อาหาร ในครอบครัวที่มีฐานะปานกลางและครอบครัวที่มีรายได้น้อยเมื่อมีรายได้มากขึ้นก็จะใช้จ่ายในเรื่องของการซื้ออาหารที่มีคุณภาพและเพียงพอ ต่อความต้องการมากขึ้นแต่ถ้ามีรายได้เพิ่มขึ้นไปอีก ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับอาหารจะคงอยู่ตามเดิมหรือมากกว่าเดิมเพียงเล็กน้อย แต่จะไปเพิ่มทางด้านค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับอาหาร เช่น ซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว วิทยุ โทรทัศน์ หรือปรับปรุง ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่านิยมในการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า การบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ในการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. ($r = 0.266$) อธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ทางบวกด้านการบริโภค ทำให้เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการระมัดระวังในการบริโภค และพยายามแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการบริโภคมาประกอบการพิจารณาเลือกอาหารที่จะบริโภคมากขึ้น ซึ่งความรู้ที่เพิ่มมาจากการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากสื่อต่างๆ ทั้งจากอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ และวิทยุ เป็นต้น¹⁸ ซึ่งอิทธิพลจากสื่อต่างๆ ที่ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคต้องเริ่มจากการรณรงค์จากสื่อต่างๆ เป็นสิ่งกระตุ้นและโน้มน้าวให้วัยทำงานหันมาดูแลสุขภาพมากขึ้น¹⁴ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุข จะสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งอาจทำให้สามารถเป็นบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า การบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่านิยมในการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.270$) อธิบายได้ว่า ค่านิยมด้านการบริโภคที่สืบทอดกัน หรือการเลือกรับประทานอาหารของผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไป เกิดจากอิทธิพลภายนอก สภาพแวดล้อม วัฒนธรรมของชาวตะวันตก และอิทธิพลจากสื่อส่งผลต่อการดำรงชีวิตในการเลือกซื้ออาหารเพื่อความสะดวกรวดเร็ว และประหยัดเวลา จนลืมนึกถึงคุณค่าทางโภชนาการอาหาร ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยทำงานเกิดจากสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การรับวัฒนธรรม และ



ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี¹⁴ จะเห็นได้ว่า ค่านิยมในการรับประทานอาหารในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัฒนธรรมต่างๆ ได้ง่ายขึ้น ซึ่งค่านิยมในการบริโภคอาหารบางประเภทได้รับอิทธิพลมาจากชาติตะวันตก ซึ่งมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากเอเชีย ส่งผลให้เกิดความเสื่อมโทรมทางสุขภาพมากขึ้นอีกทาง

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะได้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ต่อตนเอง บุคคลในครอบครัว และประชาชนที่รับผิดชอบและควรส่งเสริมค่านิยมทางบวกซึ่งนำไปสู่การบริโภคอาหารที่พึงประสงค์ โดยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้ มีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเพิ่มมากขึ้น และเป็นการป้องกันการได้รับค่านิยมที่ไม่ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพอันไม่พึงประสงค์ได้อีกทางหนึ่งด้วย

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำโครงการส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนทางด้านจิตใจ พร้อมทั้งเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดต้นแบบทางด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดี

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านอื่นๆ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อที่จะทำให้ทราบว่ามีปัจจัยใดอีกบ้างที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร

4. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงการส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ชลิตา เลื่อมใสสุข และวัชร พืชผล) .2561(. ความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี .วารสารปัญญาภิวัฒน์ .10(3): 73-83.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2566). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสาม พ2570-2566 .ศ..
3. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข) .2562(. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ .ศ.2562 – 2566. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรีบริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด: (มหาชน).
4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานครประเทศ) วิทย์-บริษัทโอ: จำกัด (ไทย
5. สุระเดช ไชยตอกเกีย .(2558) .ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)IHPP.(
6. พิษศาล พันธุ์วัฒนา .พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร .(2562) .สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ขอนแก่น 7,)262.103-93 :(

7. สุภาพร ใจการุณ) .สังวาล สมบูรณ์ และสามารถ วันชนะนะ ,2556(. การตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในผักพื้นบ้าน
อีสานและอาหารท้องถิ่น .วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .6(3); 122-129.
8. สิริไพศาล ยัมประเสริฐ) .2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์. 15(1): 33-41.
9. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะ .(2561) .สุขภาพคนไทย :2561ตายดี วิธีที่เลือก
ได้.อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง :นครปฐม .
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม .(2565). รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
.เอกสารอัดสำเนา .2565
11. วรางคณา บุญยงค์ และสุวลี โลวีกรณ) .2561พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของวัย .(
.แรงงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ดวารสารวิจัยสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .11(4): 1-9.
12. กฤติน ชุมแก้ว และชีพสมุน รังสยาธ.(2557) . ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดสงขลา .วารสารเกษตรศาสตร์ .29-16:(16)35 .(สังคม)
13. วีณะ วีระไวทยะ, ส่งา ดามพงษ์ (2541) .พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการ
แพทย์.นนทบุรี:
14. เทพรัตน์ เอื้อธรรมถาวร) .ปริญา โกวทย์วิวัฒน์ และกิตติพงศ์ รัตนวงกต ,2561(. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จานด่วนกลุ่มวัยทำงาน .วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา .12(1):338-348.
15. สุพรรณิ พุกษา) .2559 .(ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริม .รายงานการวิจัย .
.สุขภาพ
16. วิภาดา เนียมรักษา) .2558 .(ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารเพื่อบริโภคของนักท่องเที่ยวชาว
ไทยในตลาดน้ำอัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามบัณฑิต .วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต .
.วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
17. อติศักดิ์ ศรีละออง .(2542). สังคมจิตวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด .
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาวิชาสังคมศาสตร์และการแพทย์สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
18. บุชบา อรรถาวิโร(2543) .. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงให้นมบุตรที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
เขต วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข .ราชบุรี 4สุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Development of a self-management program with the participation of promoting hospitals District Health to control blood sugar level in type 2 diabetes mellitus.

(Received: March 7,2023 ; Revised: March 16,2023 ; Accepted: March 19,2023)

อุษณีย์ งามฤทธิ^{1*} สุภัค จันทรสองดวง² พรสงกรานต์ มณฑา² นฤมล โพธิสา²

Ussanee ramrit , Supak Chansongdoa , Pornsongkran Monkatha , Nareumol Phosaka

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ในอำเภอเรณูนคร จำนวน 100 คน ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 โปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกแบบย่อ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, พฤติกรรมสุขภาพ, เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกแบบย่อโดยใช้ค่าเฉลี่ย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ใช้ค่าเฉลี่ย, สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติ (Act) ระยะติดตามประเมินผล (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (M=47.09, SD=3.05) การออกกำลังกายคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (M=9.75, SD=2.88) และการใช้ยาคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (M=21.96, SD=2.12) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสัมพันธภาพทางสังคมมีคุณภาพชีวิตกลางๆ ด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตดี และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ยลดลง (M=8.972, SD=2.15) กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=9.604, SD=2.67) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม, การจัดการตนเอง , การมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research and development aimed to study the results of developing a self-management program with the participation of sub-district health promotion hospitals to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes mellitus. The sample consisted of 100 diabetic patients receiving medication in 3 sub-district health promoting hospitals in Renu Nakhon District. . The research tools consisted of 2 parts: Part 1 Participatory self-management program of sub-district health promoting hospitals Part 2 Tools used to collect data consisted of a food consumption behavior questionnaire. Physical activity, drug use, and abbreviated World Health Organization quality of life indicators. data analysis General data were analyzed by using numbers, percentages, health behaviors, and abbreviated World Health Organization quality of life

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต. อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

indicators using mean values. And the cumulative blood sugar level (HbA1c) using mean, Pair t-test statistics before and after joining the program.

The process of developing a self-management program with the participation of sub-district health promoting hospitals for controlling blood glucose levels in type 2 diabetic patients consisted of 4 steps: planning (Plan), action (Act), follow-up and evaluation (Observe) and reflect the results of practice (Reflect). The results of the study found that After participating in the program, it was found that the food consumption behavior of the subjects mean scores increased ($M=47.09$, $SD=3.05$), physical activity scores increased ($M=9.75$, $SD=2.88$), and drug use increased the mean score ($M=21.96$, $SD=2.12$). The quality of life for physical health and social relations were moderate quality of life. Mental and environmental aspects have a good quality of life. Mean cumulative blood sugar (HbA1C) was lower ($M=8.972$, $SD=2.15$) than before joining the program ($M=9.604$, $SD=2.67$), significantly different level of .05

Key Words: Program Development, Self-Management, Participation, Type 2 Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดเนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงเนื่องจากภาวะดื้อต่ออินซูลินทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอยู่เป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความผิดปกติโดยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่หลอดเลือดทั่วร่างกายเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้มีน้ำตาลไปเกาะที่เม็ดเลือดแดงส่งผลให้มีการปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงสู่เนื้อเยื่อลดลงเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมาทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็ก โดยทำให้เยื่อหลอดเลือดชั้นในได้รับอันตรายต่อนั้นจะมีการซ่อมแซมเกิดขึ้นคือ มีการรวมตัวของเกล็ดเลือดเพื่ออุดรอยที่ได้รับอันตรายนั้นทำให้อุดตันเกิดการอุดตันโป่งพองหรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นมาใหม่ จากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานผู้ป่วยเบาหวานจะภาวะแทรกซ้อนในหลายส่วนของร่างกายทั้งต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาท และเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุด ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติมากเท่าไร ช่วย

ชะลอและลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนเรื้อรังลงได้มากเท่านั้น

เป้าหมายในการควบคุมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่างๆ โดยกำหนดว่าควรมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7% ($HbA1C < 7\%$) เป้าหมายการดำเนินงานคือ มากกว่าร้อยละ 40 ในปี 2561-2563 ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดมีเพียงร้อยละ 22.56, 25.01 และ 25.16 ตามลำดับ (HDC: กระทรวงสาธารณสุข) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคเบาหวานมานาน เกิดความเครียด ความเบื่อหน่ายในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญที่จะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัญหาที่พบดังกล่าวเกิดจากความซับซ้อนในการจัดการตนเองของโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมและอาจมีข้อจำกัดในความสามารถในการจัดการตนเองที่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี ($HbA1C < 7\%$) ในปี 2561-2563

เพียงร้อยละ 7.42, 7.64, และ 11.85 ตามลำดับ (HDC:สสจ.นครพนม) ซึ่งเห็นได้ว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิมแต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในปี 2563 พบถึงร้อยละ 3.65 จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาเป็นรูปแบบการตั้งรับในโรงพยาบาลโดยการให้ความรู้รายกลุ่ม รายบุคคลและการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จึงตระหนักถึงประเด็นปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) โดยการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3) ระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และรับยาเบาหวานไม่น้อยกว่า 3 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเรณูนคร ในปี 2563

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) ไม่น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว รวมทั้งหมดจำนวน 100 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU)
- 2) พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) สนใจเข้าร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การคัดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่เป็นหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (NPCU) ไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในปีงบประมาณ 2563
- 3) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- 4) สนใจเข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา

3) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตแบบย่อ (WHOQOL-BREF) จำนวน 26 ข้อ

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

1) กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการวิจัย
2) ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย

3) ประชุมปรึกษาเพื่อชี้แจงแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น

2. ระยะดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา

เดือนที่ 1 กิจกรรมโดยพยาบาลผู้จัดการรายการและโภชนาการ

1) ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลในเลือดแบบสุ่ม

2) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา

3) รับรู้ความรุนแรงของโรค คำนวณข้อมูลผลการตรวจเลือดประจำปีรายบุคคล

4) เรียนรู้การควบคุมน้ำตาลในเลือดและฝึกทักษะลดหวาน มัน เค็ม ตามเทคนิค 6:6:1

5) ตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

เดือนที่ 2 กิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1) ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบสุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4, 6, 8 และ 10

2) สอนการบันทึกก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

3) สอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก แบบย่อ (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 26 ข้อ

เดือนที่ 3 ระยะติดตามประเมินผล (Observe) โดยพยาบาลผู้จัดการรายการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1) ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

2) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

สรุปผลที่ได้การวิจัยและพัฒนาเสนอต่อหัวหน้างาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอเรณูนครต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ

2) ข้อมูลการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการใช้ยา เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย

4) ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-Test



การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการ พิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ HE
630020 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2563 จึงได้
ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดย
การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ
ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ: กำหนดพื้นที่เป้าหมายใน
การวิจัย ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย และ
ประชุมทีมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน 2) ระยะ
ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา:
ประกอบด้วยกิจกรรม เดือนที่ 1 กิจกรรมการรับรู้
ภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค
และการฝึกทักษะ เรียนรู้ ตั้งเป้าหมายและการจัดการ
ตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจาก
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและโภชนากร เดือนที่ 2
ได้รับการกำกับติดตามและสุ่มเจาะระดับน้ำตาลใน
เลือดโดยพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล และเดือนที่ 3 มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย:
สรุปผลการศึกษานำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

2. ผลการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน
จำนวน 100 คน เพศหญิงจำนวน 75 คน ร้อยละ 75
เพศชายจำนวน 25 คน ร้อยละ 25 คน อายุ 50-59 ปี
มากที่สุด จำนวน 33 คน ร้อยละ 33 มีรายได้เฉลี่ยต่อ
เดือนต่ำกว่า 1,500 บาท มากที่สุดจำนวน 56 คน
ร้อยละ 56 จบชั้นประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 76
คน ร้อยละ 76 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานอย่าง
เดียวมากที่สุด จำนวน 49 คน ร้อยละ 49 ระยะเวลา
ในการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด
จำนวน 39 คน ร้อยละ 39

2.2 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองโดย
การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
พบว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารมีคะแนนเฉลี่ย
เพิ่มขึ้น ($M=47.09$, $SD=3.05$) การออกกำลังกายมี
คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M=9.75$, $SD=2.88$) และด้าน
การใช้ยามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M=21.96$, $SD=2.12$)
รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เปรียบเทียบ
ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรม	N	Min	Max	Mean	SD
การบริโภคอาหาร					
ก่อนเข้าโปรแกรม	100	29	51	39.630	5.374
หลังเข้าโปรแกรม	100	40	55	47.090	3.058
การออกกำลังกาย					
ก่อนเข้าโปรแกรม	100	0	15	8.18	3.70
หลังเข้าโปรแกรม	100	3	15	9.75	2.88
การใช้ยา					
ก่อนเข้าโปรแกรม	100	12	25	20.080	3.335
หลังเข้าโปรแกรม	100	15	25	21.960	2.215

2.3 ด้านคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง พบว่าด้านสุขภาพกายและด้าน สัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตกลางๆ มี

คะแนนเฉลี่ย 25.41 และ 11.8 ตามลำดับ ส่วน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม มี คุณภาพชีวิตที่ดี มีคะแนนเฉลี่ย 23 และ 30.16 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแยกตามรายด้าน

คุณภาพชีวิต	Min	Max	คะแนนเฉลี่ย (Mean)	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพกาย	13	32	25.41	กลาง
2. ด้านจิตใจ	16	29	23.00	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6	15	11.38	กลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	19	38	30.16	ดี

2.4 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก

2.4.1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิเคราะห์แยกตามรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาล สะสมในเลือด (HbA1C) มีค่าเฉลี่ยลดลงทั้งสามแห่ง ดังนี้ รพ.สต. นายอ ($M=8.967$) รพ.สต. นางาม ($M=8.522$) และ รพ.สต. นามบัว ($M=9.577$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) แยกรายรพ.สต. เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	N	Min	Max	Mean	SD
รพ.สต. นายอ					
ก่อนเข้าโปรแกรม	30	6.4	13.6	9.973	2.802
หลังเข้าโปรแกรม	30	5.5	13.5	8.967	2.230
รพ.สต. นางาม					
ก่อนเข้าโปรแกรม	40	6	14	8.820	1.872
หลังเข้าโปรแกรม	40	5.5	13.5	8.522	2.022
รพ.สต. นามบัว					
ก่อนเข้าโปรแกรม	30	5.7	19	10.280	3.213
หลังเข้าโปรแกรม	30	5.9	14	9.577	2.186

2.4.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบในภาพรวม ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ยหลังเข้า ร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลดลง (

$M=8.972$, $SD=2.15$) กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จัดการตนเอง ($M=9.604$, $SD=2.67$) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตาราง ที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด (HbA1C)	N	Mean	Std.	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	P - value
				Lower	Upper			
ก่อนเข้าโปรแกรม	100	9.604	2.67	.187	1.076	2.822	99	.006
หลังเข้าโปรแกรม	100	8.972	2.15					

การอภิปรายผล

1) การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดย การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีกระบวนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ: กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการวิจัย ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย และ ประชุมทีมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน 2) ระยะ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา: ประกอบด้วยกิจกรรม เดือนที่ 1 กิจกรรมการรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการฝึกทักษะ เรียนรู้ ตั้งเป้าหมายและการจัดการ ตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจาก พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและโภชนาการ เดือนที่ 2 ได้รับการกำกับติดตามและสุ่มเจาะระดับน้ำตาลใน เลือดโดยพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และเดือนที่ 3 มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ระยะสิ้นสุดกระบวนการวิจัย: สรุปผลการศึกษานำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย จารณีย์, ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียชื่อ (2559)² เรื่อง “ผล ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้ราม่า โมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และ ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใน ชุมชน” ผู้วิจัยประยุกต์ราม่าโมเดลและแนวคิดการมี ส่วนร่วมของครอบครัว ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้ เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามรูปแบบราม่าโมเดล เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อีกทั้ง

ยังสอดคล้องกับการศึกษาของระพีพร วาโยบุตร และพินา สุตรา, (2557)⁷ ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมี ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยครั้งนี้ทำ ให้เกิดความร่วมมือของกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยทุก ขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมการประชุมเชิง ปฏิบัติการและการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อหาแนว ทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการดำเนินการตาม แนวทางที่กำหนดร่วมกัน ตลอดจนการติดตาม ประเมินผลระหว่างดำเนินการและเมื่อสิ้นสุด กระบวนการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการจัดการ ตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการพัฒนาความสามารถ ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้มีทักษะ ใน การเฝ้าระวัง กระตุ้นเตือนตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมทั้ง ให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นคุณค่าในตนเองและการ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดูแล ตนเองให้ประสบความสำเร็จได้ ดังเช่น แบนดูรา (Bandura, 1995) กล่าวไว้ว่าการส่งเสริม ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่สุดที่จะทำให้บุคคลพัฒนาการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง

2) ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออก

กำลังกาย และการใช้ยา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M=47.09$, $SD=3.05$) การออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M=9.75$, $SD=2.88$) และด้านการใช้ยามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M=21.96$, $SD=2.12$) สอดคล้องกับการศึกษาของประพิณศรี หอมฉุย, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตรและชญา นินท์ ประทุมสูตร. (2563)⁶ ศึกษา “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรณิภา บุญเที่ยง, จงจิต เสน่หา, วันเพ็ญ ภิณโณภาสกุล, และจกวรรณ มุสิกทอง (2560) ศึกษา “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรตำรวจ” กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมและดำเนินชีวิตปกติ ผลการวิจัยคะแนนพฤติกรรม การควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าดัชนีมวลกายและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี นามพะธาย (2561)⁸ ศึกษา “ผลของโปรแกรม การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้” ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการ

จัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา ดีวก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลอง มีระดับน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$)

สรุป

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ที่พัฒนาขึ้นมีการออกแบบร่วมกันกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการสามารถนำไปใช้ได้จริง ด้านผู้รับบริการเข้าถึงระบบการจัดการตนเองโดยการเรียนรู้ ฝึกทักษะตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งอื่นให้ครอบคลุมทุกแห่งในระดับอำเภอ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ที่พัฒนาขึ้น
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการรายการในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร สาธารณสุขอำเภอเรณูนคร และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเรณูนคร ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ ตัวงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนาและณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2563). โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36 (1), 66-83.
2. จันทรฉาย จารนัย, ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียชื่อ. (2559). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้รามามาโมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23 (1), 41-59.
3. จุรีพร คงประเสริฐ. (2558). ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิก. ในจุรีพร คงประเสริฐและธิดารัตน์ อภิญา (บรรณาธิการ), *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. หน้า 10-13.
4. ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 117-127.
5. ปราณี จันธิมาและสมเกียรติ ศรีธาราธิคุณ. (2560). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. *พยาบาลสาร*, 44(2), 162-71.
6. ประพิมศรี หอมอุย, ศิวไลซ์ วรรัตน์วิจิตรและชญารินทร์ ประทุมสูตร. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 12(1), 240-254.
7. ระพีพร วาโยบุตรและพิมพ์ภา สุตรา. (2557). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอมะนัง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารการพยาบาล*, 41(2), 72-83.
8. สาวิตรี นามพะธาย. (2561). ผลของโปรแกรม การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีสคัย.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

Development of Service access model, Emergency Medicine for Stroke Patients Nakae District,
Nakhon Phanom Province.

(Received: March 7,2023 ; Revised: March 22,2023 ; Accepted: March 23,2023)

เบญจมาศ มาสิงบุญ¹

BENJAMAS MASINGBOON¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 28 คน, กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 32 คน กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ มีแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามความรู้และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, แบบสอบถามความพึงพอใจ, แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ, ข้อมูลคะแนนความรู้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลความรู้โดยใช้สถิติ Dependent pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ก่อนและหลังพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P value<0.05) 2. ความพึงพอใจ หลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น จากก่อนพัฒนาในระดับปานกลาง หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากในทุกๆ ด้าน 3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังพัฒนาพบว่าการมีส่วนร่วมก่อนพัฒนายู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนาการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากในทุกๆ ด้าน 4. ผลของการพัฒนาทำให้ได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและทันเวลามากขึ้น 5. ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค/การรับรู้อาการ/ช่องทางแจ้งเหตุฉุกเฉิน และเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวดเร็วและทันเวลามากขึ้น ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับระบบ Stroke Fast Track ด้านการเข้ารับการรักษาไม่เกิน 3 ชั่วโมงผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และด้านการเข้าถึงบริการด้วยระบบ 1669 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.20 เป็นร้อยละ 31.59

คำสำคัญ : การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, รูปแบบการเข้าถึงบริการ, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ป่วยที่กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The purpose of this research was to develop and study the effect of using the emergency medical service access model for stroke patients. research model workshop (Action Research) The samples were 3 groups : 28 people at risk of stroke, 32 people from community leaders, and a group of health service units. 31 stakeholders. Tools used. There was a general information questionnaire, a questionnaire on knowledge and access to emergency medical services, a satisfaction questionnaire, and a development participation questionnaire. Analysis of general data, participation and satisfaction data, knowledge score data with descriptive statistics. Frequency

¹ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

distribution, percentage, mean and standard deviation, comparative analysis of knowledge data using Dependent pair t-test.

The research findings were as follows : 1. The knowledge of stroke and access to services among the 3 sample groups before and after development showed that The average score on knowledge of the sample group in general has an increase in average Statistically significant at 0.05 (P value<0.05). 2. Satisfaction after development found that satisfaction with development activities The 3 groups of samples were more satisfied. From before, moderate development After the development has increased to a high level in every aspect. 3. Participation in the development of the emergency medical service model. After development found that participation before development was moderate. After the development, participation increased to a high level in all aspects. 4. The results of the development resulted in a model for taking care of stroke patients to be able to access services more quickly and more timely. 5. The results of using the model. access to emergency medical services was found Patients are more knowledgeable about disease/symptom awareness/emergency channels and access to emergency medical services more quickly and timely. Important indicators about the Stroke Fast Track system : 100% of the treatment received within 3 hours passed the criterion, and the accessibility of services with the 1669 system increased from 24.20% to 31.59%.

Keywords : Access to emergency medical services, Service access patterns, Emergency medical service systems, High-risk stroke patients.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคภัยที่คนทั่วโลกถึง 1 ใน 4 มีความเสี่ยงที่จะเป็น ด้วยความรุนแรงของโรคที่ทำให้พิการและเสียชีวิต จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2556 - 2560) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปี 2560 พบผู้ป่วยเกิดใหม่จำนวน 304,807 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละไม่ต่ำกว่า 30,000 ราย ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน (ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดและโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 ซึ่งโรคหลอดเลือด

สมองเป็นโรคที่ทำให้ครอบครัวสูญเสียในระยะยาว ตั้งแต่การสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงานของผู้ป่วยเอง ญาติพี่น้อง ครอบครัวต้องมาดูแล การจ้างคนดูแลรวมถึงค่ารักษา เพราะค่าใช้จ่ายที่ใช้รักษาระยะยาวที่ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต จะมีค่าใช้จ่ายราวปีละ 2-3 ล้านบาทต่อคน ซึ่งส่งผลโดยตรงให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติโดยรวม^{1,2,3}

เป้าหมายทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้กล่าวมาเบื้องต้นคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ Recombinant tissue Plasminogen Activator(rtPA) (rt-PA) ในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ เพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 – 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองยังเข้าถึงบริการได้ล่าช้า ไม่ทันเวลา ทำให้

ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rtPA ภายใน 4.5 ชั่วโมง ทำให้เกิดความพึงพอใจสูง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การที่เราจะทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางหลอดเลือดสมอง รู้เร็วและเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็วและทันเวลาได้นั้น ต้องมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ คือ 1. มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและอาการแสดงของโรค 2. ชุมชนและผู้นำชุมชน ต้องมีความรู้และมีส่วนร่วมในการสื่อสารประชาสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา 3. หน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลและหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน ต้องมีการจัดบริการและดำเนินการเชื่อมต่อ/ส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว^{1,2,3}

โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ย้อนหลัง 3 ปี (ปีพ.ศ.2561- 2563) พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อแสนประชากรเท่ากับ 6.50, 1.30 และ 16.92 ตามลำดับ (จากฐานข้อมูลสถานะสุขภาพ HDC จังหวัดนครพนม) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตโรค stroke ร้อยละ 0.85, 0.96 และ 1.30 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าระบบ stroke fast track ได้รับการส่งต่อทันเวลา ภายใน 30 นาที ร้อยละ 62.5, 69.8 และ 75.4 ตามลำดับ ได้รับยา rtPA ภายใน 4.5 ชั่วโมงร้อยละ 63.4, 70.5 และ 77.6 ตามลำดับ (ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รพ.นาแก : 2563) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 14.2, 20.45, 17.64 ในปี 2561-2563 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองถ้ามารวดเร็วและทันเวลา ก็จะสามารถส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rtPA ภายใน 4.5 ชั่วโมงที่โรงพยาบาลตติยภูมิ และจากข้อมูลผู้ป่วยที่มาเร็วและทันเวลาคือมีญาตินำส่งเป็นส่วนใหญ่ ส่วนข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการไม่ทันเวลาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือไม่มียานำส่ง และยังไม่ทราบระบบ

ช่องทางด่วน 1669 ด้วยระบบ EMS ซึ่งยังพบว่าอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเป้าหมาย และถือเป็นปัญหาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการที่เราจะแก้ไขปัญหาและพัฒนาให้ตรงจุด จึงต้องมีการส่งเสริมอยู่ 3 ประการ คือ 1) การส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว 2) การส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว 3. การพัฒนาระบบ/รูปแบบการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นระบบเชื่อมโยงกันในการส่งต่อและให้บริการ/รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา ลดความรุนแรงของโรคและความพิการที่จะตามมา^{2,3}

ดังนั้นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องมีการพัฒนาระบบหรือการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน ในอำเภอนาแกขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองได้ รู้เร็ว รู้ทัน และเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วทันเวลาในการให้การรักษา ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดความพิการ โดยเน้นให้มีการพัฒนาสิ่งที่เกี่ยวข้องอยู่ 3 อย่าง คือ 1.ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 2. ชุมชน/แกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง 3. หน่วยบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล/หน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน เพื่อการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ทันเวลาอย่างรวดเร็วมากขึ้น ระบบการให้บริการและกระบวนการดูแลรักษาให้มีมาตรฐานเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยได้มีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนมขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

1. มีการศึกษาปัจจัยปัญหาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา และวางแผนกำหนดเป้าหมายการพัฒนา โดยการสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเป้าหมาย

2. การสร้างรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำแนวคิด การดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model ;CCM) มาประยุกต์ใช้กับการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

1. ปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
2. เตรียมความพร้อมมีการมอบหมายงาน จัดแบ่งหน้าที่ และกำหนดทิศทางการดำเนินงานของ โดยปฏิบัติตามแผน และรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ

ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติ

วิเคราะห์ผลการประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสะท้อนกลับ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Risk score ระดับ 4 และ 5 และญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 28 คน กลุ่มที่ 2 คือ ชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน/หน่วยงาน อบต./อปท./อชช./โรงเรียน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน กลุ่มที่ 3 หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 31 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการหาสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Risk score ระดับ 4 และ 5 จำนวน 28 คน

มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Risk score ระดับ 4 และ 5 ในเขตพื้นที่อำเภอ นากะ อย่างต่อเนื่องและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ อ.นากะ

มีเกณฑ์เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้ 2) มีอาการไม่พึงประสงค์ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่

1 ข้อมูลส่วนบุคคลชื่อ-สกุลผู้ป่วย/เพศ/อายุ /สถานภาพ /ศาสนา/ระดับการศึกษา/อาชีพ /ข้อมูลด้านสุขภาพและข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด

สมองและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนาแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน

สำหรับชุมชน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลชื่อ-สกุลผู้ป่วย/เพศ/อายุ /ผู้ดูแล/ที่อยู่/ สถานภาพ /ศาสนา/ระดับการศึกษา/อาชีพ/ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนาแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีทั้งหมด 4 ด้าน

สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยชื่อ-สกุลผู้ป่วย/เพศ/อายุ /ระดับการศึกษา/อาชีพ/การปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง/ความรู้และการอบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนาแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีทั้งหมด 4 ด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Dependent pair t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Risk score ระดับ 4 และ 5 จำนวน 28 คน กลุ่มที่ 2 คือ ชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน/หน่วยงาน อบต./อปท./อช./โรงเรียน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน กลุ่มที่ 3 หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 31 คน

ในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.77) เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 6 กลุ่มพบว่า มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 42.86 มีอาชีพ เกษตรกร/ทำนา มากที่สุด ร้อยละ 53.57 การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.57 นับถือศาสนาพุทธ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 89.29 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.14 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกัน และอื่นๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคไต โรค

กระดุกและข้อ สถานะสุขภาพ ส่วนใหญ่ ตอบว่า แข็งแรงปานกลาง ร้อยละ 71.43 รองลงมา ไม่แข็งแรง ร้อยละ 21.43 และแข็งแรงมากร้อยละ 7.14 ส่วนการรับข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 89.29 รองลงมาจากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 39.29 และจากครอบครัวและญาติ ร้อยละ 32.14

ในกลุ่มชุมชน พบว่า เพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชาย ร้อยละ 75 เพศหญิง ร้อยละ 25 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.64) เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 6 กลุ่ม พบว่า มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 53.13 มีอาชีพ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 34.38 การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีร้อยละ 31.25 ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้นำ ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ระยะเวลา มากกว่า 6 ปี ร้อยละ 40.63 การอบรมความรู้/การดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ เคยอบรม ร้อยละ 65.63 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เคย ร้อยละ 56.25 การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉุกเฉินไปโรงพยาบาล เคย ร้อยละ 56.25 การใช้บริการ 1669 นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เคย ร้อยละ 50 การรับทราบข้อมูลเบอร์ฉุกเฉิน 1669 จากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 87.5 รองลงมาที่สื่อออนไลน์ สื่อโทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 65.63, 56.25, 40.63 ตามลำดับ

ในกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ พบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง ร้อยละ 80.65 เพศชาย ร้อยละ 19.35 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.47) เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 6 กลุ่ม พบว่า มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 32.26 มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มากที่สุด ร้อยละ 87.10 การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.19 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.29 การอบรมความรู้/การดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ เคยอบรม ร้อยละ 93.55 ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ไข ร้อยละ 93.55 ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.29 การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน 1669 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.10 ผู้ป่วยได้รับยา rtPA ภายใน 3-4.5 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 80 มี ร้อยละ 67.74 และปัญหาที่พบในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่พบว่า มีปัญหาจากผู้ป่วยมีความรู้แต่ไม่เห็นความสำคัญ ร้อยละ 70.97 รองลงมาผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ร้อยละ 61.29 และไม่มีญาติหรือดูแล ร้อยละ 19.35

2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินในโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบการคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมในผู้ป่วยก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.21 หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 90.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.06 ภาพรวมในกลุ่มชุมชน ก่อนการพัฒนา ก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.42 หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 98.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.39 และภาพรวมในกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ ก่อนการพัฒนา ก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.26 หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 99.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.94 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้ง 3 กลุ่ม (P value < 0.05)

3. ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม หลังการพัฒนาระบบ พบว่าความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบบริการการ แพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัด

นครพนม กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในครั้งนี้นี้เพิ่มมากขึ้น จากก่อนการพัฒนาในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ในทุกด้าน

4. การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม หลังการพัฒนาระบบ พบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในครั้งนี้นี้เพิ่มมากขึ้น จากก่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมมีเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ในทุกด้าน

5. ผลของพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งผลของการพัฒนาตามกระบวนการ มีดังนี้

1.) วิเคราะห์ปัญหา/วางแผน(Planning) โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและบริบทพื้นที่เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน มีการทำการสำรวจและเก็บข้อมูลการปัญหาของเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลนาแก พบว่า โดยปัญหาที่พบ 1. ผู้ป่วยบางรายยังไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 และผู้ที่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ได้เรียกใช้บริการหรือใช้ไม่เป็น 2.) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างเพียงพอและยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการแสดงที่เกิดและพบทำให้ไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและ คิดว่าเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอได้ และมีอาการอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองรวมถึงขอความช่วยเหลือลำบาก ทำให้เข้ารับการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเวลาในการดูแลรักษาโรค

หลอดเลือดสมองมีความสำคัญและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 270 นาที หลังจากเริ่มมีอาการ 3.) การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง/อาการสำคัญที่ต้องเข้ารับบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเร่งด่วนในชุมชนยังมีการสื่อสารน้อย ไม่ทั่วถึง 4.) ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือไม่มียาสำรอง และยังไม่ทราบระบบช่องทางด่วน 1669 ด้วยระบบ EMS 5.) หน่วยบริการทางสุขภาพยังไม่มี การเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกันยังไม่ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยการวางแผนดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาอยู่ 3 ประการ คือ 1. การส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย โดยในผู้ป่วยมีการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self – care) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอุปสรรคข้อจำกัด และมีความสามารถในการรักษาตนเอง และสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้ว่า จัดการตนเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ รวมทั้งการจัดประชุม/ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเอง ,แนะนำให้ความรู้ ช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน/สถานบริการสุขภาพ 2. การส่งเสริมและพัฒนาร่วมกันของชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว มีการร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ (Community resource linkages) เป็นการร่วมมือในการดูแล และทั้งทำกิจกรรมของชุมชนกับโรงพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล 3. การพัฒนาระบบ/รูปแบบการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นระบบเชื่อมโยงกันในการส่งต่อและให้บริการ/รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา ลดความรุนแรงของโรคและความพิการที่จะตามมา โดยมีการวางแผนด้านการออกแบบระบบบริการ ทั้งในระบบปฐมภูมิ-ทุติยภูมิในภาวะเร่งด่วน,จัดระบบสนับสนุนการรักษา (Decision support

2. การลงปฏิบัติ(Acting) โดยการดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ (ตามข้อ 1) ซึ่งจากการได้ดำเนินการปฏิบัติตามแผน พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ผู้สูงอายุ การสื่อสารข้อมูลความรู้จึงต้องมีการปรับให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถนำความรู้ที่ให้ไปใช้ประโยชน์ได้ ในกลุ่มชุมชนและกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ สามารถปฏิบัติตามแผนให้ลุล่วงได้เป็นอย่างดี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล/สังเกตการณ์ (Observing) จากการสังเกตการณ์การลงปฏิบัติดำเนินการตามแผนที่วางไว้ พบว่า มีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินการตามปัญหาที่พบในขั้นตอน การลงปฏิบัติ(Acting) จนสามารถดำเนินการให้ผ่านไปได้ และมีการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบประเมินความรู้และทักษะการวัดความดันโลหิต การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแบบสังเกตพฤติกรรมการเข้ากลุ่ม และแบบถอดบทเรียนหลังการให้ความรู้ แบบประเมินโครงการฝึกอบรมให้ความรู้

4. การสะท้อนกลับ(Reflecting) หลังจากที่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และการสังเกตการณ์/เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้มีการสะท้อนผลการดำเนินการแก่กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม และมีการปรับปรุงพัฒนาระบบ/รูปแบบที่พบปัญหาให้สามารถนำไปแก้ไขปัญหาในส่วนที่ติดขัดได้ เช่น การปรับกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การปรับกระบวนการสื่อสารข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยกับทีมชุมชน รวมทั้งการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติของหน่วยบริการสุขภาพให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา

6. ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอ

นาแก จังหวัดนครพนม จากการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการใช้รูปแบบที่ได้มีการพัฒนาขึ้น พบว่า

ผู้ป่วย 1. มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง/การรับรู้อาการแสดง/สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสังเกตอาการเตือน อาการแสดง ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและทันเวลามากขึ้น 2. รู้ช่องทางการแจ้งเหตุฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยสามารถทราบถึงอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ทำให้มีความรู้และมีช่องทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา ลดอัตราความพิการและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ 3. หลังการพัฒนาผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการ ร้อยละ 100 จากก่อนพัฒนาร้อยละ 100 ซึ่งยังคงรักษามาตรฐานให้ได้ต่อเนื่อง 4. หลังการพัฒนาอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มาด้วยระบบ EMS 1669 ร้อยละ 31.59 จากก่อนพัฒนาร้อยละ 24.20 5. หลังการพัฒนาอัตราผู้ป่วยโรค stroke ได้รับการดูแลตาม care map ร้อยละ 100 จากก่อนพัฒนาร้อยละ 100 ซึ่งยังคงรักษามาตรฐานให้ได้ต่อเนื่อง

ชุมชน 1. มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการแสดง/สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและประชาชนสามารถดูแลตนเองและรับรู้ถึงการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว 2. รู้เบอร์แจ้งเหตุฉุกเฉินและสื่อสารประชาสัมพันธ์ได้ 3. ทราบถึงแนวปฏิบัติและการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น

หน่วยบริการสุขภาพ 1. มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2. มีรูปแบบการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปและอภิปรายผล

1.ข้อมูลทั่วไป จะเห็นได้ว่า ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ของแพทย์หญิงพรรณวลัย ผดุงวณิชกุล อาจารย์สาขาประสาทวิทยา ที่ได้กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้คือ เพศ และพบว่าเพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และจากการศึกษาของรพีภัทร ชำนาญเพาะและศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร (2564)⁴ ที่ได้ศึกษาถึงความแตกต่างของเพศกับความเสี่ยงการเกิดโรคเป็นซ้ำในระยะเวลา 1 ปี : การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และชนิดปัจจัยเสี่ยง ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 65 ปี เพศหญิง และชาย พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคเป็นซ้ำในระยะเวลา 1 ปีรวมต่ำกว่าชาย ($p = <.001$) ส่วนในด้านอายุ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอายุเฉลี่ย 60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.77) เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 6 กลุ่ม พบว่า มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 60 ปี ซึ่งจะสอดคล้องกับแพทย์หญิงพรรณวลัย ผดุงวณิชกุล อาจารย์สาขาประสาทวิทยา ที่ได้กล่าวว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านอายุ จะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีเนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น ในด้านของโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 89.29 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.14 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกัน ซึ่งแพทย์หญิงพรรณวลัย ผดุงวณิชกุล อาจารย์สาขาประสาทวิทยา ได้กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่

เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ไม่ว่าจะด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการใช้ยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่างๆ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเกาะกูด จังหวัดนครพนม ซึ่งกลุ่มชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาในครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน/หน่วยงาน อบต./อปท./อสม./โรงเรียน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มชุมชนพบว่า ได้มีการอบรมความรู้/การดูแลผู้ป่วย เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.63 เคยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56.25 มีการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉุกเฉินไปโรงพยาบาล ร้อยละ 56.25 มีการใช้บริการ 1669 นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 50 ทีมชุมชนมีการรับทราบข้อมูลเบอร์ฉุกเฉิน 1669 จากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 87.5 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า การที่กลุ่มชุมชนได้มีส่วนในการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นทำให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วมากขึ้น ดังเช่นในการศึกษาของพรทิพย์ ขุนวิเศษและคณะ(2561)⁵ ที่ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า ฐานคิด ทุนสังคม และศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชน จัดการตนเอง คือ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์แก้ไขปัญหาโดยการพัฒนาศักยภาพการดูแล สุขภาพ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะชุมชน จัดระบบบริการสุขภาพ มีรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การป้องกันก่อนเกิดเหตุและการจัดบริการของชุมชนในขณะหรือระหว่างเกิดเหตุชุมชน

เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง ในขณะที่เดียวกันแสดงให้เห็นว่าชุมชนเกิดการเปลี่ยนผ่านอย่างชัดเจน เน้นการพัฒนา รูปแบบ ซึ่งจะเน้นในส่วนของการ Prevention และ Pre-hospital สอดคล้องกับแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงองค์กร หรือชุมชนนั้นจะหาวิธีการที่ดีที่สุด โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลง ที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ หรือบริบทเฉพาะแต่ละพื้นที่ของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการจัดเวทีประชาคมเพื่อค้นหาข้อมูลชุมชนและร่วมกันหาข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อหารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยสรุป รูปแบบการเฝ้าระวัง ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดคือ 1) รูปแบบการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด 2) รูปแบบสื่อในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน 3) การจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน และ 4) วางแผนบริหารจัดการกองทุนสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประสบการณ์และได้รับการอบรมความรู้/การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นผลดีกับประชาชนและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะได้รับการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ให้บริการให้ความรู้ มีศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบเพื่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน ส่วนในด้านการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน 1669 จะเห็นถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีระบบหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน 1669 ครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกตำบลเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ยังมีการนำส่งผู้ป่วย โดยญาตินำส่งเป็นจำนวนมากเช่นกัน ส่วนการ

ได้รับยา rtPA ภายใน 3-4.5 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากข้อมูลปัญหาที่พบในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ พบว่ามีปัญหาจากผู้ป่วยมีความรู้แต่ไม่เห็นความสำคัญ ร้อยละ 70.97 รองลงมาผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ร้อยละ 61.29 และไม่มีญาติหรือดูแล ร้อยละ 19.35 ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องมีการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้นเพื่อที่จะให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ได้การรักษาที่ทันเวลา ดังเช่นในการศึกษาของของ สายฝน เติบสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์(2560)⁶ ที่ได้ศึกษาระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 5 ปี แต่สิ่งที่แตกต่างคือ กลุ่มตัวอย่างมีระดับ การรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดในสมองใน ระดับดี และพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัวอื่นๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่า ระดับความรู้ การศึกษา การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รวมถึงผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วมากขึ้น

2.ระดับความรู้ในแต่ละด้าน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม จะเห็นได้ว่า หลังการพัฒนาการให้ความรู้พบว่าค่าคะแนนความรู้ในแต่ละด้านมีระดับความรู้สูงขึ้น อยู่ในระดับมากใน



ทุกด้าน ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ชุมชนและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้มีส่วนทำให้การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น ช่วยลดอัตราการความพิการ ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สงบ บุญทองโท นิสากร วิบูลชัย และอรุณ บุตรบ้านเขว้า (2560)³ ที่ได้มีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการ ผลการศึกษาพบว่า ได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจรคุณภาพ เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย ระยะประเมินผล พบว่าบุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180 นาที พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 72.22 นาที การประเมินแรกเริ่มเฉลี่ย 4.39 นาที การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 3.67 นาที การเตรียมเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายหลังได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเฉลี่ย 5.42 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงส่งต่อเฉลี่ย 13.47 นาที และจากการติดตามผลหลังส่งต่อ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต สรุป : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การกำหนดระบบการ ดูแลรักษาที่มีคุณภาพ สามารถปฏิบัติได้จริง มี การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเตรียมทีมบุคลากร ให้มีสมรรถนะที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การป้องกัน โรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและการให้ข้อมูลในการสังเกตอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ตระหนักและรับรู้

อย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มมีอาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้น

3.การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอเกาะกวม จังหวัดนครพนม หลังการพัฒนาระบบ พบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่อำเภอเกาะกวม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในครั้งนี้เพิ่มมากขึ้น จากก่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมมีเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา สุวรรณบุรณ์(2561)⁷ ที่ได้มีการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสุ่มชน จังหวัดชุมพร โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสุ่มชน จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรจำนวน 247 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 203 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 94 คน และผู้ดูแลจำนวน 94 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังพัฒนามีคุณภาพการบริการเยี่ยมบ้านดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาโดยมีข้อมูลประชากรผู้ป่วย ประเมินปัญหาผู้ป่วยและให้การดูแล มีระบบส่งต่อ บันทึกรายงาน และตารางปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.7 (mean = 50.94 ; SD = 10.45) ความสามารถในการกักตัวผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 (mean=48.03; SD=33.41) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.2 (mean=8.81, SD=1.50) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย ด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การล้างหน้า แปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การ

เคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การใส่เสื้อผ้า การกลืนอาหาร ปัสสาวะ ศักยภาพการทำงานของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.0 (mean = 45.48 ; SD =15.88) คุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 81.9 (mean=6.63; SD=1.02) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ศักยภาพโดยรวม ประสิทธิภาพผู้ดูแล การจัดการรณนำส่ง การฝึกอบรม รายได้และคุณภาพ การจัดการโดยรวม สรุป หลังการพัฒนามีคุณภาพการบริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยดีขึ้นทำให้ผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องใน

การดำเนินการใด ๆ อันนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของบุคคล จนบรรลุจุดมุ่งหมาย ผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเกาะ จังหัดนครพนม จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและประชาชนในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลนาแก ที่จะมีส่วนรับผลการพัฒนาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมถึงการกระจายข้อมูล ความรู้ สื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์สู่ชุมชน ดังนั้นหากบุคลากรด้านสุขภาพ มีศักยภาพในการสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย่อมเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [internet]. 2017 [cited 2017 Oct 25]. Available from: <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560) สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. เอกสารอัดสำเนา.
3. World Stroke Organization. About World Stroke Day 2016 [internet]. 2016 [cited 2016 Nov 20]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/getinvolved/world-strokeday.html>
4. Bureau of Policy and Strategy. Public Health Statistic 2013. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
5. สงบ บุญทองโท, นิสากกร วิบูลชัย และอรุณ บุตระบ้านเขว.(2560). การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการ.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560.มหาสารคาม:โรงพยาบาลมหาสารคาม.
6. รพีภัทร ชำนาญพะวะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ทิพนาส ชินวงศ์.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอากรการจัดการอาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค.2563.(น140-153). ม.ค.-มี.ค.2563.สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
7. พรทิพย์ ขุนวิเศษและคณะ.การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดชัยนาท.(2561).ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.
8. สายฝน เติบสูงเนิน, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์.(2560).ระดับการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.ขอนแก่น: ศรีนครินทร์เวชสาร.
9. กุสุมา สุวรรณบุรณ์. (2561).การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร.วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2561.นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3 ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Effect of an exercise program for delaying renal impairment in patients with chronic kidney disease stage 3 in the community Muang District, Udon Thani Province

(Received: March 7,2023 ; Revised: March 22,2023 ; Accepted: March 23,2023)

คนรัตน์ เดโฟสเซซ¹
Kanarat Defossez¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experiment) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 6 คน (อายุ 60.33 ± 4.18 ปี) มีอัตราการกรองของไตที่ 52.22 ± 4.33 มล./นาที/1.73 ม² ได้ผ่านการคัดกรองเข้าร่วมโครงการโดยได้รับการออกกำลังกายที่บ้านเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (อบอุ่นร่างกาย 10 นาที, ออกกำลังกายแอโรบิคร่วมกับแบบมีแรงต้าน 30 นาที, คลายอุ่น 10 นาที, 3 วัน/สัปดาห์) ผลการศึกษา อัตราการกรองของไตไม่ลดมากกว่า 5 มล./นาที/1.73 ม² เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังออกกำลังกาย 6 และ 12 สัปดาห์ ($p > 0.05$) สรุปผลการออกกำลังกายในรูปแบบการออกกำลังกายที่บ้าน 12 สัปดาห์ ช่วยชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

คำสำคัญ: การออกกำลังกายที่บ้าน, การทำงานของไต, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental study. The subjects were 6 patients with stage 3 chronic kidney disease (60.33 ± 4.18 years old with an estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) of 52.22 ± 4.33 ml/min/1.73 m² were screened and participated in the exercise. Results: The eGFR was unchanged when compared before and after 6 and 12 weeks of exercise ($p > 0.05$) Conclusion: 12 weeks of exercise in the form of home exercise helped slow down kidney deterioration in patients with chronic kidney disease stage 3.

Keywords: Home-based exercise, Kidney function, Chronic kidney disease stage 3

บทนำ

ประชาชนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรซึ่งสูงติดอันดับ 3 ในอาเซียน และมีแนวโน้มความชุกของโรคนี้เพิ่มขึ้นทุกปี¹ ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญส่งผลกระทบต่อประชาชนในทั่วโลกโดยเกิดได้ในทุกเชื้อชาติ และทุกสถานะทางเศรษฐกิจ ในระยะเวลาการติดตามเป็นเวลา 8 ปี พบว่าการเกิดโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 28 โดยสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานซึ่งมีสถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน² ประชาชนไทยใน

ปัจจุบันพบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน โดยช่วงอายุที่เกิดโรคสูงที่สุดคือช่วง 40-65 ปี สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้นำเสนอความชุกของโรคไตเรื้อรังว่ามีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 25.6) โรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรคโกลเมอรูโลสเกลโรซิสแบบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) (ร้อยละ 2.4)³

สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในระดับโลกนั้นมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพ ทั้งที่เป็นสาเหตุ

¹ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

โดยตรงของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลกและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 คือ ความเสียหายที่ไตระดับปานกลาง แบ่งออกเป็นสองระดับคือ ระยะ 3a อัตราการกรองของไต 45-59 มล./นาที่/1.73 ม² และระยะ 3b อัตราการกรองของไต 30-44 มล./นาที่/1.73 ม² เป็นที่น่าสนใจว่าในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยสะสมมากที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีความชุกของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทุกระยะ สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังที่น่าสนใจคือ พฤติกรรม ความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลตามแผนการรักษา และการขาดออกกำลังกายซึ่งเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง⁴ โดยปกติไตของคนเรานั้นเสื่อมไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุที่ทำให้มีผลต่อการเสื่อมของไตเป็นไปตามอายุนั้นการทำงานของไตหรืออัตราการกรองของเสียจะลดลงประมาณในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 1 ต่อปี เมื่ออายุเลย 30 ปีขึ้นไปอัตราการกรองที่ไตจะลดลง (1 มล./นาที่/1.73 ม²)⁵ และเมื่ออายุ 70 ปี หน้าที่ไตจะลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า การออกกำลังกายเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที/วัน 5 ครั้ง/สัปดาห์ การเพิ่มระดับการออกกำลังกายอาจจะลดการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 4 การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพทางกายและการทำงานของหัวใจ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) และการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของร่างกายและการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด⁶ แนะนำกิจกรรมออกกำลังกายมีการผ่อนคลายเป็นด้วย การออกกำลังกายที่ปริมาณความหนักระดับปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ และเพิ่มความหนักจนถึง 300 นาที/สัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น⁷ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 พบว่า

ความดันโลหิตลดลงและการทำงานของไตดีขึ้น⁸ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายเพื่อช่วยชะลอวัยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และรูปแบบของการออกกำลังกายเป็นแบบอยู่ที่บ้าน (Home-based exercise) เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีสมมติฐานว่ารูปแบบของการออกกำลังกายที่บ้านช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้

วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายที่บ้านเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยเปรียบเทียบค่าการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังออกกำลังกายร่วมกับการรับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นเวลา 6 ,12 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษา ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experiment) กลุ่มตัวอย่างเป็นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพศชายและหญิง อายุ 40-65 ปี มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้และเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายประจำสม่ำเสมอ (น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์) สามารถเล่นไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา มีอาการปวดอย่างรุนแรงของกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ มีประวัติกระดูกหักหรือหัก ในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1 อุปกรณ์ออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยจะได้รับอุปกรณ์คนละ 1 ชิ้น เพื่อใช้ออกกำลังกายที่บ้าน
- 2 โปรแกรมออกกำลังกายที่บ้าน
- 3 คู่มือการดูแลตัวเองที่บ้าน(ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยการประชาสัมพันธ์ในคลินิกโรคไตของ รพ.สต. ในอำเภอเมืองอุดรธานี จากนั้นผู้ป่วยลงนามแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและกิจกรรมการออกกำลังกาย และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยหรือ แพทย์อนุญาตให้ออกกำลังกายได้ ตามเกณฑ์การคัดเข้าโครงการ

ผู้ป่วยจะเริ่มออกกำลังกายที่บ้านตามโปรแกรมหลังจากได้รับการตรวจค่าอัตราการกรองของไตก่อนการออกกำลังกาย ดำเนินการออกกำลังกายที่บ้านจนครบ 6 และ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการ

นัดหมายมาเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าอัตราการกรองของไตในสัปดาห์ดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean)±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ทดสอบค่าก่อนและหลังการออกกำลังกาย 6 และ 12 สัปดาห์แบบรายคู่โดยใช้สถิติ paired-sample t - test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาคั้งนี้มีทั้งหมด 6 คน เพศชาย 3 คน และเพศหญิง 3 คน อายุเฉลี่ย 60.33 ± 4.18 ปี มีค่าอัตราการเต้นของหัวใจ 79.50 ± 12.14 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย $130/73$ มม.ปรอท ดัชนีมวลกาย 26.98 ± 4.05 กก./ม²

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

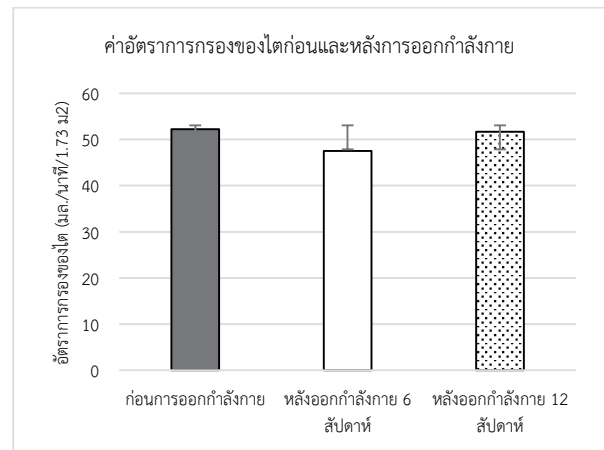
ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
อายุ (ปี)	60.33 ± 4.18	53.00	65.00
อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก (ครั้ง/นาที)	79.50 ± 12.14	66.00	98.00
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (มม.ปรอท)	130.00 ± 13.65	116.00	149.00
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (มม.ปรอท)	72.50 ± 9.75	58.00	84.00
ออกซิเจนในเลือด (%)	98.00 ± 0.89	97.00	99.00
น้ำหนัก (กก.)	68.83 ± 8.28	55.00	81.00
ส่วนสูง (ม.)	1.61 ± 0.06	1.55	1.67
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	26.98 ± 4.05	19.72	31.11
รอบเอว (ซม.)	91.23 ± 11.90	71.12	102.87
รอบสะโพก (ซม.)	102.02 ± 8.71	88.90	114.30
รอบเอว/รอบสะโพก	0.89 ± 0.06	0.80	0.96
ระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	2.00 ± 1.55	1.00	5.00
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน	6.50 ± 7.64	0.00	20.00
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	8.00 ± 6.72	0.00	20.00

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต หลังการออกกำลังกาย 6 และ 12 สัปดาห์ (ใช้สถิติ paired-sample t - test)

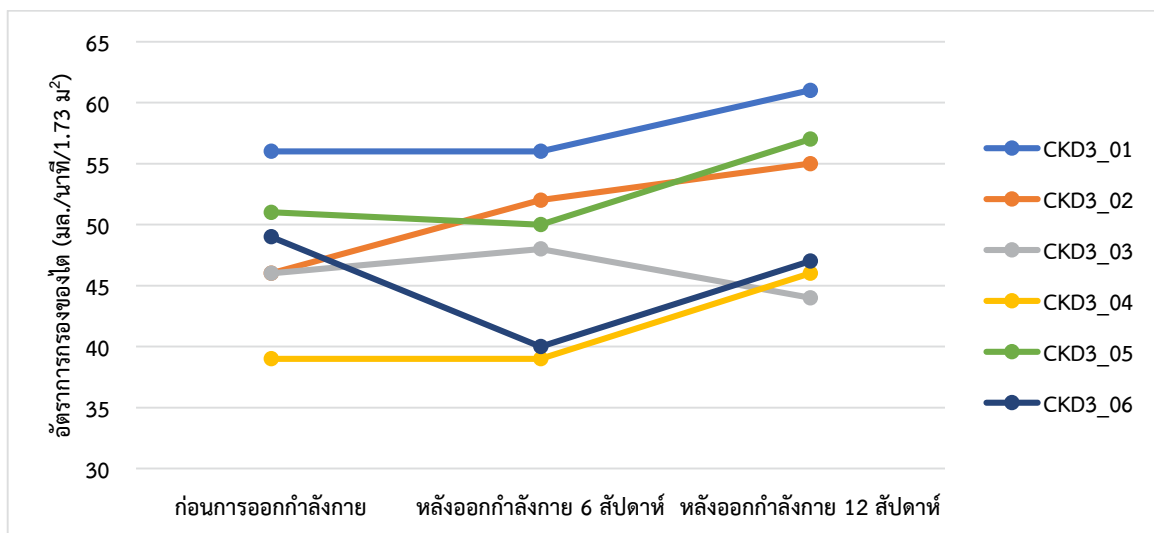
ตัวแปร	หลังออกกำลังกาย 6 สัปดาห์	หลังออกกำลังกาย 12 สัปดาห์	P value	
	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่าเฉลี่ย±SD	6 สัปดาห์	12 สัปดาห์
อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ม ²)	47.50 ± 6.75	51.67 ± 6.92	0.217	0.874

จากตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต หลังการออกกำลังกาย 6 และ 12 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าอัตราการกรองของไตก่อนการออกกำลังกาย ออกกำลังกายคือ 52.22 ± 4.33 มล./นาที่/1.73 m^2 เปรียบเทียบกับหลังการออกกำลังกาย 6 สัปดาห์คือ 47.50 ± 6.75 มล./นาที่/1.73 m^2 ($p = 0.217$) และอัตราการกรองของไตก่อนการออกกำลังกายเปรียบเทียบกับหลังการออกกำลังกาย 12 สัปดาห์คือ 51.67 ± 6.92 มล./นาที่/1.73 m^2 ($p = 0.874$)



รูปที่ 1 แสดงค่าอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการออกกำลังกาย 6 และ 12 สัปดาห์



รูปที่ 2 แสดงข้อมูลรายบุคคลค่าอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการออกกำลังกาย 6 และ 12 สัปดาห์

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าอัตราการกรองของไตไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการออกกำลังกาย 6 และ 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับก่อนออกกำลังกาย แต่หากพิจารณารายบุคคลอัตราการกรองของไต (eGFR) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้คือ หลังออกกำลังกาย 12 สัปดาห์ อัตราการกรองของไตไม่ลดลงคือการชะลอความเสื่อมของไต ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอัตราการ

กรองของไตหลังจากการฝึกออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จากนั้นออกกำลังกายที่บ้าน 18 สัปดาห์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4⁹ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องแบบแอโรบิก 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์, จากนั้นออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน 2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 24 สัปดาห์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4¹⁰ และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและแบบมีแรงต้าน 150 นาที/สัปดาห์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4¹¹

อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้ามการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นหลังจากการฝึกออกกำลังกายด้วยความหนักระดับปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ และเพิ่มความหนักจนถึง 300 นาที/สัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์^{7,12}ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

สรุปผลการศึกษา การออกกำลังกายในรูปแบบการออกกำลังกายที่บ้าน 12 สัปดาห์ ช่วยชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยแนะนำการเพิ่มความถี่ของการออกกำลังกายจาก 3 วัน/สัปดาห์ (150 นาที/สัปดาห์) เป็น 300 นาที/สัปดาห์ หรือเพิ่มระยะเวลาของการศึกษาจาก 12 สัปดาห์ เป็น 16 สัปดาห์ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบการเพิ่มขึ้นของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. สุวรรณ สุรวาทกุล, สุคนธ์ เหล่าราช, ละออง เดิมทำรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอหาดใหญ่. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563;4:129-143.
2. Thai-SEEK Group and Ingsathit A. et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant (2010) 25: 1567–1575.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. การศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. 2560 Online; <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4768?locale-attribute=th>.
4. Sutheeraprasert P, Kankarn W. The effectiveness of encourage family and village health volunteers participation program to delayed the progression of chronic kidney disease in urban area of Khon Kaen province. Journal of Nursing and Health Care. 2018; 36(4): 42-51.
5. Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-base studies systemic review. BMC Public health, 8(117), 1-8.
6. Kidney disease improving global outcomes. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Official journal of the International Society of Nephrology 2013;3:1-150
7. Kiuchi MG, Chen S. The effect of the physical activity on polymorphic premature ventricular complexes in chronic kidney disease. Kidney Res Clin Pract. 2017;36(2):167–74.
8. Aoike DT, Baria F, Kamimura MA, Ammirati A, de Mello MT, Cuppari L. Impact of home-based aerobic exercise on the physical capacity of overweight patients with chronic kidney disease. Int Urol Nephrol. 2015 Feb;47(2):359-67.
9. Leehey DJ, Moinuddin I, Bast JP, Qureshi S, Jelinek CS, Cooper C, Edwards LC, Smith BM, Collins EG. Aerobic exercise in obese diabetic patients with chronic kidney disease: a randomized and controlled pilot study. Cardiovasc Diabetol. 2009 Dec 9;8:62.
10. Headley S, Germain M, Milch C, Pescatello L, Coughlin MA, Nindl BC, et al. Exercise training improves HR responses and V O₂peak in predialysis kidney patients. Med Sci Sports Exerc. 2012;44(12):2392–9.
11. Howden EJ, Coombes JS, Strand H, Douglas B, Campbell KL, Isbel NM. Exercise training in CKD: efficacy, adherence, and safety. Am J Kidney Dis. 2015;65:583–91.
12. Toyama K, Sugiyama S, Oka H, Sumida H, Ogawa H. Exercise therapy correlates with improving renal function through modifying lipid metabolism in patients with cardiovascular disease and chronic kidney disease. J Cardiol. 2010;56(2):142–6.

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร Study of factors affecting suicide success in the municipality Sakon Nakhon Province.

(Received: March 11,2023 ; Revised: March 20,2023 ; Accepted: March 25,2023)

จิราพร มณีปกรณ์¹

Jiraporn Maneepakorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เมื่อมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทำการถอดบทเรียนจากการสัมภาษณ์ญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ลงพื้นที่ ทำ Focus Group ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ. สต อสม. ผู้นำชุมชน พูดคุยถึง ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ อาการที่พบก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ แนวทางการแก้ไขปัญหาย่อยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีก โดยเก็บ ข้อมูลภายหลังจาก ฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะ 1-3 สัปดาห์ หรือหลังจากที่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดยินยอมให้ข้อมูลและมีความ พร้อมด้านจิตใจในการให้สัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งได้รับการพัฒนา โดย โรงพยาบาลขอนแก่นรามาธิบดีจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ แยกเป็น ร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม 2) อาการที่พบก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (สัญญาณเตือน) ก่อนลงมือทำ มีคำพูดบางคำที่ผู้ปกครอง ญาติ ผู้ดูแล ไม่สนใจ 3) แนวทางการแก้ไขปัญหาย่อยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้ เกิดเหตุการณ์อีก

คำสำคัญ)keyword (: การฆ่าตัวตายสำเร็จ , การฆ่าตัวตาย

ABSTRACT

This study aimed to study factors affecting suicide success in the municipality Sakon Nakhon Province it was survey research. When someone kills successfully Make transcripts from interviews with relatives or close people. of successful suicides Collected data by interviewing relatives or close people. Of those who successfully committed suicide, went to the area to do a focus group together with the staff of the hospital, VHVs, community leaders. Discuss problems and causes of successful suicide. Symptoms before successful suicide Solutions to help each other to prevent not to happen again by collecting data after Successful suicide within 1-3 weeks. Or after relatives or close people agree to provide information and are mentally ready for in-depth interviews. The data collection tool was an interview form which was developed. by Khon Kaen Rajanagarindra Hospital from a sample of 19 cases.

The results showed that 1) problems, causes of successful suicide, divided into physical, psychological, family and social, economic, cultural and environmental; 2) symptoms before successful suicide. (alarm) Before taking action, there are some words that parents, relatives, carers ignore. 3) Guidelines for solving problems together to prevent not to happen again.

Keywords: successful suicide, suicide

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide) คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต อาจกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ (อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2541) โดยทั่วไปเชื่อว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต มาก่อน เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคจิตเนื่องมาจากสุรา ยาเสพติด โดยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) การทำร้ายตนเองแต่ไม่เสียชีวิต (Attempted suicide) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide) (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) กระบวนการดังกล่าวเป็นพลวัต ดังนั้น การแบ่งแยกการฆ่าตัวตายสำเร็จกับการพยายามฆ่าตัวตาย ถือว่าเป็นการแบ่งประเภทในทางปฏิบัติว่าตายสำเร็จหรือตายไม่สำเร็จเท่านั้น การพยายามฆ่าตัวตาย จึงมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างยิ่ง

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิต เมื่อมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจะเกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อบุคคลใกล้ชิด หรือคนในครอบครัวอย่างน้อย 6 คน จิตแพทย์พบว่าผู้ที่มีความคิดหรือวางแผนฆ่าตัวตาย มักจะมีความลังเล ทุกคนมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่ แต่โดยประสบการณ์ เรื่องราว หรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ทนทุกข์ทรมาน รู้สึกหมดหวัง ไม่เหลือใคร ปัญหาไม่มีทางออก รู้สึกผิด ต่ำหนีดตัวเอง อาจมีการกล่าวลา ขอโทษ หรือแม้แต่การโพสต์ข้อความเป็นนัย ๆ ทางโซเชียลมีเดีย ท่าทีหรือคำพูดเหล่านี้เป็นสิ่งที่คนรอบข้างควรสังเกตและใส่ใจ อย่างมองว่าการแสดงความรู้สึกลักษณะนี้ เป็นความอ่อนแอหรือเห็นแก่ตัว ไม่ควรด่วนสรุปว่าเป็นการเรียกร้องความสนใจ ไม่ควรเชื่อมั่นว่าคนที่พยายามฆ่าตัวตายหลายครั้งมักไม่ทำจริง หากพบ

สัญญาณบางอย่างที่ชวนสงสัยว่าคนที่เรารัก มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย เราควรตระหนักว่าอาจสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทัน โดยถือว่าพฤติกรรมและคำพูดเหล่านั้นเป็นการส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ ในทุกๆปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านราย หมายความว่า ในประชากรหนึ่งแสนคนจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 16 ราย หรือในทุก 40 วินาทีจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย และได้ยกระดับปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นวาระสำคัญของโลก โดยกำหนดให้ วันที่ 10 กันยายน ของทุกปี เป็นวันรณรงค์ป้องกัน การฆ่าตัวตายโลก (World Health Organization, 2559)

สาเหตุการฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว มักเกิดจากปัญหาที่

ทับซ้อนสะสมและหาทางออกไม่ได้ เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ครอบครัวมีปัญหา ปัญหาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และขาดคนดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาเศรษฐกิจในกลุ่มวัยแรงงานทำให้มีความเครียดสะสมและกลายเป็นโรคซึมเศร้า 50% ของการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Sharifi et al., 2015) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการประชากรมากกว่า 300 ล้านคน หรือ 4% ของประชากรโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึง 20.4% ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน หรือ 2.5% ของประชากรไทย และผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 1.7 เท่า จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณวันละ 10-12 คน เฉลี่ยทุก 2 ชั่วโมงจะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน โดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายคือ แยกตัว หลีกหนีสังคม หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว ตนเองไร้ค่า หนีปัญหา เห็น

ปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด พบว่าการใช้แอลกอฮอล์อย่างหนักมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ในทุก ๆ 5 คนที่ฆ่าตัวตายมีปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เศร้า หงุดหงิดง่าย วู่วาม ควบคุมตัวเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว ขาดการสติ การรับรู้ที่ผิดปกติ นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าตลอดชีวิตของการพยายามฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 40 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 7 (Sobreira, & Aleixo, 2015) มีปัจจัยกีดดันนำมาก่อน เช่น ภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม ทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับโรคซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์ที่ไม่มีโรคซึมเศร้า (Carbello et al., 2014) ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ร้อยละ 16-34 จะมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1-2 ปี หลังจากพยายามฆ่าตัวตายในครั้ง ก่อน หน้า นี้ (Scoliers, Portzky, van Heeringen, & Audenaert, 2009)

สถานการณ์การทำร้ายตนเองของประเทศไทยในปี 2560 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ และพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1-27.94 ปี ถึงร้อยละ โดยจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองในครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2562)

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน โดยให้บริการแบบผู้ป่วยนอก และงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มีบทบาทและภารกิจสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี ได้

ตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพจิตที่ประชาชนได้รับ จนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งการฆ่าตัวตาย เป็นตัวบ่งชี้ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสกลนคร เริ่มต้นจากภาวะเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่คุยกับใครแยกตัว ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด และฆ่าตัวตายสำเร็จถ้าขาดการช่วยเหลือ การเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เพื่อป้องกัน แก้อา และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จและอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่มีจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค ดังข้อมูล ปี 2562-2564 ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปีงบประมาณ 2562 จำนวน 13.03 ต่อประชากรแสนคน)23 คน ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 11.34 ต่อประชากรแสนคน)20คน(ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 9.64 ต่อประชากรแสนคน)17 คน (ทั้งนี้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประสานงานให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศสูงกว่า 8.0 ต่อประชากรแสนคน นับว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดสกลนคร สูงกว่าเกณฑ์ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร พยายามแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จมาอย่างต่อเนื่อง ก็คงมีการฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดขึ้นในชุมชน

จากปัญหาการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนครโดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์หลังเสียชีวิต เพื่อนำข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่ได้มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหา ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร และขยายผลต่อเนื่องในเขตอำเภอต่างๆในจังหวัดสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย
สำเร็จ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

รูปแบบงานวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เป็นการศึกษา
เชิงสำรวจ (Survey Research) เมื่อมีผู้ฆ่าตัวตาย
สำเร็จ ทำการการถอดบทเรียนจากการสัมภาษณ์
ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เก็บ
ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ที่
ฆ่าตัวตายสำเร็จ ลงพื้นที่ ทำ Focus Group ร่วมกับ
เจ้าหน้าที่ รพ. สต อสม. ผู้นำชุมชน พูดคุยถึง
ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ
อาการที่พบก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ แนวทางการ
แก้ไขปัญหาย่อยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์
อีก โดยเก็บข้อมูลภายหลังจาก ฆ่าตัวตายสำเร็จใน
ระยะ 1-3 สัปดาห์ หรือหลังจากที่ญาติหรือผู้ใกล้ชิด
ยินยอมให้ข้อมูลและมีความพร้อมด้านจิตใจในการ
ให้สัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือใช้ในการเก็บข้อมูลคือ
แบบสัมภาษณ์ ซึ่งได้รับการพัฒนา โดยโรงพยาบาล
ขอนแก่นราชชนครินทร์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19
รายระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน
2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ญาติ
หรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่
ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในช่วงที่
ทำการศึกษา จำนวน 19 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย
สำเร็จ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เป็น
การศึกษา เชิงสำรวจ (Survey Research)
วิเคราะห์ข้อมูลจากการถอดบทเรียน ด้วย การ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีจำนวน 19 ราย
เพศชาย 17 เพศหญิง 2 ราย เมื่อวิเคราะห์ปัจจัย
ด้านเพศ พบว่าเพศชายมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ
มากกว่าเพศหญิง ผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ส่วนใหญ่อายุ ระหว่าง 21-40 ปี อาชีพรับจ้าง
ผู้ใช้แรงงาน สถานภาพสมรส มีพฤติกรรมส่วน
บุคคล ติดสารเสพติด ปัจจัยกระตุ้น ดื่มสุรานั้น
ในช่วงนั้น ทะเลาะกับคนใกล้ชิด นิสัยก้าวร้าว โกรธ
รุนแรง เป็นเคสใหม่ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรักษา
12 ราย ใช้วิธี ผูกคอ 17 ราย มีดแทง 1 ราย ยิงตัง
เอง 1 ราย

จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ที่ฆ่า
ตัวตายสำเร็จและการทำ focus group ร่วมกับ
เจ้าหน้าที่ รพ. สต อสม. ผู้นำชุมชน พบว่าปัจจัยที่
ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดสกลนคร คือ 1. ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิด
การฆ่าตัวตายสำเร็จ แยกเป็น

ร่างกาย เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ไม่
สามารถรักษาหายได้หรือยากแก่การรักษา มีความ
พิการ มองว่าเป็นภาระ ทำให้คนในครอบครัว
ลำบาก จึงไม่อยากมีชีวิตอยู่

จิตใจ หงุดหงิดง่าย ใจร้อน ก้าวร้าว โกรธ
รุนแรง เก็บตัว ไม่คุยกับใคร เก็บกด กดดันมาเป็น
เวลานานเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ รู้สึกว่า
ตัวเองไร้ ไม่มีใครมองเห็นความสำคัญ แก่ปัญหา
ไม่ได้ จึงทำลายตัวเองเพื่อหนีปัญหา

ครอบครัวและสังคม มีคนในครอบครัวมี
ประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ครอบครัวแตกแยก สามี
ไปมีผู้หญิงอื่น สามีเมา ทำร้ายภรรยา ทะเลาะ
ขัดแย้งกันเองในครอบครัว สภาพสังคมปัจจุบัน
ต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีวิกฤติในชีวิต มีปัญหา ไม่มีที่
พึ่งพา จึงฆ่าตัวตาย

เศรษฐกิจ ถูกพักงานหรือออกจากงาน การมี
หนี้สิน เล่นการพนัน ขาดที่พึ่งทางการเงิน ไม่มีเงิน
ล้มละลาย เล่นการพนัน จึงฆ่าตัวตาย

วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เมื่อมีปัญหา
เกิดขึ้น ไม่มีทางออก ขาดแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมใน

การดูแลตนเอง ขาดที่ปรึกษา ขาดบริการสุขภาพจิตที่จำเป็นในชุมชน ถูกกดขี่ ข่มเหง บังคับทำร้าย ทารุณกรรม สภาพแวดล้อมกดดันให้กระทำต่างคนต่างอยู่ขาดการช่วยเหลือดูแลกันระหว่างเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ จึงพบการทำร้ายตัวเอง

ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตายได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อประชด พบในเพศหญิงวัยรุ่น เป็นนักเรียน นักศึกษา หรือรับจ้างทำงาน เมื่อเกิดปัญหาซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการทะเลาะกับแฟน จะใช้วิธีพยายามฆ่าตัวตายโดยการกินยา ที่นิยมที่สุดคือยาแก้ปวดพาราเซตามอล หรือกินสารพิษจำพวกน้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาล้างจาน กินในปริมาณไม่มาก โดยมุ่งกระทำเพื่อประชด ไม่ได้ตั้งใจจะให้เสียชีวิต

2. อาการที่พบก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (สัญญาณเตือน) ก่อนลงมือทำ มีคำพูดบางคำที่ผู้ปกครอง ญาติ ผู้ดูแล ไม่สนใจ เช่น “อยากตาย” “สิผูกคอตาย” “มึงอยากตายกะตายโล้ด” “ชั่วหลายกะไปตายซะ” “เปื้อน” “ปัญหาจะแก้เอง” “บอกเมียจะไปผูกคอก” “น้อยใจลูก” “เป็นภาระ” “ไม่ได้อยากอยู่” “กระหย๋าดอกสิไปผูกคอก” “มึงชั่วหลายกะไปผูกคอกซะ” “ตายกะตายซะ” “ตายแล้วกะแล้วดอก”

3. แนวทางการแก้ไขปัญหาคือช่วยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีก จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ลงพื้นที่ ทำ Focus Group ร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชเจ้าหน้าที่ รพ. สต อสม. ผู้นำชุมชน และตัวแทนจากชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความเข้าใจ ทศนคติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหาสาเหตุปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนร่วมกันค้นหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาคือช่วยกันเพื่อป้องกัน

1. เปลี่ยนจากกองทุนหล้าเป็นกองทุนเงิน

.2 โน้มน้าวจิตใจ (เหี้ยเอา)

.3 ชุมชนมีส่วนร่วม คนใกล้ชิดดูแล

กรณียอมรับการเจ็บป่วย

เหี้ยเอา-

ผู้ดูแลให้กำลังใจและเข้าใจ/ญาติ-

ให้ความรู้ผู้ดูแล/จัดอบรม-

กรณีไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

-สอบถามคนใกล้ชิด

ญาติต้องให้ข้อมูลตามความจริงของผู้ป่วย-

ประทับประคองช่วยกัน-

หาคนที่เขาไว้ใจ-

พาทีมดูแลเข้าพบผู้ไว้ใจ-

.4 ให้กำลังใจญาติพี่น้อง

.5 นิมนต์พระเทศน์ในหมู่บ้าน

.6 ไปเป็นเพื่อน สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย

.7 เข้าบ้านผู้ป่วยพร้อมทีม ผู้ใหญ่บ้าน

,.ประธาน อสม.ผู้นำชุมชน(.สต.เจ้าหน้าที่ รพ,

.8 ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน สอดส่อง ดูแล

ป้องกัน

.9 ลดการดื่มเหล้า งานบุญปลอดเหล้า

10. ขอสนับสนุนจาก อบต อบท

เกิดแนวความคิดการป้องกันการฆ่าตัวตาย

จำเป็นต้องทำงานร่วมกัน หลายฝ่ายไม่สามารถทำเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ต้องวางแผนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติงาน รวมไปถึงต้องมีการเฝ้าระวังที่ ครอบคลุมรอบด้าน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลไปจนถึง ระดับชุมชน เพื่อให้การป้องกันการฆ่าตัวตายประสบผลสำเร็จสูงสุด

สรุปผลจากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และลงพื้นที่ ทำ Focus Group ร่วมกับ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชเจ้าหน้าที่ รพ ผู้นำชุมชน .สต อสม .และตัวแทนจากชุมชน พบว่า สาเหตุในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาหายได้หรือยากแก่การรักษา มีความพิการ มองว่าเป็นภาระ ทำให้คนในครอบครัวลำบาก หงุดหงิดง่าย ใจร้อน ก้าวร้าว โกรธรุนแรง เก็บตัว ไม่คุยกับใคร เก็บกด

กอดันมาเป็นเวลานานเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ รู้สึกว่าตัวเองไร้ ไม่มีใครมองเห็นความสำคัญ แก่ปัญหาไม่ได้ มีคนในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตาย มาก่อน ครอบครัวแตกแยก สามิไปมีผู้หญิงอื่น สามิ เมา ทำร้ายภรรยา ทะเลาะขัดแย้งกันเองใน ครอบครัว สภาพสังคมปัจจุบัน ต่างคนต่างอยู่ เมื่อ มีวิกฤติในชีวิต มีปัญหา ไม่มีที่พึ่งพา ถูกพักงานหรือ ออกจากงาน การมีหนี้สิน เล่นการพนัน ขาดที่พึ่ง ทางการเงิน ไม่มีเงิน ล้มละลาย เล่นการพนัน เมื่อมี ปัญหาเกิดขึ้น ไม่มีทางออก ขาดแหล่งข้อมูลที่ เหมาะสมในการดูแลตนเอง ขาดที่ปรึกษา ขาด บริการสุขภาพจิตที่จำเป็นในชุมชน ถูกกดขี่ ข่มเหง บังคับ ทำร้าย ทารุณกรรม สภาพแวดล้อมกดดันให้ กระทำ ต่างคนต่างอยู่ขาดการช่วยเหลือดูแลกัน ระหว่างเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการ ดูแลเอาใจใส่ เกิดความน้อยเนื้อ ต่ำใจ

ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตายได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อประชด พบในเพศ หญิง วัยรุ่น เป็นนักเรียน นักศึกษา หรือรับจ้างทำงาน เมื่อเกิดปัญหาซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการทะเลาะกับ แฟน จะใช้วิธีพยายามฆ่าตัวตายโดยการกินยา ที่ นิยมที่สุดคือยาแก้ปวดพาราเซตามอล หรือกิน สารพิษจำพวกน้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาล้างจาน กิน ในปริมาณไม่มาก โดยมุ่งกระทำเพื่อประชด ไม่ได้ ตั้งใจจะให้เสียชีวิต

การทำ Focus Group ในแต่ละเคสจะพบ ปัญหาคล้ายๆกัน และภายในทีมเองได้เรียนรู้และ แสดงความคิดเห็นว่าจะช่วยคน ครอบครัว ชุมชน เหล่านั้นอย่างไร สิ่งที่ได้จากการศึกษาคือ 1.ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.อาการที่ พบก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (สัญญาณเตือน) 3. แนวทางการแก้ไขปัญหาช่วยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้ เกิดเหตุการณ์อีก

จากการศึกษาเกิดชุมชนนำร่องขึ้น 2 ชุมชน คือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด ผลที่ ได้จากการดำเนินกิจกรรมนั้น พบว่าอัตราการฆ่าตัว ตายสำเร็จลดลง เพื่อให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง

และมีรูปแบบที่ชัดเจน ควรนำขยายผลต่อไปในทุ กอำเภอในจังหวัดสกลนคร

การอภิปรายผล

สาเหตุในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เกิดการ เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ไม่สามารถรักษา หายได้หรือยากแก่การรักษา มีความพิการ มองว่า เป็นภาระ ทำให้คนในครอบครัวลำบาก จึงไม่อยาก มีชีวิตอยู่ จิตใจ หงุดหงิดง่าย ใจร้อน ก้าวร้าว โกรธ รุนแรง เก็บตัว ไม่คุยกับใคร เก็บกด กอดันมาเป็น นานเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ รู้สึกว่าตัวเอง ไร้ ไม่มีใครมองเห็นความสำคัญ แก่ปัญหาไม่ได้ จึง ทำลายตัวเองเพื่อหนีปัญหาสอดคล้องกับการศึกษา ของ หทัยทิพย์ เจริญศรีและจิราพรเขียวอยู่ (2561) ครอบครัวและสังคม มีคนในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัว ตายมาก่อน ครอบครัวแตกแยก สามิไปมีผู้หญิงอื่น สามิเมา ทำร้ายภรรยา ทะเลาะขัดแย้งกันเองใน ครอบครัว สภาพสังคมปัจจุบัน ต่างคนต่างอยู่ เมื่อมี วิกฤติในชีวิต มีปัญหา ไม่มีที่พึ่งพา จึงฆ่าตัวตาย เศรษฐกิจ ถูกพักงานหรือออกจากงาน การมีหนี้สิน เล่นการพนัน ขาดที่พึ่งทางการเงิน ไม่มีเงิน ล้มละลาย เล่นการพนัน จึงฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับ การศึกษาของ อภิชัย มงคลและคณะ (2559) , วรา ภรณ์ ประทีปธีรานันต์ (2561) วัฒนธรรมและ สิ่งแวดล้อม เมื่อมีปัญหเกิดขึ้น ไม่มีทางออก ขาด แหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ขาดที่ ปรึกษา ขาดบริการสุขภาพจิตที่จำเป็นในชุมชน ถูก กกดขี่ ข่มเหง บังคับ ทำร้าย ทารุณกรรม สภาพแวดล้อมกดดันให้กระทำ ต่างคนต่างอยู่ขาด การช่วยเหลือดูแลกันระหว่างเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุ ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ เกิดความน้อย เนื้อ ต่ำใจ จึงพบการทำร้ายตัวเอง ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำ ให้พยายามฆ่าตัวตายได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประชด พบในเพศ หญิงวัยรุ่น เป็นนักเรียน นักศึกษา หรือรับจ้างทำงาน เมื่อเกิดปัญหาซึ่งส่วน ใหญ่จะเป็นการทะเลาะกับแฟน จะใช้วิธีพยายาม ฆ่าตัวตายโดยการกินยา ที่นิยมที่สุดคือยาแก้ปวด พาราเซตามอล หรือกินสารพิษจำพวกน้ำยาล้าง

ห้องน้ำน้ายาล้างจาน กินในปริมาณไม่มาก โดยมุ่งกระทำเพื่อประทังชีวิตไม่ได้ตั้งใจจะเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ปองพล วรพานี พร้อมคณะ (2556)

ทั้งนี้สาเหตุเหล่านี้นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เนื่องจาก มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง มีความพิการ เป็นภาระ หงุดหงิดง่าย ใจร้อน ก้าวร้าว โกรธรุนแรง เก็บตัว ไม่คุยกับใคร เก็บกด กดดันมาเป็นเวลานาน มีคนในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ครอบครัวแตกแยก สามิไปมีผู้หญิงอื่น สามิมา ทำร้ายภรรยา ทะเลาะขัดแย้งกันเองในครอบครัว สภาพสังคมปัจจุบัน ต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีวิกฤติในชีวิต มีปัญหาถูกพักงานหรือออกจากงาน การมีหนี้สิน เล่นการพนัน ขาดที่พึ่งทางการเงิน ไม่มีเงิน ล้มละลาย เล่นการพนันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ไม่มีทางออก ขาดแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ขาดที่ปรึกษา ขาดบริการสุขภาพจิตที่จำเป็นในชุมชน ถูกกดขี่ ข่มเหง บังคับ ทำร้ายทารุณกรรม สภาพแวดล้อมกดดันให้กระทำ ต่างคนต่างอยู่ขาดการช่วยเหลือดูแลกันระหว่างเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ เป็นภาระ กดดันมาเป็นเวลานานเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ รู้สึกว่าตัวเองไร้ ไม่มีใครมองเห็นความสำคัญ แก่ปัญหาไม่ได้ จึงฆ่าตัวตาย สอดคล้องกันกับการศึกษาของ โฆษิต กัลยาและคณะ (2561)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือควรนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการวางแผนมาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของเขตอำเภอเมือง และอำเภออื่นๆในจังหวัดสกลนคร ในเรื่องการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มผู้มีปัจจัยจากการค้นพบ เช่น กลุ่มผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรังพิการ ผู้พิการ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด ผู้ที่มีความเครียดชัดเจนจากปัญหาครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หรือผู้ที่มีภาระหนี้สิน ติดการพนัน ขาดที่พึ่งพาในสังคม เกิดแนวความคิดการป้องกันการฆ่าตัวตายจำเป็นต้อง

ทำงานร่วมกัน หลายฝ่ายไม่สามารถทำเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ต้องวางแผนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติงาน รวมไปถึงต้องมีการเฝ้าระวังที่ ครอบคลุมรอบด้านตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลไปจนถึง ระดับชุมชน เพื่อให้การป้องกันการฆ่าตัวตายประสบผลสำเร็จสูงสุด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การสัมภาษณ์มีข้อจำกัด การสืบค้นหลังเสียชีวิตอาจขาดรายละเอียดบาง ประเด็นหรือให้รายละเอียดบางเหตุการณ์มากเกินไป ความเป็นจริงซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้ขาดความน่าเชื่อถือ ผู้ศึกษาระดับในประเด็นดังกล่าวจึงได้พยายามหารายละเอียดจากข้อมูลจากหลายแหล่งเช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อความเที่ยงตรง ถูกต้องของข้อมูลให้มากที่สุด นอกจากนี้ผู้ศึกษายังเลือกที่จะเป็นผู้ทำการเก็บข้อมูลเพียงคนเดียว โดยการใช้แบบสอบถาม เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหา

การเฝ้าระวังสาเหตุในการฆ่าตัวตาย

การทำ Focus Group ในแต่ละเคสจะพบปัญหาล้ำๆกัน และภายในทีมเองได้เรียนรู้และแสดงความคิดเห็นว่าจะช่วยคน ครอบครัว ชุมชนเหล่านั้นอย่างไร สิ่งที่ได้จากการศึกษาคือ 1.ปัญหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.อาการที่พบก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (สัญญาณเตือน) 3. แนวทางการแก้ไขปัญหาช่วยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีกจากการศึกษาเกิดชุมชนนาร่องขึ้น 2 ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาดผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมนั้น พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง เพื่อให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง และมีรูปแบบที่ชัดเจน ควรนำขยายผลต่อไปในทุกอำเภอในจังหวัดสกลนคร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องทำงานร่วมกันหลายฝ่าย ไม่สามารถทำ

เพียงคนเดียวคนหนึ่งได้ ต้องวางแผนอย่างเป็นระบบ
ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติงาน รวมไปถึง
ต้องมีการเฝ้าระวังครอบคลุมรอบด้านตั้งแต่ระดับ
โรงพยาบาลไปจนถึงชุมชน เพื่อให้การป้องกันการ

ฆ่าตัวตายประสบผลสำเร็จสูงสุดสอดคล้องกับ
นโยบายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ว่า
“ประชาชนมีสุขภาพจิตดีสามารถอยู่ร่วมกันใน
สังคมได้อย่างมีความสุข”

เอกสารอ้างอิง

- 1.อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์).2541).การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ :
กรุงเทพฯ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ :
- 2.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ,สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์.กาฆ่าตัวตาย:การสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน.นนทบุรีการ
พิมพ์:กรมสุขภาพจิต; 2541
- 3.World Health Organization Prevting suicide : a resource for general physicians. Department
of Mental Health , World Health Organization;2000



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community Muang District, Sakon Nakhon Province : A case study of Khamin Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province.

(Received: March 11,2023 ; Revised: March 20,2023 ; Accepted: March 25,2023)

พินณรัฐ ศรีหารักษา¹
Pinnarat Sriharaksa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์ประเมิน เติร์มการ ของสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม 2) จัดการรายกรณีโดยกระบวนการพยาบาลให้ชุมชนมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ 3) ประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง 34 คนญาติหรือผู้ดูแล 34 คน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลตำบล ผู้นำชุมชน 20 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลได้แก่ แบบติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับญาติ/ผู้ดูแล และแบบประเมินความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบที (t-test) และปรับปรุงแก้ไขโดยการสนทนากลุ่ม นำผลการสนทนา ลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพ จึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ปรับแผนการดูแลตามให้เหมาะสม ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12, p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, SD = 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21, p\text{-value} < 0.05$) ผู้ป่วยจิตเภทไม่ก่อความรุนแรง ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ ญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจ

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วม

Abstract

This research is a participatory action research. The purpose of this study was to study the care and outcomes of caring for schizophrenic patients at risk of violence. Between January 2021 and June 2021, divided into 3 phases: 1) Analyze, assess, prepare the situation of schizophrenic patients in the community. 2) case management by nursing process Encourage the community to participate according to their roles and

¹ พบ.โรงพยาบาลสกลนคร

responsibilities. 3) Evaluate results, share knowledge, and summarize results. Target groups were 34 schizophrenic patients at risk of violence, 34 relatives or caregivers, health volunteers. Public health officers at sub-district hospitals, community leaders, 20 people. Data collection tools include: a follow-up form for patients at risk of violence in the community in 10 aspects; a short mental symptom assessment form; Overall competency assessment form Satisfaction Questionnaire for Relatives/Carers and an assessment form for opinions of public health volunteers, community leaders, public health officials. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, and t-test, and improvement by focus group discussion.

Results of a study of the situation of schizophrenic patients in the community It was found that there was a lack of ongoing management in the community. Relatives or caregivers lack knowledge, care skills, and need help from the community. The health team therefore handles cases with community participation. by home visit Adjust the care plan accordingly. Community Participatory Case Management Outcomes resulting in schizophrenic patients There was a psychiatric symptom score after receiving participatory case management in the community. Less than before receiving case management with community participation. statistically significant ($t = -12$, $p\text{-value} < 0.05$) and overall ability after receiving community-based case management. Higher than before of community participatory case management. with an average score Overall ability (mean = 45.91, SD = 3.35) was statistically significant ($t = 21$, $p\text{-value} < 0.05$). Schizophrenic patients do not commit violence. throughout the duration of the project relatives or carers Public health volunteers, community leaders, health workers were satisfied.

Keyword : Case management. Psychiatric patients at risk of violence. Participation.

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเรื้อรังโรคหนึ่งเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ของความคิด และสังคม ถือเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาชนิดหนึ่ง ที่จะต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง จึงสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้⁸ ลักษณะสำคัญของโรคนี้ คือ มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม¹⁴ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย(complete remission) แต่พบได้น้อยส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงหลงเหลืออาการอยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็มีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ¹¹

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือ

ประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไป อยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่ มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงดังเป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI-V)¹ สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยมีปัจจัยที่ทำให้ก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อ

การก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5³⁵

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาประเทศไทย มีการศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณี (case management Model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มโรคทางจิตเวช การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการป้องกัน การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทายาและป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและลดภาระการดูแลของญาติ^{2,12} ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถโดยรวมดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{3,7,30} การจัดการรายกรณีเป็นระบบการให้บริการสุขภาพที่สำคัญต่อกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพสูง โดยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

นโยบายกรมสุขภาพจิต มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีระบบการดูแลใกล้บ้าน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทายาต่อเนื่อง ระบบการดูแลต้องมีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตามกลุ่มวัยและผู้พิการ¹⁵ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด⁴ และมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้การกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น¹⁸

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบหรือ Intervention ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะครอบครัวและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยเน้นความร่วมมือ

ระหว่างสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่⁵ การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชนหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย⁶ โดยภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานสาธารณสุขเครือข่ายภาคประชาชน อสม. แกนนำ/ผู้นำชุมชน เทศบาล/ อบต. และหน่วยงานรัฐ/เอกชนในชุมชน มีส่วนทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณค่า และลดภาระของญาติ¹⁰

จากข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ที่มารับบริการโรงพยาบาลสกลนคร ปี พ.ศ 2562 - พ.ศ 2564 มีจำนวน 1,364 , 1,373 และ 1,483 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการไม่ยอมรับการเจ็บป่วย รักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผู้ดูแลหรือขาดศักยภาพ การดื่มสุราและใช้สารเสพติด ส่งผลให้มีอาการทางจิตชัดเจน พูดคนเดียว หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน ทำให้ชุมชน จนท.ในชุมชน เกิดความหวาดกลัว มีอาการกำเริบ จนต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน จากอาการทางจิตแยลง มีการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย และ ปี พ.ศ 2562 - พ.ศ 2564 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) คิดเป็นร้อยละ 9.82 , 9.10 และ 9.44 ตามลำดับ เนื่องจากขาดการจัดการรายกรณี การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมามีการดูแลติดตามเยี่ยมในชุมชนหลังรักษา จากอาการกำเริบ ก้าว ก้าวร้ายรุนแรง ก่อความเดือดร้อนให้ผู้ดูแลหรือญาติ ชุมชน ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีในชุมชน จากปัญหาดังกล่าวของพื้นที่ จึงได้ดำเนินการศึกษาบริบท แนวทางการดูแล

และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษา ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร น่าจะทำให้ผู้ป่วยลดอาการป่วยซ้ำได้ ซึ่งมีเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข อัตราการกำเริบลดลง และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดการดูแลช่วยเหลือกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกันรับผิดชอบ ที่มีประสิทธิภาพ ของครอบครัว ชุมชนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม จึงความสนใจการจัดการรายกรณีซึ่งเป็นการดูแลด้านจิตสังคมอีกรูปแบบที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกับของทีมสหวิชาชีพอย่างมีระบบ ครอบคลุม การประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานงานระบบให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัว¹³ โดยเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่⁵ ซึ่งแนวคิดการจัดการรายกรณี³² ประกอบด้วยผู้จัดการรายกรณี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน และแผนการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณีซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย (1) ประเมินปัญหาจากการพูดคุยสนทนากลุ่ม ศึกษาสภาพปัญหาแลกเปลี่ยนข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย ความรู้ทักษะการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดูแล (2) วินิจฉัยปัญหา สรุปปัญหา ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เช่น ขาดความรู้ทักษะการดูแล ไม่รู้บทบาทหน้าที่ตนเอง ต้องประสานใคร (3) วางแผนการดูแลให้ความรู้ /กำหนดบทบาทหน้าที่ ของชุมชน เช่น ญาติ อสม. ผู้นำชุมชน จนท.รพ.สต. การติดตามเยี่ยม การสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ (4) ลงมือปฏิบัติในส่วนชุมชน อบรมความรู้ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การจัดการรายกรณีใช้กระบวนการพยาบาล (5) ประเมินผล จากอาการทางจิตกำเริบความสามารถ

โดยรวม การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท และความพึงพอใจของชุมชน จากการมีส่วนร่วมในการจัดการรายกรณีในชุมชน ซึ่งความกระบวนกรดูแลมีการสะท้อนข้อมูล และปรับปรุงแผนการดูแล จนได้ผลลัพธ์ที่พอใจและสรุปเป็นแนวทางการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาบริบทผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
2. ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) โรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร กรณีศึกษา ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขต อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน ที่ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อาศัยอยู่ใน ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยจิตเวช (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชและมีปัญหาซับซ้อนมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 1) มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยมีอาการทางจิตมากขึ้น 2) มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย 3) ผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย 4) มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด 5) มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว 2. มีญาติ/ผู้ดูแล 3. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย กลุ่มสนทนาเครือข่ายชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 14 คน ผู้นำชุมชน 4 คน เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอาศัยอยู่ 2 คน ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 34 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่เคยรักษาในกลุ่มงานจิตเวช จำนวน 34 คน โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้ และการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด¹

1.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางดานบวก และอาการทางด้านลบ ของ Overall and Gorham ป.ศ. 1962 แปลเป็นภาษาไทย โดยพันธนา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ มีค่าความเชื่อมั่น (content validity) อยู่ระหว่าง 0.71 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ มีคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 มีการแปลผล คือ 18 คะแนน = เกณฑ์ปกติ 19-36 คะแนน = มีอาการทางจิต 37-126 = มีอาการทางจิตรุนแรง

1.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพการพิจารณาไม่รวมความบกพร่องด้านการทำหน้าที่อื่นเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกายหรือสภาพแวดล้อม มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0-100 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา และ 91-100 คะแนนหมายถึงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม¹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการนำการจัดกรรณการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาล สกลนคร มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากปัญหาซับซ้อน ที่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยขออนุญาตจากผู้ป่วยและญาติ

2.2 การสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. จนท.รพ.สต. ญาติหรือผู้ดูแล 1) วิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย โดยการพูดคุยสนทนากลุ่ม ศึกษาปัญหา

และร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย เตรียมชุมชนและเครือข่ายพื้นที่ 2) กำหนดแนวทางและโครงสร้างชุมชนในการดูแล 3) กำหนดบุคคลในการดูแล จนท.รพ.สต. ทำทะเบียนและจำแนกผู้ป่วย ประเมินความก้าวร้าว รับข้อมูลจาก อสม. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ประสานส่งต่อ รพ.ได้ อสม. ประเมินอาการ ตาม 2ย1ส และสัญญาณเตือน 5 red flags ประสานส่งต่อหากพบปัจจัยกระตุ้นและอาการเตือน ผู้นำชุมชน ทำการแจ้งเหตุประสานงาน ช่วยเจรจา ควบคุมสถานการณ์ เยี่ยมให้กำลังใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม

1. ผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย และร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย จิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เตรียมชุมชนใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ประกอบด้วยคำถามที่นำกลุ่มไปสู่การสนทนาอย่างเป็นระบบตามเส้นทาง เพื่อพากลุ่มผ่านระดับความสำนึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (objective) การไตร่ตรอง (reflective) การตีความ (interpretative) และการตัดสินใจ (decisional) ซึ่งกระบวนการนี้ เกิดประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้ เห็นอะไรในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะทำอะไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ จะตัดสินใจหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แก่เครือข่ายชุมชน และแสดงความคิดเห็นของตน และบันทึก และร่วมกัน วิเคราะห์ วางแผน เพื่อนำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาปฏิบัติ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทำการประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic

Rating Scale: BPRS) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) ก่อนลงมือปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. จัดอบรมให้ชุมชน เรื่อง ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการดูแลรักษา จิตเวชฉุกเฉิน การเฝ้าระวังความเสี่ยง เฝ้าสังเกตพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมิน 2ย1ส (ยาดี /ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) สัญญาณเตือน 5 red flags ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง ประสานรับและส่งข้อมูล ประเมินความก้าวร้าว การแจ้งเหตุ การประสานรับและส่งต่อรักษาของสถานบริการและชุมชนจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และจิตเวชฉุกเฉิน เฝ้าระวังพฤติกรรม จัดทำทะเบียนรายบุคคล พร้อมประเมินสภาพปัญหา ความต้องการการดูแลรักษา ระบบการส่งต่อ แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มโดยใช้ แบบประเมินสำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต Global Assessment of function : GAF¹ เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องดังนี้ 1) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรง Global Assessment of Function (GAF) ≤ 50 คะแนน (ประเภทแดง) กำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล ร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรงปานกลาง Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 51-70 คะแนน (ประเภทเหลือง) ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายัง โรงพยาบาล 3) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงเล็กน้อย Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 71-100 คะแนน (ประเภท

เขียว) ติดตามเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่ายในชุมชน ประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และส่งข้อมูลมาโรงพยาบาล

2. การจัดการรายกรณีใช้กระบวนการพยาบาลจัดการรายกรณี ประเมิน วินิจฉัยปัญหา วางแผนดูแลลงมือปฏิบัติ ประเมินผล ร่วมกับชุมชนตามบทบาทกำหนด

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล จากการมีส่วนร่วมชุมชน ในการจัดการรายกรณี จากทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของชุมชนที่กำหนดไว้ และจากอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย หลังปฏิบัติสะท้อนข้อมูลและปรับปรุงแก้ไข

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ ตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยคำพูดที่สุภาพ ไม่แสดงถึงการบีบบังคับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับและให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่น ๆ ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการจัดการความเสี่ยงโดยถ้ากลุ่มตัวอย่าง มีอาการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล จะประเมินอาการ ให้การพยาบาล และส่งต่อให้จิตแพทย์รักษาต่อไป ส่วนการเผยแพร่ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่หรือแหล่งที่มาของข้อมูล จะไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสียหายใด ๆ โดยผู้ที่รับทราบข้อมูล จะไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ อาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.5 และเพศหญิง ร้อยละ 23.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 79.4 สมรส ร้อยละ 5.9 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.8 รองลงมาเกษตรกร ร้อยละ 32.4 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยมีอาการทางจิตแย่ง เป็น ร้อยละ 41.2 และรองลงมา มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 23.5

การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน

ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน

ด้านอาการทางจิต ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีอาการทางจิต บ้าง ร้อยละ 73.53 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 52.94 และมีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 38.24

ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.76 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ทานยาสม่ำเสมอขึ้น ร้อยละ 82.35 และทานยาไม่สม่ำเสมอ ลืมทานยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 14.71

ด้านผู้ดูแล ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ญาติไม่มีมีศักยภาพ ร้อยละ 50.0 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีผู้ดูแล/มีศักยภาพ ร้อยละ 79.41

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ทำกิจ

วัดประจำวันได้เองแต่ต้องมีคนกระตุ้น ร้อยละ 47.06 เมื่อได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 76.47 และต้องมีคนช่วยกระตุ้น ร้อยละ 23.53

ด้านการประกอบอาชีพ ก่อนได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 17.65 หลังได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถประกอบอาชีพได้ร้อยละ 70.59 และต้องมีคนช่วยกระตุ้นร้อยละ 23.53

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มองผู้ป่วยในด้านลบ ร้อยละ 50.0 หลังได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ชมเชย ให้กำลังใจ มองบวก ร้อยละ 55.88

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีพื้นที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 85.29 และ 14.71 ตามลำดับ

ด้านการสื่อสาร ก่อนได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ สนทนากับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 85.29 หลังได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้ดี ร้อยละ 41.18

ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ก่อนได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ต้อง

ปรับปรุงจำไม่ได้ สอนเท่าไรก็ทำไม่ได้ ร้อยละ 67.65 หลังได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ สอนซ้ำๆ ทำได้ ร้อยละ 41.18 และบอกครั้งสองครั้งสามารถทำได้ร้อยละ 50.0

ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/ยาเสพติด) ก่อนได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน ร้อยละ 76.47 ใช้อย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน ร้อยละ 8.82 หลังได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ใช้เลย ร้อยละ 47.06 และใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 50.0

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตและความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชนกรณี พบว่าอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (เฉลี่ย = 24.68, SD = 2.78) ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (เฉลี่ย = 30.15, SD = 2.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12$, $p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (เฉลี่ย = 62.53, SD = 4.02) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, SD = 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21$, $p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมก่อนและหลังจัดการรายการณแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (n=34)

ระยะเวลา	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
อาการทางจิต	30.15	2.79	24.68	2.78	-12	33	0.00
ความสามารถโดยรวม	45.91	3.35	62.53	4.02	21	33	0.00

* $p\text{-value} < 0.05$, dependent pair t-test

จากการนำ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายการณแบบมี

ส่วนร่วมในชุมชน จากประชุมวิเคราะห์ วางแผนการดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่ ของเครือข่ายชุมชน พบว่า

สามารถปฏิบัติได้ตามแผนการดูแลผู้ป่วย และเมื่อประเมินความพึงพอใจของ อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนและหลังนำการปฏิบัติการจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน เปรียบเทียบกันพบว่ามีความ

ความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) โดยหลังการปฏิบัติการจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (ค่าเฉลี่ย = 78.05, SD = 2.91) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก่อนและหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ($n=20$)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ก่อนพัฒนา	66.5	3.03	14.88	0.00
หลังพัฒนา	78.05	2.91		

*p-value < 0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจ ผู้ดูแลหรือญาติ ก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) โดยหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการ

ก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 41.03, SD = 2.24) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของ ผู้ดูแลหรือญาติ ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ($n=34$)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ก่อนพัฒนา	29.91	3.18	17.6	0.00
หลังพัฒนา	41.03	2.24		

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาล สกลนคร ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแล ชุมชนหวาดกลัว ทำให้ยังมีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยอาการทางจิตแย่งง ก้าวร้าว มีอาการกำเริบ รักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย ผู้ดูแลขาดศักยภาพ ใช้สุราหรือสารเสพติด มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายขาดความรู้ มีทัศนคติลบ หวาดกลัวผู้ป่วยเนื่องจากขาดการจัดการรายการณ์ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมามีการดูแลติดตามเยี่ยมในชุมชนหลังรักษา จากอาการกำเริบ ก้าวร้าวรุนแรง ก่อความเดือดร้อนให้ผู้ดูแลหรือญาติ ชุมชน ซึ่งไม่ครอบคลุม

ผู้ป่วยที่มีในชุมชน หลังการนำการจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายการณ์ในชุมชน ประสานเชื่อมโยงระหว่างทีมดูแลในโรงพยาบาลและชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ ประเมินผู้ป่วย กำหนดแนวทางกำหนดบทบาทของชุมชนในการดูแล หลังปฏิบัติสะท้อนข้อมูลและปรับปรุงแก้ไข สอดคล้องกับงานวิจัยผลการจัดการรายการณ์ แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท³ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ภายหลังการสนทนากลุ่ม มีการจัดการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนที่ดีกว่าเดิม การสังเกตอาการเตือน มีการประสานงานในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยระบบการ

เผื่อระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี¹⁷

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการที่พยาบาลดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เริ่มตั้งแต่การประเมิน กำหนดปัญหา วินิจฉัยการพยาบาลวางแผนการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขการสร้างความร่วมมือ กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12$, $p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, $SD = 3.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21$, $p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัย ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง⁷

ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ก่อนการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อาการหลักสำคัญที่เสี่ยงก่อความรุนแรง คือ อาการทางจิตที่ชัดเจน มีหูแว่วเห็นภาพหลอน พูดคนเดียว เอะอะโวยวาย มีอาการหลงผิดหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย หูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายคนอื่น ไม่ยอมรับว่าป่วย ปฏิเสธการรักษา ไม่กินยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้ มีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน หวาดกลัวจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายหรือไม่มีผู้ดูแล ทำให้ขาดการรักษา หรือรักษาไม่

ต่อเนื่อง หลังการทำให้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้ผู้ป่วย เข้าใจโรคที่เป็นและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิพัฒน์(2559)³ และ นุชนิ เอี่ยมสะอาด (2563)⁷ การติดตามเยี่ยมบ้าน ต่อเนื่อง 3 เดือน และให้การดูแลตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการและการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและกินยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบที่ต้องส่งต่อรักษา อยู่ในสังคมชุมชนอย่างสงบสุข ประกอบอาชีพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ (สุภัญญา ละอองศรี ,2560)¹⁶ และผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล¹⁹

ในประเด็น รูปแบบการติดตามเยี่ยมในชุมชน ประสบปัญหาจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีการเยี่ยมไม่สม่ำเสมอ มีการปรับเป็นการเยี่ยมทางโทรศัพท์แทน ได้รับข้อมูลอาการจากผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ดูแลได้ ซึ่งในการเยี่ยมอาจต้องปรับรูปแบบการเยี่ยมให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ส่วนการติดตามด้านการใช้ บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญทำให้ อาการทางจิตแย่ลง อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากการวิจัยนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงบางส่วนยังใช้สุรา สารเสพติด เป็นแบบใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ไม่ทุกวันอยู่ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่ระบาดของยาเสพติด หาซื้อง่าย ราคาถูก จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งและเห็น



ความสำคัญ ในการป้องกัน แก้ไข ปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชน และประสานการทำงานกับทีมปกครอง ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ควบคุม กำกับ เพื่อให้มีการลดการใช้สุรา ยาเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ปรับใช้ในพื้นที่อื่น
2. สามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้สามารถควบคุมเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้เกิดความคุ้มค่า

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมสุขภาพจิต. (2561) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส.
- 2.กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร, คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. (2555) ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(2): 63-73
- 3.กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิพัฒน์. (2556) ผลการจัดการรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์ 2559; 31(2): 111-9
- 4.กิตติยา อุ่นเจริญ. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเสตติงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.สารนิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 5.ชลลดา จารุศิริชัยกุล. https://wiki.ocsc.go.th/_media/ชาลลดา_จารุศิริชัยกุล 20 ก.พ.2563
- 6.ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564, จาก http://www.dmhweb.go.th/sranrom/community_psy/hhc2.htm
- 7.นุชนิ เอี่ยมสะอาด, ปัทมวิภา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. (2563) ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ 2563;14(1): 10-22.
- 8.บุญวาทิ เพชรรัตน์. (2547) ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3) : 141-149.
- 9.พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุงเชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- 10.มงคล ศิริเทพทวี. (2558). คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. สืบค้น เมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <http://www.nhso.go.th>
- 11.มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548) จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- 12.วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรกร, วิรพล อุณหรัศมิ์. (2561) ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(2): 5-18.
- 13.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546).การนำหลักการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิต ในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,17(1), 13-23.
- 14.สมภาพ เรืองตระกูล. (2542) ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.

- 15.สำนักยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต. (2560). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <http://www.dmh.go.th>
- 16.สุกัญญา ละอองศรี, บัณฑิต ศรีชัยกุล, นพดล พิมพ์จันทร์. (2560).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
- 17.สุจิตรา ลักษณะ. (2563). ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จั ง ห วั ดปัตตานี : วรสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน
- 18.หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. (2564) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลบศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.
- 19.อรรณพ ช้องต่อ. (2550) ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแล, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 30.อรสา วัฒนศิริ , เสาวภา ศรี ภูสิตโต. (2556) การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขา แ ล ะ เครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1): 68-83.
- 31.อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย. (2544) ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท.กรณีศึกษา : โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย : 9(3): 128-139.
- 32.Case Management Society of America. (2010). Standards of Practice for Case management. Retrieved March 15, 2015, form <http://www.cmsa.org /sop>
- 33.Fozel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse ,and violence crime. Jama,301(19), 2016-2023.**Systematic Review and Meta-Analysis.** PLoS Medicine 2009; 6(8): e1000120.doi:10.1371/journal. pmed.1000120

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุแกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์

The development of a model for enhancing understanding of village health volunteers to practice following on safety organization standards endemic approach to COVID-19 in Ban Wan Sub-district Health Promoting Hospital, Bukraeng Subdistrict, Chom Phra District, Surin Province.

(Received: March 13,2023 ; Revised: March 22,2023 ; Accepted: March 25,2023)

ฉนะชิมิ์ ลับโกษาพิพัฒน์¹

Chanachim Labgopipat

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุแกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ทั้งหมด 67 คน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เป็นรูปแบบการอบรมให้ความรู้ มีเนื้อหาในการเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การจัดการโรค COVID-19 ในชุมชน การส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน และทักษะที่จำเป็นในการการส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน 2) ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลักการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.23 S.D. 0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการ COVID 19 ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.05 S.D. 0.63) ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.23 S.D. 0.64) ด้านการปฏิบัติตามแนวทาง Social Distancing มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.50 S.D. 0.58 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า)

คำสำคัญ: โควิด 19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์

Abstract

This research was action research aimed to develop a model to enhance the understanding of implementing safety organization measures to control the spread of COVID-19 and make it an endemic disease among village health volunteers in Ban Wan Subdistrict, Chom Phra District, Surin Province. The study involved a sample of 67 village health volunteers and 6 personnel from Ban Wan Sub-district Health Promoting Hospital, Chom Phra District, Surin Province. The data were collected using questionnaires and interview forms. Content analysis, frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the data. A dependent t-test statistic was used to determine the significance level, which was set at 0.5.

The results of the research revealed that 1) A model for enhancing the understanding of safe organization measures to control the spread of COVID-19 and make it an endemic disease was developed for village health volunteers in Ban Wan Sub-district, Chom Phra District, Surin Province. This model included training and education on managing COVID-19 in the community, promoting and preventing COVID-19 in the community, and necessary skills for promoting and preventing COVID-19. 2) The knowledge and understanding of COVID-19 disease prevention and control practices of village health volunteers were assessed, and the results indicated that the sample group had a high level of knowledge and understanding of the prevention and control of COVID-19 disease after the implementation of the model. The average score was 4.23 with a standard deviation of 0.64. When considering each aspect, the management of COVID-19 in the community had an average score of 4.05 with a standard deviation of 0.63, and the promotion and prevention of COVID-19 in the community had the highest average score of 4.23 with a standard deviation of 0.64. Social distancing practices were at the highest average level with an average score of 4.50 and a standard deviation of 0.58. The study also found a statistically significant difference between the knowledge and understanding of COVID-19 disease prevention and control practices of village health volunteers before and after the operation. Overall, and in each aspect, there was a significant difference at the .05 level with a p-value of equal to .000 for all values.

Keywords: COVID-19, village health volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการระบาดในวงกว้างในสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ pandemic หลังจากเชื้อลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย

หรืออาจเสียชีวิต การแพร่ระบาดของโรค ไวรัสที่ทำให้เกิดโรค COVID -19 จะแพร่กระจายผ่านฝอยละอองเป็นหลัก ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อไอ จาม หรือหายใจออก ฝอยละอองเหล่านี้มีน้ำหนักมากเกินกว่าจะลอยอยู่ในอากาศ และจะตกลงบนพื้นหรือพื้นผิวอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยสามารถติดเชื้อได้จากการหายใจเอาไวรัสเข้าสู่ร่างกายเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด-19 หรือโดยการสัมผัสพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัสแล้วสัมผัสตา จมูก หรือปากของตนเอง จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค

COVID-19 ซึ่งมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคงตลอดจนการดำรงชีวิตของประชาชนชาวไทยและชาวต่างชาติ มาตรการตามกลยุทธ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดหน่วยงานเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งที่เป็นและไม่ใช่หน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุข อาจได้รับการร้องขอจากหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักให้ร่วมปฏิบัติการ หรือช่วยสนับสนุนภารกิจบางส่วนตามมาตรการสำคัญที่กำหนดไว้ตามความเหมาะสมซึ่งประกอบด้วย การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน การสื่อสารความเสี่ยง การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และการประสานงานและจัดการข้อมูล^{1,2}

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งบทบาทสำคัญของ อสม. ในช่วงที่มีการแพร่ระบาด คือการเก็บประวัติสุขภาพและติดตามด้านสุขภาพ ถือเป็นผู้มีส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐาน และมีส่วนในการณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ โดย อสม. ที่ปฏิบัติงาน จะต้องมีความรู้และเข้าใจ COVID-19 โดยเฉพาะการรู้จักวิธีการป้องกันโรค ด้วยการกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย ออกกำลังกาย รู้กลไกการดูแลเฝ้า

ระวังเพื่อป้องกัน COVID-19 ในพื้นที่ ประสานเตรียมความพร้อมของชุมชนร่วมกับผู้นำแกนนำ เครือข่าย และเจ้าหน้าที่ รู้จักการสำรวจสุขภาพของตนเอง เนื่องจากหน้าที่หนึ่งของอสม. คือการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ของตนเอง ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องสำคัญ หากมีอาการเจ็บป่วยควรตรวจหาที่ทันที และที่สำคัญควรเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้มีความพร้อมสม่ำเสมอ^{3,4}

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายและแนวทางเตรียมความพร้อมมาตรการ 4 ด้าน คือ ด้านสาธารณสุข ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมายและสังคม และด้านการสื่อสาร เพื่อปรับเปลี่ยนผ่าน “โควิด” สู่ “โรคประจำถิ่น” อย่างปลอดภัย ภายใต้แนวคิด Health for Wealth โดยมุ่งเน้นทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับ COVID-19 ได้ (Living with COVID) โดยสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อสร้างความร่วมมือของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา การสื่อสารทำความเข้าใจต้องอาศัยการทำงานเชิงรุกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ แต่จากการทบทวนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครที่ผ่านมา ยังพบว่า อสม. ยังปฏิบัติตามมาตรการองค์กร ผลักดันโควิดสู่โรคประจำถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการสื่อสาร ที่ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และความร่วมมือของประชาชนในการรับมือและปรับตัว เพื่ออยู่ร่วมกับโควิด ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ยังขาดความรู้ความเข้าใจในมาตรการดังกล่าว จึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมความรู้ศักยภาพและบทบาทหน้าที่ของ อสม. สร้างความรู้ ความเข้าใจให้มีความสามารถปฏิบัติตามมาตรการองค์กรปลอดภัย ผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น และให้มีความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเดินทางเข้าสู่โรคประจำถิ่น เพื่อสอนและแนะนำให้ประชาชนปฏิบัติตัวและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบหลัก จึงได้พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

ตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่วิถีชีวิตประจำวันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อทราบถึงความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่วิถีชีวิตประจำวันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุแกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่วิถีชีวิตประจำวัน โดยทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงาน การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) กระบวนการวิจัยประกอบไปด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผล (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ศึกษาเดือน ตุลาคม 2565 – มกราคม 2566 รวมทั้งสิ้น 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุ

แกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 67 คน และ 2) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ทั้งหมด 67 คน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วิจัยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมกราคม 2566 รวมระยะเวลา 4 เดือน ขั้นตอนดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการศึกษาสภาพปัญหาในการปฏิบัติงาน ณ สถานการณ์ปัจจุบัน ในบริบทพื้นที่ดำเนินการของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนเริ่มดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ปัญหา หรือดำเนินการพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่วิถีชีวิตประจำวันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุแกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหา วางแผนปรับปรุงแก้ไข ปัญหา และพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่วิถีชีวิตประจำวันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุแกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) โดยผู้วิจัยดำเนินการต่อเนื่องจากระยะวางแผน ระยะนี้เป็น การนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ก่อนการนำไปใช้ ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน

COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 67 คน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)
ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการ
ปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน
COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอ
จอมพระ จังหวัดสุรินทร์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ
(Reflection) เป็นการติดตามและประเมินผลการใช้
รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงาน
ตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่
โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นรูปแบบการ
เสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการ
องค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขต
รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
ว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ
กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ รวม 2
ชุด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์สภาพปัญหาการ
ปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน
COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ลักษณะข้อคำถามเป็น
คำถามปลายเปิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi – structure
open – ended questions for interviewing)
จำนวน 10 ข้อ

2) แบบสอบถามความเข้าใจในการ
ปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน

COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครประจำ
หมู่บ้าน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้าใจใน
การปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน
COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครประจำ
หมู่บ้าน เพื่อวัดความเข้าใจในการปฏิบัติงานตาม
มาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรค
ประจำถิ่น ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน
แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5
ระดับ⁷ ได้ระยะห่างระหว่างช่วงขั้นเท่ากับ 0.8 โดย
การแบ่งระดับ ค่าเฉลี่ยคะแนน และการแปลผล มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผลระดับความเข้าใจ
4.21 – 5.00	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจในระดับมาก
2.61 – 3.40	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจในระดับน้อย
1.00 - 1.80	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ โดยการ
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)
โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content
validity index: CVI) (รัตนะ บัวสนธิ์, 2556) ได้ค่า
ตั้งแต่ 0.8 – 1 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)
ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัย
นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลอง
ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล
บ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีบริบท
ใกล้เคียงกันและมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

ที่จะทำการศึกษา จำนวน 10 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่ามากกว่า 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่วิเคราะห์ปัจจัยของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังใช้รูปแบบรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่วิเคราะห์ปัจจัย โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่วิเคราะห์ปัจจัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ตามวิถีชีวิตใหม่ (NEW

NORMAL) มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การเตรียมอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรค การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรค การณรงค์ขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้านของกลุ่มเสี่ยง

1.2 สภาพปัญหา พบว่า จากสถานการณ์โควิดที่เริ่มลดความรุนแรงและการระบาดลง ทำให้การปรับเปลี่ยนให้เป็นพฤติกรรมในการป้องกันที่เคยปฏิบัติช่วงที่มีการระบาด ประชาชนเริ่มกลับมาใช้ชีวิตประจำวันแบบปกติได้ ประชาชนละเลยการสวมหน้ากากอนามัยเวลาออกไปในที่ชุมชน ลดการคัดกรองคนเวลาเข้าไปสถานที่ กิจกรรม งานต่างๆ ทำให้การเว้นระยะห่างลง การตรวจโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการกักตัวเพื่อรักษา ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชน ไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา

2. รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่วิเคราะห์ปัจจัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่วิเคราะห์ปัจจัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ นำมากำหนดเนื้อหา และทบทวนเนื้อหา ทำให้ได้โครงสร้างในการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลิตภัณฑ์ COVID-19 สู่วิเคราะห์ปัจจัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เป็นรูปแบบการอบรมให้ความรู้ มีเนื้อหาในการเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การจัดการโรค COVID-19 ในชุมชน การส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน และทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน โดยมีรูปแบบ/วิธีการ/สื่อ ประกอบด้วย 1) การบรรยาย

ประกอบ power point ชักถามแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ สาธิต ฝึกปฏิบัติ และ 2) กิจกรรมฐาน
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมสมอง และการฝึก
ปฏิบัติ

3. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง
ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กร
ปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่วิถีประจำถิ่น ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวาน อำเภอ
จอมพระ จังหวัดสุรินทร์

3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบ
แบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.07
อายุเฉลี่ย 53.00 ปี สถานภาพ สมรส ร้อยละ 88.06
ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 97.01 มี
อาชีพอื่นนอกจาก อสม. ร้อยละ 61.19 เคยได้รับการ
อบรมความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ร้อยละ 76.12 มี
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน ร้อยละ
4.48 ไม่มีประสบการณ์การปฏิบัติตามมาตรฐาน
องค์กรปลอดภัย ร้อยละ 95.52

3.2 ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน
การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการ
ดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการ
ปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการ
ดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.93
S.D. 0.85) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการ

จัดการ COVID 19 ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก
(เฉลี่ย 3.79 S.D. 0.70) ด้านการส่งเสริมและป้องกัน
โรค COVID-19 ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก
(เฉลี่ย 3.96 S.D. 0.87) ด้านการปฏิบัติตามแนวทาง
Social Distancing มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย
4.16 S.D. 0.70)

3.2 ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน
การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลักการ
ดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการ
ปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการ
ดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย
4.23 S.D. 0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้าน
การจัดการ COVID 19 ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ
มาก (เฉลี่ย 4.05 S.D. 0.63) ด้านการส่งเสริมและ
ป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน
ระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.23 S.D. 0.64) ด้านการปฏิบัติ
ตามแนวทาง Social Distancing มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ
มากที่สุด (เฉลี่ย 4.50 S.D. 0.58)

3.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจ
ในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-
19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อน
และหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า)

ตาราง 4.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน (dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การจัดการ COVID 19 ในชุมชน	3.79	0.56	4.05	0.52	66	5.513	.000	0.16851	0.35985
การส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน	3.96	0.56	4.23	0.47	66	6.648	.000	0.19215	0.35711
การปฏิบัติตามแนวทาง Social Distancing	4.16	0.60	4.48	0.49	66	5.461	.000	0.20264	0.43617
รวม	3.95	0.45	4.22	0.39	66	7.081	.000	0.19794	0.3534

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน ตำบลบุแกรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น โดยทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงาน การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)⁸ กระบวนการวิจัยประกอบไปด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผล (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) จากผลการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาจากสถานการณ์โควิดที่เริ่มลดความรุนแรงและการระบาดลง ทำให้การปรับเปลี่ยนให้เป็นพฤติกรรมการป้องกันที่เคยปฏิบัติช่วงที่มีการระบาด ประชาชนเริ่มกลับมาใช้ชีวิตประจำวันแบบปกติได้ ประชาชนละเลยการสวมหน้ากากอนามัยเวลาที่ออกไปในที่ชุมชน ลดการคัดกรองคนเวลาเข้าไปสถานที่ กิจกรรม งานต่างๆ ทำให้การเว้นระยะห่าง การตรวจโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและเวลาในการกักตัวเพื่อรักษา ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชน ไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดการประชุมการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้⁹ โดยทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1คน นักวิชาการสาธารณสุข 1คน พยาบาลวิชาชีพ1คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน

14 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา การปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อผู้เข้าร่วมประชุม ผู้เข้าร่วมพัฒนาตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูล แสดงข้อคิดเห็นต่อประเด็นปัญหา หลังจากนั้นร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และวางแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันพัฒนายกร่างรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ทำให้ได้รูปแบบในการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เป็นรูปแบบการอบรมให้ความรู้ มีเนื้อหาในการเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การจัดการโรค COVID-19 ในชุมชน การส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน และทักษะที่จำเป็นในการการส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน โดยมีรูปแบบ/วิธีการ/สื่อ ประกอบด้วย 1) การบรรยาย ประกอบ power point ชักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิต ฝึกปฏิบัติ และ 2) กิจกรรมฐาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมสมอง และการฝึกปฏิบัติ จากนั้นได้นำการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID-19 สู่โรคประจำถิ่น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านว่าน อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 67 คน ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยให้ตอบแบบสอบถามความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน

COVID-19 สู่วิถีประจำถิ่น ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ซึ่งพบว่า

ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.93 S.D. 0.85) เนื่องจากสภาพปัญหาจากสถานการณ์โควิดที่เริ่มลดความรุนแรงและการระบดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ (2563)¹⁰ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ และมีพฤติกรรม การป้องกันโรค ในระดับมาก แต่พบว่าในรายชื่อที่มีค่าคะแนนน้อย ซึ่งพบว่าหลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.23 S.D. 0.64) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p - value เท่ากับ .000 ทุกค่า) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ของ ประเสริฐ ไหลหาโคตร (2559)¹¹ พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล รวม 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน 2) สร้างเครือข่าย 3)อบรมภาคีเครือข่าย 4) จัดทำโครงสร้างการทำงานของทีมเฝ้าระวังโรคที่ 5)รณรงค์ทำความสะอาดและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 6) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 7) เครือข่ายทีมระดับตำบล การสำรวจประเมินความชุกถูกน้ำยุงลาย 8) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับ

ชุมชนและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในหมู่บ้านก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี เต็มอุดม และคณะ (2564)¹² ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม จากการศึกษาทำให้ได้รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย การมีปฏิญาณหมู่บ้าน “สัญญาใจสวมใส่หน้ากาก” “นกกาเหว่าเฝ้าลูก” การแยกและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในหมู่บ้าน “บอกเล่าข่าวจริง” สื่อสารและให้ความรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ “บอกข่าวเล่าลูก” สื่อสารเพื่อป้องกันไม่ให้ลูกหลานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเดินทางกลับหมู่บ้าน และ 3) หลังจากรูปแบบไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ จำเป็นต้องมีการสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการทำความเข้าใจในการดำเนินงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชักชวนให้สามารถปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมีขั้นตอนประกอบไปด้วย

1. การจัดการโรค COVID-19 ในชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความตระหนัก และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการในชุมชน

2. การส่งเสริมและป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน เป็นการกำหนดแนวทางในดำเนินงานตามรูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน COVID 19 สู่วิถี

ประจำถิ่น และทำให้เกิดการประสานงานและ
ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานองค์กร
ปลอดภัยผลักดัน COVID 19 สู่วิถีประจำถิ่น

3. ทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมและ
ป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้มี
ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมและ
ป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้าใจใน
การปฏิบัติงานตามมาตรการองค์กรปลอดภัยผลักดัน
COVID-19 สู่วิถีประจำถิ่น ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุก
ภาคส่วนเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุมโรค
COVID-19 ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).(2563). [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php สืบค้นเมื่อ 3 มิ.ย 63
3. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2563). คู่มือแนะนำสำหรับ อสม. ในการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตอาการโควิด- 19 [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/> คู่มือแนะนำสำหรับ-อสม-ในการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตอาการโควิด-19 สืบค้นเมื่อ 3 มิ.ย 65
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)
6. กลุ่มภารกิจด้านข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ สำนักสารนิเทศ. “อนุทิน” เผย แนวทางเตรียมความพร้อม 4 ด้านปรับ “โควิด” สู่วิถีประจำถิ่นภายใต้แนวคิด Health for Wealth [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/174640/&fbclid=IwAR1fNV-Ch4CTnh5UbX6hTj7j7q7Y8vjD5iofw4RMDjnYLNanMuZCALzaAo> สืบค้นเมื่อ 3 มิ.ย 65
7. Best, John W. (1981). Research in Education. 4 rd ed. Englewood.Cliff, N.J. :Prentice Hall.
8. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong: Deakin University.
9. อภิญา หนูมี.(2560). กระบวนการจัดประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2560)
10. ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ ทักษิภา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 21(2) พฤษภาคม - สิงหาคม 2563
11. ประเสริฐ ไหลหาโคตร. (2559). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลป่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 13 (3) (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2559
12. รัชนี เต็มอุดม ศิริลักษณ์ ใจช่วง กนกพร ไทสุวรรณ์ พเยาวดี แอปโสง บารเมษฐ์ภิ ราชล้ำ (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบล โนนทองอินทร์ อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี

Factors related to people's participation in the prevention and control of dengue
hemorrhagic fever in the area of Non Thong In Sub-district, Kook Kaeo District, Udon
Thani Province.

(Received: March 13,2023 ; Revised: March 13,2023 ; Accepted: March 26,2023)

ธนาวิทย์ ทำนาเมือง¹

Thanawit Thumnamueang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของประชาชนในการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อทราบแนวทางในการวางแผนการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic Random Sampling และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์จากตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านพ่อบ้าน หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี จำนวน 129 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ Pearson Chi – Square และสถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient โดยตีความตามเนื้อหาสาระและการจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้ต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนมีความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.11 (S.D. = 1.97) ระดับพฤติกรรมต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.44) และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการประเมินผล และด้านการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 (S.D. = 0.75), 3.61 (S.D. = 0.50), 3.16 (S.D. = 0.83) และ 3.58 (S.D. = 0.56) ตามลำดับ และด้านความสัมพันธ์พบว่าระดับพฤติกรรมมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับปานกลาง ($r=0.534$) และระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับต่ำ ($r=0.147$)

คำสำคัญ: การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

The purpose of this research was to study Level of public participation in dengue prevention and control Nonthongin Subdistrict, Kukaeko District, Udon Thani Province and factors related to public participation, including problems, obstacles, and suggestions of the public in participation in the prevention and control of dengue fever. To know the guidelines for dengue control plans in the area By systematic random sampling and collecting data by interview form from a sample of housewives, butlers. or other family members living in Nonthongin Subdistrict, KuKaeo District, Udon Thani Province, totaling 129 people. Data were analyzed using mean statistics. standard deviation,

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี

number, percentage, Pearson Chi – Square and Pearson Product Moment Correlation Coefficient statistics, interpreted according to content and classification.

The results showed that the level of knowledge on the prevention and control of dengue fever. It was found that people had a high level of overall knowledge with an average score of 13.11 (S.D. = 1.97). It was found that the people's overall behavior was high with an average score of 3.69 (S.D. = 0.44) and the level of people's participation in the prevention and control of dengue fever. Nonthongin Subdistrict, KuKaeo District, Udon Thani Province The overall level is moderate. with an average of 3.62 (S.D. = 0.53). When considering the process of participation, it was found that people participated in planning decisions. Operation Assessment and receiving benefits at a moderate level with mean values of 3.14 (S.D. = 0.75), 3.61 (S.D. = 0.50), 3.16 (S.D. = 0.83) and 3.58 (S.D. = 0.56), respectively. people in the prevention and control of dengue fever The level of knowledge was associated with participation in the prevention and control of dengue fever at the moderate level ($r=0.534$) and the level of knowledge was associated with participation in the prevention and control of dengue fever at the low level ($r=0.147$).

Keywords: dengue prevention and control

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ที่ได้รับการเอาใจใส่และให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา แต่ก็ยังพบมีการระบาดของโรคเป็นประจำทุกปี โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อไวรัสชนิดหนึ่งที่มียุงลาย (*Aedes Species*) เป็นพาหะนำโรค โดยมีแหล่งเพาะพันธุ์ในภาชนะเก็บกักน้ำต่างๆ ทั้งที่มนุษย์สร้างขึ้นและเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โรคไข้เลือดออกในปัจจุบันทำให้เด็กที่ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอาการรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างสนับสนุน เช่น สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ทำให้มีความเหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเฉพาะในช่วงฤดูหนาวที่สั้นลง จะทำให้ลูกน้ำยุงลายมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันทำให้ผู้ปกครองมีเวลาดูแลเด็กน้อยลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การหากินของยุงลายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการทำให้ไข้เลือดออกกลับมามีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่^{1,2}

โรคไข้เลือดออกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ มีการระบาดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกปี จาก

รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกปี 2565 รายงานตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565 พบว่าประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกจำนวน 86,578 ราย (อัตราป่วย 131.06 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต จำนวน 113 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 0.13) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตสุขภาพที่ 8 (7 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน) พบผู้ป่วยไข้เลือดออกจำนวน 2,232 ราย (อัตราป่วย 40.28 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต จำนวน 3 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.13) จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยเป็นลำดับที่ 5 ของเขตฯ พบผู้ป่วย 421 ราย (อัตราป่วย 26.63 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 1 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 0.24) จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) พบรายงานผู้ป่วยจำนวน 1,280,63, 378, 176, และ 243 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 82.68, 4.02, 24.07, 11.19 และ 15.37 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ พบผู้เสียชีวิตในปี 2556 เพียงปีเดียว (จำนวน 1 ราย) ปี 2565 จังหวัดอุดรธานี มีความชุกของโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดที่อำเภอนาเยีย มีผู้ป่วย 40 ราย (อัตราป่วย 149.3 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาได้แก่อำเภอเมือง บ้านดุง และศรี

ธาตุ มีผู้ป่วย 179, 49 และ 4 รายตามลำดับ (อัตราป่วย 42.3, 39.0 และ 8.3 ต่อประชากรแสนคน) ในระหว่างปี 2561 - 2565 อำเภอแก้ว จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 50 ราย, 65 ราย, 48 ราย, 36 ราย และ 24 ราย (อัตราป่วย 269.07, 101.36, 59.93, 59.21 และ 58.53 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ และยังไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก ในปี 2565 ตำบลที่มีความชุกของโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดที่ตำบลโนนทองอินทร์พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 10 ราย (อัตราป่วย 208.3 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือตำบลบ้านจืด ตำบลคอนสาย และตำบลค้อใหญ่พบผู้ป่วย 6, 6 และ 2 รายตามลำดับ (อัตราป่วย 114.1, 78.2 และ 52.7 ต่อประชากรแสนคน) และจากการเฝ้าระวังควบคุมดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทองอินทร์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าเมื่อมีเขตในพื้นที่ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอแก้ว จังหวัดอุดรธานี 3 เดือนย้อนหลัง (เดือนกันยายน 65 – พฤศจิกายน 65) พบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีลูกน้ำยุงลายค่า HI >10 จำนวน 5, 6 และ 7 คิดเป็นร้อยละ 62.5 , 75.0 , และ 75.0 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้นผิดปกติ³

จะเห็นได้ว่าโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอแก้ว จังหวัดอุดรธานี ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในหมู่บ้านในด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและแพร่ขยายพันธุ์ของยุงลาย พฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน รวมถึงความเป็นอยู่ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทางสังคม ทำให้เป็นปัจจัยเอื้อต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้มากขึ้น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมักจะไม่เกิดผลอย่างเต็มที่หากการดำเนินงานเป็นภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ฝ่ายเดียว

ดังนั้นหากต้องการที่จะควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลจะต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนเป็นฐาน และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดรูปแบบวิธีการในการแก้ปัญหา วางแผนดำเนินการเอง การหาคำตอบจากชุมชน ใช้ความคิดของคนในชุมชน ใช้แนวทางและทรัพยากรของชุมชนเป็นหัวใจของการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอแก้ว จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไรเนื่องตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอแก้ว จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยมากถึง 10 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 208.3 ต่อแสนประชากร โดยได้นำแนวคิดได้นำทฤษฎีของอัจเจนและฟิสเบน⁴ กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากรและสังคมหรือลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว ดังนั้นบุคคลที่มีลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ที่แตกต่างกันย่อมผลต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันได้ เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปวางแผนหาแนวทางส่งเสริม ปรับปรุงและดำเนินการแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านและหมู่บ้านอื่นๆ ในตำบลโนนทองอินทร์และพื้นที่ใกล้เคียงให้มีประสิทธิภาพและสามารถป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอแก้ว จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

ประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอ
กุแก้ว จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และ
ข้อเสนอแนะในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอ
กุแก้ว จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ
(Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามในการ
เก็บข้อมูลซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนน
ทองอินทร์ อำเภอกุแก้ว จังหวัดอุดรธานีและปัญหา
อุปสรรคข้อเสนอแนะ เพื่อทราบแนวทางในการ
วางแผนการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทองอินทร์
ต.โนนทองอินทร์ อ.กุแก้ว จ.อุดรธานี

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ
ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลโนนทอง
อินทร์ อำเภอกุแก้ว จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลา
ดำเนินการศึกษาวิจัย ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์
พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน
904 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างได้จาก
การคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างที่
ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบ
ขนาดประชากร⁵ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}$$

เมื่อกำหนด

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร เท่ากับ 904

ครัวเรือน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ ที่ระดับ

ความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้
จำนวน 129 คน การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้
ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อ
การวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมี
โครงสร้าง แบบสัมภาษณ์ ได้มีการแบ่งเนื้อหา
ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วน
บุคคล เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้
เติมข้อความ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถาม
เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานภาพผู้ตอบแบบ
สัมภาษณ์ เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาททางสังคม ครอบครัวที่มี
อายุต่ำกว่า 14 ปีหรือไม่ ประวัติการเจ็บป่วยที่เคยมี
ผู้ป่วยไข้เลือดออกในครอบครัวและระยะเวลาที่อาศัย
อยู่

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ให้หัวหน้า
ครอบครัวหรือตัวแทนสมาชิกครอบครัว จำนวน
15 ข้อ โดยมี 2 ตัวเลือกให้เลือกตอบ โดยการวัด
เป็น ถูก กับ ผิด ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรค
ไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับเป็น
แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมต่อการ
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนใน
ชุมชน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตรา
ส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มีคำตอบให้
เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับเป็น
แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ
5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

ส่วนที่ 5 เป็นคำถาม เกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค
และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตัว

ของประชาชนในการป้องกันการป้องกันควบคุม
ใช้เลือดออก ลักษณะคำถามให้เลือกตอบและคำถาม
ปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จาก
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การตรวจสอบความเที่ยงของ
เครื่องมือ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการ
ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง แล้วนำไปทดลองใช้
กับพื้นที่ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน
ใกล้เคียงและมีพื้นที่ติดต่อกันตำบลบ้านจืด จำนวน
30 ชุด เพื่อวัดค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของ
แบบสอบถาม ของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร
KR-20 (อ้างในนิรุวรรณ เทรินโบลและคณะ,
2556) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 และส่วนข้อ
คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรค
ใช้เลือดออกและข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
ในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกการโดยใช้
สูตรการหาวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช
(Coefficient - α) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความ
เชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และ 0.84 ตามลำดับ ค่าความ
เที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่า มีความ
เที่ยงที่เชื่อถือได้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ
(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน
(Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และ ค่าสูงสุด
(Maximum) เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูลและ
เพื่อทราบลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ด้วยสถิติ
การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test : χ^2)
สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน Pearson Product
Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของประชาชนตัวอย่าง ได้แก่
ลักษณะทางประชากรและสังคม ความรู้ และ
พฤติกรรม

1.1 ลักษณะทางประชากรและสังคม พบว่า
ส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นแม่บ้านร้อยละ
67.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.0 เพศชายร้อยละ
24.0 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 31-45 ปี ร้อย
ละ 37.2 และช่วงอายุ 46-60 ร้อยละ 35.7 ส่วน
ใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.0 สำเร็จ
การศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า
ประถมศึกษา ร้อยละ 69.8 มีอาชีพเกษตรกร/ร
ทำนา ร้อยละ 48.1 บทบาททางสังคมมีตำแหน่ง
เป็นผู้ใหญ่บ้าน/ผช.ผญบ./กำนัน/กรรมการ
หมู่บ้าน/สมาชิก อบต./อสม. ร้อยละ 22.5 ส่วน
ใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000 -10,000
บาท ร้อยละ 43.4 มีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีใน
ครอบครัว ร้อยละ 65.9 และมีประวัติเคยมีผู้ป่วย
ใช้เลือดออกในครอบครัวเพียง ร้อยละ 14.0 และ
อาศัยในชุมชนส่วนใหญ่ 5 ปีขึ้นไป

1.2 ระดับความรู้ต่อการป้องกันควบคุมโรค
ใช้เลือดออก พบว่าประชาชนมีความรู้ในภาพรวม
อยู่ในระดับสูง โดย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.11
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.97 เมื่อพิจารณา
รายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุดคือยุงลาย
ชอบออกหากินในเวลากลางวันและโรค
ใช้เลือดออกเป็นโรคติดต่อ ร้อยละ 98.4 และใน
ส่วนที่ประชาชนตอบถูกน้อยที่สุด คือ อาการใด
ต่อไปนี้ที่บ่งบอกถึงภาวะช็อก (ระยะตัวเย็นหรือไข
ลด กระสับกระส่าย) ตอบถูกเพียง 64 คน (ร้อยละ
60.0) และความรู้โรคใช้เลือดออกมักพบมากในคน
วัยเด็ก กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ในข้อนี้มาก คือ
ตอบถูกเพียง 54 คน (ร้อยละ 41.8)

1.3 พฤติกรรมต่อการป้องกันควบคุมโรค
ใช้เลือดออก พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมใน
ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ
3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 เมื่อ
พิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นด้วย

กับการทำลายขยะหรือเศษภาชนะที่ซังน้ำได้ จะสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ ร้อยละ 65.1 และในส่วนที่ประชาชนไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงโดยการขุดล้าง ภาชนะทุกสัปดาห์ทำให้เสียเวลาและยุ่งยาก มาก ร้อยละ 34.9

2. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ใน ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 เมื่อ จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ขั้นตอนการตัดสินใจ

การวางแผน การดำเนินงาน การประเมิน และการ รับผลประโยชน์อยู่ระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการ ป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก พบว่า ความสัมพันธ์ของระดับ ความรู้กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ป้องกันควบคุมไข้เลือดออกมีค่าเท่ากับร้อยละ 14.7 ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมกับการมี ส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุม ไข้เลือดออกมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 53.4 ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกันในระดับปานกลาง ดัง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้และปัจจัยด้านพฤติกรรมกับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนทองอินทร์ในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก

คู่ทดสอบ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
ระดับความรู้กับการมีส่วนร่วม	0.147	ระดับต่ำ
ระดับพฤติกรรมกับการมีส่วนร่วม	0.534	ระดับปานกลาง

ในส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมี ส่วนร่วม ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ บทบาททางสังคม การมี เด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปีในครอบครัว ประสบการณ์ การมีผู้ป่วยในครอบครัว และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ ในชุมชน

4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมี ส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก

4.1 ขั้นตอนการตัดสินใจการวางแผน ปัญหาที่พบ คือ ครอบครัวไม่เคยเข้าร่วมประชุมหา สาเหตุของการระบาดของโรคไข้เลือดออกเพียง ร้อยละ 18.5 และไม่เคยเข้าร่วมประชุมในการ กำหนดแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ร้อยละ 10.9 ด้วยเหตุผล คือคนใน ชุมชนคิดว่าเป็นหน้าที่ของ อสม. ต้องประชุม

กันเอง และไม่มีเวลาเข้าประชุม ข้อเสนอแนะ คือ ให้ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวและให้ ชาวบ้านเข้าร่วมประชุมประชาคมทุกครัวเรือน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัญหาที่พบ ได้แก่ เคยแจ้งข่าวเมื่อมีการเกิดไข้เลือดออก ร้อย ละ 28.7 ไม่เคยปล่อยปลาในลูกน้ำ ร้อยละ 8.6 แต่ที่ปล่อยส่วนมาก ประสบปัญหาปลาในลูกน้ำ ตายเร็ว แนะนำให้มีการเลี้ยงปลาในท้องถิ่นเช่น ปลากระดี่ ปลากัด ที่กินลูกน้ำเพราะไม่ตายง่าย และแจกจ่ายแก่ประชาชน หรือมีการเลี้ยงปลาใน ลูกน้ำในหมู่บ้านแจกจ่ายทุกครัวเรือน การใช้ผ้าปิด โอ่งน้ำดื่ม/น้ำใช้ ปัญหาที่พบ คือ หาซื้อยาก และ ราคาแพง ส่วนข้อเสนอแนะ คือ ให้ทางการแจกผ้า ปิดโอ่งและตาข่ายไนลอน(ตาข่ายเขียว) และหาก ต้องการซื้อในราคาถูก ควรรวมกลุ่มกับเพื่อนบ้าน ซื้อพร้อมกันจำนวนมากๆหรือขอรับจากกองทุน สุขภาพตำบลหรืองบโครงการในพระราชดำริมา

ดำเนินการจัดหาในตามจำนวนที่สำรวจ และปัญหาในการพ่นเคมีหมอกควันกำจัดยุงในบริเวณหมู่บ้าน ปัญหาที่พบ คือ มีเครื่องพ่นจำนวนน้อยและชำรุดง่าย มีพนักงานพ่นจำนวนน้อย ข้อเสนอแนะ คือ ให้มีการประสานท้องถิ่นดำเนินการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการใช้และจัดทำแผนซ่อมบำรุงดูแลเครื่องพ่นอย่างชัดเจน เพิ่มจำนวนพนักงานพ่นให้มากขึ้นหรือฝึกอบรมทีมในระดับหมู่บ้านเนื่องจากชาวบ้านอยากให้พ่นทันทีเมื่อมีการระบาดในหมู่บ้าน

4.3 ขั้นตอนการประเมินผล ปัญหาที่พบ คือ เมื่อตรวจพบลูกน้ำไม่ยากเท่าที่หวังเพราะเสียดายน้ำ และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ทำให้การกำจัดลูกน้ำทำได้ไม่ทั่วบริเวณบ้าน ข้อเสนอแนะ คือ ให้ผู้นำหมู่บ้าน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำพาชาวบ้านกระตุ้นให้ประชาชนสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกหลังคาเรือนโดยการจัดตั้งทีมจิตอาสาในชุมชนและมอบคู่มือชี้แจงรางวัลเนื่องในวันปีใหม่ ครวเรือนที่มีผู้สูงอายุให้ทีมผู้นำร่วมกับกลุ่มชมรมแกนนำจิตอาสาในหมู่บ้านช่วยดำเนินการเข้าไปสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของประชาชนในการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้ต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนมีความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.11 (S.D. = 1.97) ระดับพฤติกรรมต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.69 (S.D. =

0.44) สำหรับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนทองอินทร์ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ ในด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการประเมินผล และด้านการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 (S.D. = 0.75), 3.61 (S.D. = 0.50), 3.16 (S.D. = 0.83) และ 3.58 (S.D. = 0.56) ตามลำดับ และด้านความสัมพันธ์พบว่าระดับพฤติกรรมมีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับปานกลาง ($r=0.534$) และระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับต่ำ ($r=0.147$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญมา ต้นสิงห์ (2557)⁶ ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาบ้านมะเกลือเก่า หมู่ 13 ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการสนับสนุนในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ร้อยละ 98.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง มีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระดับสูง ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นโรคไข้เลือดออก การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ องค์อร ประจันเขตนันท์ (2558)⁷ ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 63.33, 82.50 และ 53.33 ตามลำดับ ปลุกฝังให้นักเรียนรวมทั้งประชาชนมีทัศนคติ เห็นความสำคัญของ

โรคไข้เลือดออกโดยชี้ให้เห็นถึงอันตรายจากโรค ไข้เลือดออก ให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่า การแก้ไข และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดลนภา หงส์ทอง และคณะ (2559)⁸ ความรู้ การรับรู้ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ของ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา พบว่า ในภาพรวมนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ ปวดข้อยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ความรู้ร้อยละ 65.67 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความรู้ น้อยกว่าชั้นปีอื่น ๆ โดยมีความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ มี ค่าเฉลี่ยร้อยละ 58.75 ทั้งนี้ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มี ระดับความรู้มากที่สุด คือ ร้อยละ 69.80 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 68.28 และชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 65.85 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ โดยภาพรวม พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง มี พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายอยู่ใน ระดับปานกลาง

จากการศึกษา ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมของประชาชนการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ขั้นตอนการ ตัดสินใจการวางแผน ปัญหาที่พบ คือ ครอบครัวยัง ไม่เคยเข้าร่วมประชุมหาสาเหตุของการระบาดของ โรคไข้เลือดออกเพียง ร้อยละ 18.5 และไม่เคยเข้า ร่วมประชุมในการกำหนดแผนการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 10.9 ด้วยเหตุผล คือ คนในชุมชนคิดว่าเป็นหน้าที่ของ อสม. ต้องประชุมกันเอง และไม่มีเวลาเข้าประชุม ข้อเสนอแนะ คือ ให้ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจาย ข่าวและให้ชาวบ้านเข้าร่วมประชุมประชาคมทุก ครั้วเรือน ขั้นตอนการดำเนินงาน ปัญหาที่พบได้แก่ เคยแจ้งข่าวเมื่อมีการเกิดไข้เลือดออก ร้อยละ 28.7 ไม่เคยปล่อยปลาในลูกน้ำ ร้อยละ 8.6 แต่ที่ปล่อย ส่วนมาก ประสบปัญหาปลาในลูกน้ำตายเร็ว แนะนำให้มีการเลี้ยงปลาในท้องถิ่นเช่นปลากระดี่ ปลาเก็ด ที่กินลูกน้ำเพราะไม่ตายง่ายและแจกจ่าย แก่ประชาชน หรือมีการเลี้ยงปลาในลูกน้ำใน หมู่บ้านแจกจ่ายทุกครัวเรือน การใช้ฝาปิดโอ่งน้ำ ต้ม/น้ำใช้ ปัญหาที่พบ คือ หาซื้อยาก และราคา

แพง ส่วนข้อเสนอแนะ คือ ให้ทางการแจกฝาปิด โอ่งและตาข่ายในลอน(ตาข่ายเขียว) และหาก ต้องการซื้อในราคาถูก ควรรวมกลุ่มกับเพื่อนบ้าน ซื้อพร้อมกันจำนวนมากๆหรือของบจากกองทุน สุขภาพตำบลหรืองบโครงการในพระราชดำริมา ดำเนินการจัดหาในตามจำนวนที่สำรวจ และ ปัญหาในการพนัคมหมอกคว้นกำจัดขุงในบริเวณ หมู่บ้าน ปัญหาที่พบ คือ มีเครื่องพนัจำนวนน้อย และชำรุดง่าย มีพนักงานพนัจำนวนน้อย ข้อเสนอแนะ คือ ให้มีการประสานท้องถิ่น ดำเนินการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการใช้และจัดทำ แผนซ่อมบำรุงดูแลเครื่องพนัอย่างชัดเจน เพิ่ม จำนวนพนักงานพนัให้มากขึ้นหรือฝึกอบรมทีมใน ระดับหมู่บ้านเนื่องจากชาวบ้านอยากให้พนัทันที เมื่อมีการระบาดในหมู่บ้าน ขั้นตอนการประเมินผล ปัญหาที่พบ คือ เมื่อตรวจพบลูกน้ำไม่ยอมเห็นน้ำ ทั้งเพราะเสียดายน้ำ และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ใน ชุมชนเป็นส่วนใหญ่ทำให้การกำจัดลูกน้ำทำได้ไม่ ทั่วบริเวณบ้าน ข้อเสนอแนะ คือ ให้ผู้นำหมู่บ้าน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำพาชาวบ้านกระตุ้นให้ ประชาชนสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ขุงลายทุกหลังคา เรือนโดยการจัดตั้งทีมจิตอาสาในชุมชนและมอบ คุปองชิงรางวัลเนื่องในวันปีใหม่ ครัวเรือนที่มี ผู้สูงอายุให้ทีมผู้นำร่วมกับกลุ่มชมรมแกนนำจิต อาสาในหมู่บ้านช่วยดำเนินการเข้าไปสำรวจและ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำขุงลาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า แม้ประชาชนจะมี พฤติกรรมอยู่ในระดับสูงแต่เมื่อพิจารณา รายละเอียดพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมที่ไม่ ถูกต้องนักในหลายประเด็นซึ่งอาจส่งผลให้ละเลย การปฏิบัติหรือมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมโดย เน้นการให้ความรู้และปลูกฝังให้มีพฤติกรรมที่ ถูกต้องแก่ประชาชน

2. สร้างเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคให้เข้มแข็ง โดยจัดเวทีประชาคมชาวบ้านแบ่งคุ้มและมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนเพื่อให้เครือข่ายช่วยป้องกันควบคุมโรคให้เป็นรูปธรรม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนต้องให้ประชาชนแจ้งข่าว/ประสานงานโดยเร็ว

3. เมื่อประชาชนในชุมชนต้องการพันธุ์ปลากินลูกน้ำ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ผู้รับผิดชอบงานใช้เลือดออกควรร่วมมือกับชุมชนดำเนินการเพาะพันธุ์ปลากินลูกน้ำที่หาได้ง่ายในพื้นที่และกระจายปลาให้ทั่วถึงอย่างจริงจังเป็นรูปธรรมทุกหลังคาเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบ่อสาธิตเลี้ยงปลากินลูกน้ำเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชนและมีปลาพร้อมที่จะแจกให้แก่ประชาชนเสมอในรูปแบบธนาคารปลากินลูกน้ำโดยการขอรับบริจาคจากคนในชุมชนและมอบใบคูปองสะสมแต้มเพื่อมารับของสมนาคุณในช่วงเทศกาลปีใหม่

4. จากผลการวิจัย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนการตัดสินใจในการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง และจากผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค พบว่า การจัดทำแผนการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของหมู่บ้านมักจะทำกันเฉพาะกลุ่ม อสม./ ผู้นำชุมชน เท่านั้นซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง และคุ้นเคยกับการจัดทำแผนนี้ ถ้าจะให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ควรจะให้ อสม. / ผู้นำชุมชน นำแผนงานที่ได้จัดทำขึ้นแล้วไปนำเสนอในเวทีประชาคมของหมู่บ้าน เพื่อให้รับทราบและยอมรับในปัญหาร่วมกัน พร้อมรับฟังความคิดเห็นจากคนในชุมชนเพิ่มเติม ซึ่งอาจจะได้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากประชาชนอีกซึ่งจะทำให้ได้แผนการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกที่สมบูรณ์และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการทำยกกว้างไปเสนออีกจะช่วยลดระยะเวลาขั้นตอนในการดำเนินงานไปในตัว

5. จากผลการวิจัย พบ ว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนการประเมินผลอยู่ใน

ระดับปานกลาง เมื่อ อสม.สำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายของหมู่บ้านทุกสัปดาห์ควรจะมีการแจ้งให้ประชาชนทราบถึงความชุกของลูกน้ำซึ่งจะบ่งบอกถึงความสำเร็จ / ล้มเหลว การกำจัดลูกน้ำของประชาชน หากว่าค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายสูงก็ควรจะมีการประชุมชาวบ้านเพื่อปรึกษาหารือกันในการปรับปรุงวิธีการกำจัดลูกน้ำและยุงลายของหมู่บ้าน และหากเป็นไปได้ควรจะทำอาสาสมัครสำหรับผู้มีจิตสาธารณะช่วยเหลือนชุมชนโดยเฉพาะเยาวชนที่ว่างงานหรือนักเรียน/หรือชมรมต่างๆในชุมชนร่วมไปถึงนักศึกษาที่มีเวลาว่างในวันหยุดเรียนขอให้ช่วยสำรวจลูกน้ำยุงลายของหมู่บ้านซึ่งจะทำให้แบ่งเบาภาระของอสม.และมีแนวร่วมรับรู้และแก้ปัญหาาร่วมกัน

6. ควรมีการอบรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติให้แก่ ผู้นำชุมชนผู้ใหญ่บ้าน/ผช. ผญบ./กำนัน/อสม./สมาชิก อบต. ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานให้รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติแก่ชุมชนและส่วนรวมเพื่อให้เกิดกำลังใจและประสิทธิภาพการทำงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก เช่น แรงกระตุ้นทางสังคม แรงจูงใจในการมีส่วนร่วม

2. จากการวิจัยครั้งนี้ ได้ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกเป็นจากการสัมภาษณ์เพียงเท่านั้นจึงไม่สามารถที่จะวัดพฤติกรรมจริงของผู้ให้สัมภาษณ์ได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยในเชิงทดลองหรือเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมจริงของประชาชนในการมีส่วนร่วม

3. ควรมีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรจะมีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วม ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มและองค์กรอื่นๆ ที่มีบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล องค์ เทศบาล อบต โรงเรียน และกลุ่มเยาวชน ชมรมองค์กรต่างๆในชุมชนเพื่อค้นหาศักยภาพ และความพร้อมที่จะร่วมดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค.(2559). คู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน. กรุงเทพฯ, 2559.
2. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ.(2558). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน.กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
3. ข้อมูลจากงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูแก้ว, 2565
4. Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The Influence of Attitudes on Behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), The handbook of attitudes (pp. 173–221). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
5. อรุณ จิรวินน์กุล. (2558). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์.
6. บุญมา ต้นสิงห์.(2557). ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาบ้านมะเกลือเก่า หมู่ 13 ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา.
7. องค์กร ประจันเขตน.(2558). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก.
8. ดลนภา หงส์ทอง และคณะ.(2559). ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. พะเยา, 2559.



ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

The effect of SKT meditation therapy on lowering blood pressure in patients receiving services at Fak Tha Hospital, Uttaradit Province

(Received: March 14,2023 ; Revised: March 14,2023 ; Accepted: March 26,2023)

สุภาณี โสตัน¹

Supanee Sothan

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 70 คน กลุ่มทดลอง 35 คน ได้รับการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT1-7 วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ กลุ่มควบคุม 35 คน ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT จำนวน 8 สัปดาห์ สื่อวีดิทัศน์การทำสมาธิบำบัด SKT1-7 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.05$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ระดับมากที่สุด ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและประชาชนทั่วไปสามารถนำสมาธิบำบัดไปประยุกต์ใช้ที่บ้านได้

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง, สมาธิบำบัด SKT, ความดันโลหิต

Abstract

This research was a quasi-experimental study to study the effects of SKT meditation therapy in reducing blood pressure in hypertensive patients attending Fak Tha hospital, Uttaradit. Between July and September 2021, the subjects were 70 hypertension patients and 35 experimental groups were trained in meditation therapy SKT1-7 for 90 minute per day in conjunction with the doctor's treatment plan. A control group of 35 people received treatment according to the doctor's treatment plan. The research tools were questionnaires, the 8-week SKT meditation therapy program, SKT1-7 meditation therapy video media. Data were analyzed by t – test at .05. The result showed that; the perception of health promotion and health behavior towards hypertension of the experimental group increased significantly ($p<.05$). The experimental group was higher than the control group ($p<.05$). The mean systolic and diastolic pressure of the experimental group were significantly lower and lower than the control group ($p<.05$) The experimental group was satisfied with the SKT meditation therapy program at the highest level. The results of this research can be applied to patients with hypertension and the general public can apply meditation therapy at home.

Keyword: hypertension, sitting breathing meditation (SKT1-7), blood pressure

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,130 ล้านคน คาดว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจเพิ่มสูงถึง 1,560 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568¹ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตประมาณ 7.5 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 12.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิต² (Singh, Shankar, & Singh, 2017) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 ประชากรไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ล้านคน³ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 15 ปีขึ้นไป พบในเพศชาย ร้อยละ 25.6 เพศหญิง ร้อยละ 23.9⁴ อัตราป่วยรายใหม่ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 เพิ่มขึ้นจาก 916.89 ราย เป็น 1,353.01 ราย อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2560 - 2561 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิต 8,525 ราย และ 8,590 ราย³ จะเห็นได้ว่า จำนวนและอัตราป่วยด้วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและอาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน ระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย^{4,5} ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา อาทิ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง รับประทานอาหารไขมันสูง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดสะสม ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อแม่หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการเกิดโรคนี้นี้มากขึ้น⁶

สมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาท ซึ่งการทำสมาธิแบบสมถะ หายใจเข้าพุท หายใจออกโอ สามารถช่วยให้คลายเครียดได้ดี ถ้าสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัสและการเคลื่อนไหวด้วยจะทำให้การทำสมาธิส่งผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือดและระบบอื่นๆ ของร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงมีการพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นสามารถทำให้ความดันโลหิตตัวล่างลดลงโดยการฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจได้ภายใน 8 เดือน⁷ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของประภาส จิบสมานบุญ และอุบล สุทธิเนียม⁸ พบว่า การใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันและค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT1-7 เป็นเทคนิคการทำสมาธิที่คิดค้นโดยสมพร กันทร ดุษฎี เตรียมชัยศรี⁹ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ (Coaching) เพื่อลดภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิบำบัด SKT ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลปากท่า จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การรับรู้การเสริม

สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตก่อนและหลังการฝึกสมาธิบำบัด SKT และความพึงพอใจต่อการฝึกสมาธิบำบัด SKT

วิธีการวิจัย

ในการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลระหว่างระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพาทักษะ จำนวน 276 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) (Cohen)¹⁰ ค่า effect size ที่ระดับ 0.8 ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวม 70 คน โดยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ความดันโลหิตอยู่ในระดับ (Stage) เดียวกัน ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตชนิดเดียวกัน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อายุ 35 ปี ขึ้นไป ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระหว่าง 160–179 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ระหว่าง 100–109 มิลลิเมตรปรอท ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้และยินดียินดีหรือสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ “การรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรม การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง”

(1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพประจำ และรายได้ ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน ระดับความดันโลหิต

(2) การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามชนิด

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด การรับรู้ความสามารถในสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ น้อย (1.00–1.66) ปานกลาง (1.67–3.33) มาก (3.34–5.00)

(3) พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ได้แก่ น้อย (1.00–1.66) ปานกลาง (1.67–3.33) มาก (3.34–5.00)

(4) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านกระบวนการ/การให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านผลการให้บริการและด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ลักษณะแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ความพึงพอใจของสมาธิบำบัด SKT แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ น้อย (1.00–1.66) ปานกลาง (1.67–3.33) มาก (3.34–5.00)

2. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT จำนวน 8 สัปดาห์ ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์การทำสมาธิบำบัด SKT1-7 ดังนี้

(1) ท่าที่ 1 (SKT1) นั่งผ่อนคลายประสาทร่างกาย ประสานจิต เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจในท่ายืน หายใจฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า ในท่ายืนให้วางแขนหายใจเข้าหายใจออกฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง ค่อยๆหลับตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถ้าว้าครบ 1 รอบ ทำซ้ำทั้งหมด 30-40 รอบ ลืมตาขึ้นช้าๆ ให้ปฏิบัติวันละ 1 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร 10 นาที

(2) ท่าที่ 2 (SKT2) ยืนผ่อนคลาย ประสาทร่างกาย ประสานจิตยืนตรงในท่าที่สบาย ฝ่ามือทาบที่หน้าอก

โดยวางมือซ้ายทับบนมือขวา หลังตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำ 120-150 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้น ปฏิบัติวันละ 1 รอบ วิธีนี้เป็นการเพิ่มระยะเวลาการทำสมาธิให้นานขึ้นกว่าท่าที่ 1

(3) ท่าที่ 3 (SKT3) นั่งยืดเหยียดผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต นั่งบนพื้นราบในท่าที่สบายเหยียดขา เข่าตึง หลังตรง เท้าชิด คว่ำฝ่ามือบนต้นขา ทั้ง 2 ข้าง หลังตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ เป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 รอบ หายใจเข้าลึกๆช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ โน้มตัวไปข้างหน้า แขนงัดผลักฝ่ามือทั้งสองข้าง ไปด้านหน้าจนปลายมือจรดนิ้วเท้า หยุดหายใจชั่วครู่ หายใจออกช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ ดึงตัวและแขน เอนไปข้างหลังให้ได้มากที่สุด ค้างไว้สักครู่ นับเป็น 1 รอบ ทำซ้ำ 30 รอบ แล้วค่อยๆ ลืมตาขึ้น

(4) ท่าที่ 4 (SKT4) ก้าวอย่างของไทย เหยียดขาประสานกาย ประสานจิตยืนตรงในท่าที่สบาย ลืมตา แขนงัดทั้งสองข้างวางไขว้หลังหรือวางทาบที่หน้าท้อง สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำ 5 รอบ ยืนตัวตรงมองต่ำไปข้างหน้า หายใจเข้าช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ ยกเท้าขวาสูงจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ ก้าวเท้าขวาไปข้างหน้า จรดปลายเท้าแตะพื้นตามด้วยส้นเท้าวางลงบนพื้น นับเป็น 1 รอบ เดินไปข้างหน้า 20 รอบ หยุดเดินรอบที่ 20 วางเท้าซ้ายชิดเท้าขวาในช่วงที่หายใจออก ยืนตรง ตามองพื้น หมุนขวา โดยหายใจเข้า วางปลายเท้าขวาลง หายใจเข้าพร้อมกับยกเท้าซ้ายลอยจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกพร้อมวางเท้าซ้ายชิดเท้าขวา แล้วค่อยๆ หมุนขวา โดยขยับเท้าให้เอียง 60 องศา และ 90 องศา ในท่ายืนตรง ทำซ้ำเดิมโดยเดินไป-กลับ 2 เที้ยว ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันกับโรคเรื้อรังทุกประเภท

(5) ท่าที่ 5 (SKT5) ยืดเหยียดอย่างไทย เหยียดขาประสานกาย เริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบาย เข่าตึง ค่อยๆ

หลังตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ ค่อยๆ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะฝ่ามือประกบกัน แขนงัดแนบใบหู หายใจเข้าออก 1 ครั้ง แล้วค่อยๆ ก้มตัวลง โดยมีศีรษะ ตัวและแขน ก้มลงพร้อมกันช้าๆ นับเป็นจังหวะที่ 2 ค่อยๆ หายใจและก้มตัวลงเป็นจังหวะช้าๆ ไปเรื่อยๆ จนถึงจังหวะที่ 30 ปลายนิ้วกลางจรดพื้นพอดี จากนั้นหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง แล้วค่อยๆ ยกตัวขึ้นศีรษะตั้งตรง นับจังหวะเหมือนตอนก้มลง โดยในจังหวะที่ 30 ให้เข่าตึง แขนงัดกลับมาอยู่ในท่าเดิม

(6) ท่าที่ 6 (SKT6) เทคนิคการฝึกสมาธิการเฝ้ายาวไทยจินตภาพ นอนบนพื้นเรียบ แขนสองข้างวางแนบลำตัว ค่อยๆ หลังตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ เป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 รอบ แล้วให้ท่องในใจว่า “ศีรษะเราเริ่ม ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลายลงไปเรื่อยๆ” พร้อมกับกำหนดความรู้สึกไปที่อวัยวะที่เราจดจ่อ ไล่จากศีรษะ หน้าผาก ขมับ หนังกตา แก้ม คาง ริมฝีปาก คอ ไหล่ ต้นแขน แขน มือ หน้าอก หลัง หนังก้น ต้นขา เข่า น่อง เท้า และตัวเราทั้งตัว โดยเมื่อครบทั้งตัว ให้ท่องว่า “มือเราเริ่มหนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้นไปเรื่อยๆ” ไล่ลงไปถึงเท้า เมื่อทำครบแล้วให้หายใจเข้า กลั้นใจและหายใจออกเหมือนตอนเริ่มต้น 3 รอบ เทคนิคนี้เหมาะสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื่อเอชไอวี อัมพาตและผู้ที่มิปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต

(7) ท่าที่ 7 (SKT7) เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กงยืนตัวตรง แยกเท้าทั้งสองข้างพอประมาณ ค่อยๆ หลังตาลงช้าๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆช้าๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้าๆ เป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ ค่อยๆ ยกมือ แขน ข้อศอกทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว หันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าหากันช้าๆ นับ 1-3 และขยับมือออกช้าๆ นับ 1-3 ทำทั้งหมด 36-40 รอบ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม หายใจเข้าลึกๆ นับ 1-5 ค่อยๆ ยกมือขึ้นเหนือศีรษะคล้ายกับกำลังประคองหรืออุ้มแจกันใบ

ใหญ่ ค่อยๆ ยกมือลงในท่าประคองแขน นับเป็น 1 รอบ ทำทั้งหมด 36-40 รอบ ยืนอยู่ในท่าเดิม

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องเชิงเนื้อหาที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.66–1.00¹² และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงและประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)¹⁴ การรับรู้ความสามารถในสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงและความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.82, 0.84 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพาทา จังหวัดอุดรธานี แจ้งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. คัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 เดือน จำนวน 70 คน

(1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกกิจกรรมและแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายและสาธิตการสมาธิบำบัด SKT1-7 วันละ 1 ครั้ง ทำละ 15 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) 1 ท่าที่ 1 (SKT1) นิ่งผ่อนคลายประสานกายประสานจิต 2) ท่าที่ 2 (SKT2) ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย 3) ท่าที่ 3 (SKT3) นิ่งยืดเหยียดผ่อนคลาย 4) ท่าที่ 4 (SKT4) ก้าวอย่างง่าย ไทย เหยียดกาย ประสานจิต 5) ท่าที่ 5 (SKT5) ยืด

เหยียดอย่างไทย เหยียดขาประสานจิต 6) ท่าที่ 6 (SKT6) เทคนิคการฝึกสมาธิการเหยียดขาไทยจินตภาพ 7) ท่าที่ 7 (SKT7) เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยยืนตัวตรง

(2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมจะได้รับบริการตามแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถในสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT และความดันโลหิตวิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจของสมาธิบำบัด SKT ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ 66/2563 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.57 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 48.57 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 71.43 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.86 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.29 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001–15,000 บาท ร้อยละ 31.43 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.57 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 54.29 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 71.43 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.14 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.14 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 20,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 34.29

2. การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ของกลุ่มทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =41.23,

SD.=4.21) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =53.42, SD. = 3.19) การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ($p<.05$) กลุ่มควบคุมมีการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =42.59, SD.=3.56) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =44.58, SD.=4.19) การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) หลังการทดลองการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.05$) (ตารางที่ 1)

3. พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ของกลุ่ม

ทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 49.19, SD.=5.17) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =63.24, SD.=2.31) พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =48.65, SD.=4.36) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 50.16, SD. = 3.27) พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) หลังการทดลองพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	41.23	4.21	53.42	3.19	12.640	.000 *
กลุ่มควบคุม (n = 35)	42.59	3.56	44.58	4.19	1.982	.052
พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	49.19	5.17	63.24	2.31	13.590	.000 *
กลุ่มควบคุม (n = 35)	48.65	4.36	50.16	3.27	1.517	.134

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	41.23	4.21	42.59	3.56	1.351	.181
หลังการทดลอง	53.42	3.19	44.58	4.19	9.194	.000 *
พฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	49.19	5.17	48.65	4.36	.437	.663
หลังการทดลอง	63.24	2.31	50.16	3.27	17.894	.000 *

4. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลองเท่ากับ 159.57 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิกเท่ากับ 97.51 มิลลิเมตรปรอท หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 142.09 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิกเท่ากับ 79.60 มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 156.94 มิลลิเมตรปรอท ไดแอสโตลิกเท่ากับ 97.60 มิลลิเมตรปรอท หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ซิสโตลิกเท่ากับ 154.34 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 95.60 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 2) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	159.57	6.54	142.09	3.95	12.261	.000 *
กลุ่มควบคุม (n = 35)	156.94	4.48	154.34	6.40	1.825	.072
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	97.51	5.45	79.60	5.07	14.234	.000 *
กลุ่มควบคุม (n = 35)	97.60	4.79	95.60	5.76	1.579	.118

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ก่อนและหลังทดลอง

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	159.57	6.54	156.94	4.48	1.823	.073 *
หลังการทดลอง	142.09	3.95	154.34	6.40	10.806	.000 *
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	97.51	4.45	97.60	4.79	.073	.941
หลังการทดลอง	79.60	5.07	95.60	5.76	2.811	.006 *

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองโดยรวม ด้านกระบวนการ/การให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ

ด้านผลการให้บริการ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 6 – 10 ปี ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) แตกต่างกันเล็กน้อย กลุ่มทดลองไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 91.43 กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 94.29 กลุ่มทดลองไม่เคยดื่มสุราร้อยละ 71. กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่เคยดื่มสุราร้อยละ 65.71 กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT จำนวน 8 สัปดาห์ ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์การทำสมาธิบำบัด SKT1-7 พบว่า การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาพร แนวนบุตร¹⁴ ประภาส จิบสมานบุญ และอุบล สุทธิเนียม⁸ ที่พบว่า ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสมาธิบำบัด SKT มากกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไป จึงจะเห็นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 17.48 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 17.91 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2.60 มิลลิเมตรปรอท เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 2.00 มิลลิเมตรปรอท อาจเนื่องมาจากโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT จำนวน 8 สัปดาห์ ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง อาทิ ลดการรับประทานอาหารเค็ม การจัดการความเครียดและการออกกำลังกายร่วมกับการทำสมาธิบำบัด SKT โดยมีแรงจูงใจภายนอกจากผู้วิจัย พยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้เกิดการกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของสมพร กันทรดุษฎี เจริญชัยศรี⁹ ที่กล่าวว่า ระหว่างการปฏิบัติสมาธิความดันโลหิตลดลงระหว่างการปฏิบัติสมาธิและมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบ

ประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก เนื่องจาก อาร์เทอร์เรียล บาร์เรเซพเตอร์ (Arterial baroreceptors) มีการผ่อนคลายและส่งผลต่อสมองบริเวณควอดล เมดัลลา (Caudal ventral medulla) ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาท กาบาเออจีค (GABAergic) ที่บริเวณซูพราออปติกนิวเคลียส (Supraoptic nucleus) ของไฮโปมีสธัสลดลง บริเวณ ซูพราออปติกนิวเคลียส (Supraoptic Nucleus) มีหน้าที่หลั่งสารวาโซคอนสติกทอล อาร์จินีน วาโซเพรสซิน (Vasoconstrictor arginine vasopressin: AVP) ตามปกติถ้าปริมาณสารวาโซคอนสติกทอล อาร์จินีน วาโซเพรสซิน (Vasoconstrictor arginine vasopressin: AVP) ต่ำจะทำให้เส้นเลือดหดตัว ถ้าสารวาโซคอนสติกทอล อาร์จินีน วาโซเพรสซิน (Vasoconstrictor arginine vasopressin: AVP) ปริมาณมากจะทำให้เส้นเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตกลับสู่ภาวะปกติ สารวาโซเพรสซิน (Vasopressin) จะกระตุ้นบาร์เรเฟล็กซ์ รีเซพเตอร์ (Baroreflex receptor) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบไหลเวียนของเลือดที่ส่งผลต่อความดันโลหิตเพิ่มหรือลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT1-7 สารสื่อประสาทในสมองจะไม่ได้รับการกระตุ้นเหมือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT1-7 ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และการศึกษาของสุภาพร แนวนบุตร¹⁴ ที่พบว่าการปฏิบัติสมาธิ SKT 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 2 รวมทั้งผลของสมาธิบำบัด SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ทางเคมีพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ ลดลง¹⁶

ผลวิจัยนี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 mmHg เป็นแนวทางการพยาบาลและสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตควบคู่กับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตจากแพทย์ เพื่อ



ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูงควรให้ความสำคัญในการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบ SKT1-7 ให้กับผู้ป่วยที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง นำผลการวิจัยไปเผยแพร่ในชุมชนด้วยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่ประสบความสำเร็จจากการใช้สมาธิบำบัดร่วมกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติ

อย่างต่อเนื่องร่วมกับการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต เช่น การตอบสนองต่อยาควบคุมระดับความดันโลหิต การรับประทานอาหารรส การออกกำลังกาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีชิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า ที่สนับสนุนการวิจัยและกรุณาให้คำปรึกษาแนะนำปรับปรุงการวิจัยนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่าทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือกับผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Hypertension. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>; 2019.
2. Singh, S., Shankar, R., & Singh, G. P. Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in urban Varanasi. *International Journal of Hypertension*; 2017(15), 1-10.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. โรคความดันโลหิตสูง, สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563, จาก <http://www.thaihypertension.org/information.htm>; 2562.
4. กรมควบคุมโรค. การพัฒนาระบบข้อมูลระดับอำเภอในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563, จาก <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/1013420191106023925.pdf>; 2562.
5. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2560. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563, จาก: <http://www.thaincd.com/about-us/organization-monitor-injured.html>; 2560.
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก https://www.hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php; 2562.
7. สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี และสิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี. พระพุทธรูปเยียวยาโรค 1: โยคะสมาธิในการลดความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563, จาก <http://www.dtam.moph.go.th/viewstory.php?id=150>; 2554.
8. ประภาส จิบสมานบุญ และอุบล สุทธิเนียม. (2556). สมาธิบำบัด SKT2 ต่อระดับความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ทางเคมี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ; 2554, 29(2): 122-133.
9. สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี. สมาธิบำบัดแบบ SKT. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563, จาก <https://www.youtube.com/watch?v=x0-NKbGzvm4>; 2550.
10. Cohen J. Quantitative methods in psychology. American Psychological Association; 1992, 112(1): 155-159.
11. Best, J. W. Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
12. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
13. Cronbach, L.J. Essentials of psychological testing. (5th ed.). New York: Harper & Row; 1990.
14. สุภาพร แนวบุตร. ผลของการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้เทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.; 2557.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์

The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy Program among Schizophrenic Disorders with Behaviors Alcohol Drinking

(Received: March 14,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 28,2023)

รัชดาวรรณ จำเริญไวย¹

Ratchadawan Jamuenwai

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 25 คน ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลพิชัย จำนวน 25 คน และได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ 2) การประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ และ 3) การประเมินอาการทางจิต แบบประเมินทั้ง 2 ชุดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93, และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า (1) พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, พฤติกรรมการดื่มสุรา, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program on schizophrenic patients with alcohol use behavior. The sample group was 25 alcoholic schizophrenic patients admitted to Uttaradit Hospital, who received the cognitive and behavioral therapy program for alcohol use. A control group consisted of 25 alcoholic schizophrenic patients, who were treated at Pichai Hospital and received normal care. The research instruments were 1) cognitive-behavioral therapy program for schizophrenia patients with alcohol drinking behavior, 2) alcohol addiction assessment, and 3) psychiatric symptom assessment. The reliability of the 2nd and 3rd instruments were reported by Chronbach Alpha as of 0.93 and 0.87 respectively. The t-test was use in data analysis. Results: (1) Alcohol drinking behavior and psychotic symptoms after receiving the cognitive behavioral therapy program for schizophrenic patients with reduced alcohol drinking behavior of the experimental group. ($p < .05$) (2) Alcohol drinking behavior and psychotic symptoms after receiving the cognitive behavioral therapy program for schizophrenic patients with alcohol drinking behavior in the experimental group were reduced than those receiving normal nursing care. ($p < .05$)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Keyword: Cognitive Behavioral Therapy, Schizophrenia, Alcohol consumption

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาด้านการเจ็บป่วยสุขภาพจิตที่เกิดกับประชาชนจำนวนมาก โดยโรคจิตเภทเป็น 1 ใน 20 ของโรคที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงมากที่สุดของโลก ทั้งนี้ โรคจิตเภทจะไม่มีอาการของโรคทางกายและสมอง แต่เป็นความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยมีสาเหตุและปัจจัยมาจากปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม พบว่า ครอบครัวบิดามารดา ป่วยเป็นโรคจิตเภทบุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนปกติ 10 เท่า ระบบสารชีวเคมีในสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารซีโรโทนินและกลูตาเมตในสมองมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีโพรงของสมองขนาดใหญ่กว่าปกติและระบบประสาทสรีรวิทยาผิดปกติ¹⁴ และโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการทำหน้าที่ของฮิปโปแคมปัสซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านสังคม ปัจจัยทางด้านครอบครัว ปัญหาการสื่อสารในครอบครัวทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคจิตเภทได้¹³ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภท 26 ล้านคน ร้อยละ 90 พบในประเทศกำลังพัฒนา โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อประชาชน 20 ล้านคนทั่วโลก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มก่ออาชญากรรมรุนแรงกว่าคนทั่วไป 4-6¹⁰ จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ครอบครัว สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 400,000 คน สถิติผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนมากถึง 49,658 คน² ความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประเทศไทย เท่ากับ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป จากกระบวนวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.17 เกิดในช่วงอายุ 15-59 ปี ความชุก 0.8 ต่อประชากร 1,000 คน และเกิดในเพศชายกับเพศหญิงในอัตราที่เท่ากัน นอกจากอาการของ

โรคที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยหลายครั้งมีอาการหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตที่ไม่เหมือนก่อนป่วย ร้อยละ 44 เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2564 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าถึงบริการ จำนวน 21,115 คน (ร้อยละ 91.88 ของผู้ป่วยตามความชุก 0.8 ของประชากร 15 ปีขึ้นไป⁸ ในปี 2562-2564 อัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเภทของจังหวัดอุดรดิตถ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85.01, 99.25 และ 105.82 ตามลำดับ⁸ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ให้บริการสุขภาพในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 แห่ง ปัญหาสุขภาพจิตของอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ คือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ โรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์มีอัตราที่สูงเกินเกณฑ์ 8.0 ต่อแสนประชากร โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปีงบประมาณ 2562 - 2564 คิดเป็น 10.72, 12.47 และ 11.48 ต่อแสนประชากร² โดยสาเหตุการฆ่าตัวตาย มาจากปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาหรือไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ ภาษา และการรับรู้ เช่น มีหิวแหว่และประสาทหลอน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ข้อมูลการเข้ารับบริการโรคจิตเภทโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ปี 2563 - 2564 จำนวน 1,318 และ 1,283 คน⁸ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการมีมากถึง 4,779 และ 4,555 ครั้ง แม้การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมาก แต่ความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการยังขาดความต่อเนื่องในการรักษา

การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เน้นให้การรักษาโดยการให้ยาและการให้สุขภาพจิตศึกษา แต่การให้บริการด้วยวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่น้อย ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท คือ การเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยาและมีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่รับยามากกว่าร้อยละ 80 ยังต้องรับ

ยาตลอดไม่สามารถหยุดรับประทานยาหรือยุติการรับประทานยาได้ ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยขาดความสุขในการดำเนินชีวิต สาเหตุประการหนึ่งของปัญหาการให้บริการ คือ การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยาและประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท นำมาสู่อาการกำเริบของผู้ป่วย ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาสุราเกิดความรุนแรงของโรคร้อยละ 63.5 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 32.4 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาสุราได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.9⁴ จากการใช้แอลกอฮอล์ยังส่งผลให้การรักษาโรคจิตเภทไม่หายขาด ไม่สามารถหยุดยาได้และเกิดอาการกำเริบขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาสุราเน้นกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจในเป้าหมายและกระบวนการการค้นหาความคิดอัตโนมัติ การประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์⁵ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาสุราและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทลดการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้อาการทางจิตในผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมุติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิดสองกลุ่ม (Two group pretest – posttest) ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาสุรา⁵ จำนวน 25 คน กลุ่มควบคุม (Comparison Group) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้รับการรักษาตามระบบการให้บริการของโรงพยาบาลพิชัย จำนวน 25 คน อุดรดิตถ์ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ในการประเมินการใช้แอลกอฮอล์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์และแบบประเมิน

อาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย

1.1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวและสิทธิในการรักษาพยาบาล

1.2 แบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ (AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test) ขององค์การอนามัยโลก แปลภาษาไทยโดยสาวตรี อึ้งฉนงค์กรชัย (2552)¹¹ จำนวน 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 4 ระดับ โดยค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน แปลผลภาวะติดแอลกอฮอล์ ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (1) ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) (คะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน) (2) ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) (คะแนน 8-15 คะแนน) (3) ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) (คะแนน 16-19 คะแนน) (4) ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) (20-40 คะแนน)

1.3 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale; BPRS) จำนวน 18 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตรัตน์ไพบูลย์ (2554)⁷ แบ่งเป็น 7 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการ (1) มีอาการขั้นต่ำสุด (2) มีอาการเล็กน้อย (3) มีอาการปานกลาง (4) มีอาการค่อนข้างรุนแรง (5) มีอาการรุนแรง (6) มีอาการรุนแรงมาก (7) โดยคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์⁵ จำนวน 2 สัปดาห์ๆ ละ 3 ครั้งๆ ละ 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจในเป้าหมายและกระบวนการ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ ประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การ

ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลักเลี้ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการยุติการบำบัด ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการ โดยกำหนดให้ผู้บำบัดเข้าใจได้ว่าความคิดมีผลต่ออารมณ์นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้บำบัดสะท้อนความรู้สึกในสภาพชีวิตปัจจุบันที่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองและความรู้สึกที่มีผลต่ออารมณ์ตนเองร่วมกับการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคติดสุรา กำหนดประเด็นการพูดคุยประเมินผู้ป่วยในการยอมรับแนวคิด ตรวจสอบสภาพบำบัดอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา การทบทวนตนเองเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นปัจจุบันเชื่อมโยงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การสร้างความเข้าใจถึงปัญหาเชื่อมโยงสาเหตุของปัญหาพร้อมทั้งปรับแก้ปัญหาที่ความคิด อธิบายวิธีการบำบัดและประโยชน์ของการบำบัด สรุปสาระสำคัญและมอบหมายการบ้าน

ครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติ โดยประเมินอารมณ์ของผู้บำบัด สอบถามความรู้สึกอยากดื่มสุรา อาการถอนสุราและการดื่มสุรา ทบทวนการบ้าน ค้นหาความคิดอัตโนมัติของตนเองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุรา การบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติต่อสิ่งกระตุ้นกับการดื่มสุรา มอบหมายการบ้านและสรุปกิจกรรม

ครั้งที่ 3 ประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจลักษณะการคิดที่บิดเบือนโดยเชื่อมโยงกับอารมณ์และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดเข้าใจถึงการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน ร่วมกำหนดเนื้อหาของบทพูดคุยครั้งนี้ ประเมินตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง ประเมินอารมณ์ของผู้บำบัด

อธิบายลักษณะความคิดที่บิดเบือนที่ต้องค้นหา ประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติตามความเป็นจริง มอบหมายการบ้าน สรุปกิจกรรม

ครั้งที่ 4 การเผชิญหรือการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้มีความเข้าใจและแนวทางในการปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสามารถปรับความคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ทบทวนการบำบัดครั้งที่ผ่านมา กำหนดเนื้อหาการพูดคุยครั้งนี้ ประเมินภาวะอารมณ์ของผู้รับการบำบัด ชี้แนะทางเลือกความคิดอื่นที่ทำการแทนที่ความคิดที่มีความสมเหตุสมผล บันทึกตามแบบฟอร์ม ABCDE ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นด้านลบของการคงการดื่มสุรา เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเลิก ให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นการเปลี่ยนมุมมองใหม่ที่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา ให้การบ้านไปลองคิดทบทวนเพื่อเปลี่ยนมุมมองให้ต่อการดื่มสุรา สรุปผลกิจกรรม

ครั้งที่ 5 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จริงที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ วางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและกำหนดกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่ำให้มากขึ้น ประกอบด้วย ทบทวนการบำบัดครั้งก่อนและชี้แจงวัตถุประสงค์ กำหนดเป้าหมายในการบำบัดครั้งนี้ ประเมินอารมณ์ผู้รับการบำบัด ค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันและบอกแนวทางในการแก้ไขปัญหา ดังกล่าว เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหาคือต้นเหตุ ประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาคือเคยใช้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ให้ข้อมูลเพื่อความมั่นใจกับผู้บำบัด จัดตารางกิจกรรมประจำสัปดาห์และบันทึกกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จำแนกสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำสำหรับผู้รับบำบัด มอบหมายการบ้าน และสรุปกิจกรรม

ครั้งที่ 6 ทบทวนบทเรียน การนำวิธีการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันและยุติการบำบัด เพื่อประเมินผลสิ่งที่ผู้รับการบำบัดเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมและตระหนักถึงการนำวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีขั้นตอนดังนี้ ทบทวนการบำบัดครั้งก่อน ประเมินอารมณ์ผู้รับการบำบัด กำหนดประเด็นในการพูดคุยว่าเป็นการนำวิธีการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันและยุติการบำบัดให้ผู้บำบัดพูดถึงความรู้สึกของตนเองในการเข้าร่วมโปรแกรม ชักถามการบำบัด ทบทวนสิ่งที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ เสริมแรงจูงใจให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งตลอดการบำบัด นัดติดตามหลังบำบัด 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อ้างอิงมาจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดยาที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านบำบัดสุรา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ด้านแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาจากสุรา 2 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87⁵ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และแบบประเมินอาการทางจิตเป็นแบบประเมินที่ยอมรับและใช้อย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT: Alcohol use disorder identification Test) อ้างอิง

จากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .93⁵ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale: BPRS) ผู้วิจัยอ้างอิงการวิจัยผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อการดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้ลงชื่อในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่าน ความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 031/2565 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.0 อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 52.0 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 52.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 64.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.0 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 96.0 สวัสดิการการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 96.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.0 กลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 44.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 56.0 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 84.0 สวัสดิการการรักษาพยาบาล

ด้วยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 88.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.0

2. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

2.1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1) กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมดื่มสุรามีอยู่ในระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=13.10$, $SD=8.12$) หลังการทดลองพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=10.12$, $SD=6.54$) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ($p<.05$) (ตารางที่ 1) ก่อนการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=22.04$, $SD=5.26$) หลังการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=20.00$, $SD=3.32$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า อาการทางจิตของกลุ่มทดลองลดลง ($p<.05$) (ตารางที่ 1)

2) กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=15.12$, $SD=3.46$) หลังการทดลองพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{X}=15.68$, $SD=3.13$) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตารางที่ 1) ก่อนการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=21.52$, $SD=2.29$) หลังการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=22.00$, $SD=2.32$) อาการทางจิตก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา								
กลุ่มทดลอง	13.10	8.12	ดื่มแบบเสี่ยง	10.12	6.54	ดื่มแบบเสี่ยง	2.887	.008
กลุ่มควบคุม	15.12	3.46	ดื่มแบบเสี่ยง	15.68	3.13	ดื่มแบบเสี่ยง	1.953	.170
อาการทางจิต								
กลุ่มทดลอง	22.04	5.26	อาการทางจิต ระดับน้อย	20.00	3.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	2.789	.010
กลุ่มควบคุม	21.52	2.29	อาการทางจิต ระดับน้อย	22.00	2.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	1.953	.063

2.3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1) ก่อนการทดลอง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) 2) หลังการทดลอง พฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองของ groups ทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มควบคุม (n = 25)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
พฤติกรรมการณ์ดื่มสุรา								
ก่อนทดลอง	13.12	8.12	ดื่มแบบเสี่ยง	15.12	3.46	ดื่มแบบเสี่ยง	1.414	.173
หลังการทดลอง	10.12	6.54	ดื่มแบบเสี่ยง	15.68	3.13	ดื่มแบบเสี่ยง	4.012	.001
อาการทางจิต								
ก่อนทดลอง	22.04	5.26	อาการทางจิต ระดับน้อย	21.52	2.29	อาการทางจิต ระดับน้อย	.418	.680
หลังการทดลอง	20.00	3.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	22.00	2.32	อาการทางจิต ระดับน้อย	2.341	.028

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองอยู่ใน

ระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ($p < .05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่

ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ มีอาการทางจิตดีขึ้น โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้นก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณและดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2560)¹ ที่พบว่าพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา โดยประเมินเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยทุกรายสามารถลดพฤติกรรม การดื่มสุรา สามารถหยุดดื่มได้ถึงร้อยละ 66.67 และเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลดละเลิกการดื่มสุรา และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำและปริมาณการดื่มสุราลดลงแต่พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ค้นพบระบบความคิดในทางลบ ความคิดที่บิดเบือนพร้อมทั้งตรวจสอบระบบความคิดนั้นว่าทำให้เกิดผลทางลบอย่างไร ช่วยพัฒนาโครงสร้างทางความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆไปในทางที่เหมาะสมและยืดหยุ่นมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สามารถหยุดความคิดทางลบที่เป็นสาเหตุของภาวะอาการทางจิต เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวกและผลของการพัฒนาโครงสร้างความคิด นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ประการสำคัญสิ่งที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้จากการปรับเปลี่ยนการสร้างความคิดใหม่ ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมทำ

ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความราบรื่นในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ภาวะอาการทางจิตลดลงตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของลูกจันทร์ วิทยาการวงศ์ และคณะ (2559)⁹ ที่พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชระดับปริมาณการดื่มสุราและอาการทางจิตเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช (ICORD-R) กลุ่มทดลองมีคะแนนปริมาณการดื่มสุราและคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติยา แสวงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล (2562)³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลง เนื่องจากเป็นกลุ่มบำบัดที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) และมีโครงสร้างชัดเจนในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามบริบท¹² จึงเป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาและเป็นไปได้ รวมถึงการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสพสุราในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด การแสดงความสนใจความตั้งใจและให้การยอมรับผู้ป่วยจิตเภทที่มี

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมั่นคง และภาวะอาการทางจิตลดลงอย่างยั่งยืน กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีทักษะในการป้องกันการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะมีความแปรปรวนทางอารมณ์ได้ง่าย ดังนั้น หากมีทักษะในการรู้เท่าทันความคิดของตนเอง และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมการเสพติดสุราลดลงอย่างยั่งยืน ภาวะอาการทางจิตลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกติดต่อกัน 2 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดบุคลากรต้องมีความรู้พื้นฐานและมีทักษะในการบำบัด เพื่อดำเนิน

กิจกรรมที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ควรคำนึงความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย อาจมีช่วงพักระหว่างจัดกิจกรรมบำบัดที่ต้องเกินกว่า 60 นาที ควรติดตามผลของการบำบัดอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากครอบครัวคือสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความเครียดและนำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงเนตรนภา ภมระราภา หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำการวิจัยนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกวรรณ กิตติวัฒนกุล. (2546). โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด. วารสารจิตเวชขอนแก่นราชชนินทร์. 5,(2) : 33-39.
- 2.กรมสุขภาพจิต. (2564). คู่มือการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์.
- 3.กฤตยา แสงทรัพย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(2), 122-136.
- 4.จิระพรรณ สุริยงค์, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พิมพาภรณ์ แก้วมา, มธุริน คำวงศ์ปิ่น และเดชา ทำดี .(2557).ความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 22(1), 38-47.
- 5.จรรยา ใจหนูน. (2551). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุรา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 6.ฉันทธินันท์ สิมะวารการ. (2565). โปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วิไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 15(1), 44-58.



7. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2554). Module C- มาตรการที่ 2: มาตรการบำบัดรักษาภาวะ ถอนพิษสุรา ใน: คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
8. โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. (2564). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2564, อุดรดิตถ์.
9. ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์, บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, เกษม กรกำจายฤทธิ์ และอุ๋นจิตร คุณารักษ์. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต, 30(2), 143-154.
10. ศิริรัตน์ จันทรพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 63(2), 68-76.
11. สาวิตรี อังษณางค์กรชัย. (2552). แบบคัดกรองการดื่มสุรา AUDIT. แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).
12. Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). (Eds.). Social skill training for Schizophrenia. A step-by-step guide. New York: Guilford.
13. Boyd, M.A. (2012). Psychaitric Nursing Contemporary Practice. 5 th ed. America: Wolter Kluwer Health.
14. World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัด ศรีสะเกษ

Factors influencing Incomplete Rabies Post-Exposure Prophylaxis Among Rabies-exposure in Sisaket Province.

(Received: March 19,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 28,2023)

บังอร เหล่าเสถียรกิจ¹ และ พุทธิไกร ประมวล²
Bangon Laosatiangit¹ & Putthikrai Pramual²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 102 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ กลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับการฉีดวัคซีนฯ ไม่ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับการฉีดวัคซีนฯ ไม่ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ 68 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบคัดลอกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุด ด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติก นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ การไม่มีสัตว์เลี้ยง ระยะทาง และความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีอาชีพรับจ้าง จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 2.25 เท่าของคนที่มิอาชีพอื่น ๆ (AOR = 2.25, 95% CI= 1.86-6.34) ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่มีสัตว์เลี้ยง จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.86 เท่าของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีสัตว์เลี้ยงหรือเคยมีสัตว์เลี้ยง (AOR = 1.86, 95% CI= 1.26-3.38) ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 15 กิโลเมตร จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.57 เท่าของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีระยะทางน้อยกว่า 15 กิโลเมตร (AOR = 1.57, 95% CI= 1.20-3.09) และผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในระดับไม่ดี จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.72 เท่าของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ความรู้ในระดับดี (AOR = 1.72, 95% CI= 1.10-2.98)

คำสำคัญ : โรคพิษสุนัขบ้า, การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า, ผู้สัมผัสโรค, จังหวัดศรีสะเกษ

Abstracts

An analytical case-control study aimed to investigate factors influenced Incomplete rabies post-exposure prophylaxis among rabies-exposure in Sisaket Province. The participants were 102 among Rabies-exposure who registered to receiving rabies vaccination at the hospital in Sisaket Province. They were divided into 2 groups: a case group was 34 among rabies-exposure, who were Incomplete rabies post-exposure prophylaxis, and a control group was 68 among rabies-exposure, who were complete rabies post-exposure prophylaxis. Data collection was conducted using questionnaires and case record form. A multivariable logistic regression was analyzed to describe factors influenced incomplete rabies post-exposure prophylaxis. An adjusted odds ratio (AOR) and 95% confidence interval (95% CI) were presented.

¹ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000

The results indicated 4 predicted factors of the incomplete rabies post-exposure prophylaxis among rabies-exposure in Sisaket Province including the laborer for hire (AOR = 2.25, 95% CI= 1.86-6.34), Pet ownership (AOR = 1.86, 95% CI= 1.26-3.38), Home-to-hospital distance more than 15 kilometers (AOR = 1.57, 95% CI= 1.20-3.09) and low level of rabies Knowledge (AOR = 1.72, 95% CI= 1.10-2.98).

Keywords: Rabies, Rabies post-exposure prophylaxis, Rabies-exposure, Sisaket province.

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่สำคัญ เกิดจากเชื้อไวรัสเรบี (Rabies virus) ที่ก่อโรคในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด หากคนหรือสัตว์ที่ได้รับเชื้อไวรัสเรบีเข้าไปในร่างกายแล้วจะเสียชีวิตทุกราย¹³ ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 ราย¹⁸ องค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (Office International des Epizooties: OIE) ได้กำหนดให้การจัดโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2563 (กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2562) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ยังพบการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าต่อเนื่องทุกปี โดย 3 กระทรวงหลัก ได้แก่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตร และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้ร่วมมือกันในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายคือการเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภายในปี พ.ศ. 2563 โดยมีการเชื่อมโยงการดำเนินงานจากส่วนของสัตว์ไปจนถึงการจัดกิจกรรมต่างๆ ในประชาชน เพื่อให้มีการผลักดันทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ และตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ที่ทรงมีความห่วงใยปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าที่เป็นปัญหาสำคัญของชาติ และทรงมีพระประสงค์ให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย ทั้งในคนและสัตว์ภายในปี 2573¹¹ โดยให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้โครงการ สัตว์

ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ใน 8 ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคือการลดโรคระดับประเทศ 4 เป้าหมาย คือ 1) ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 2) ร้อยละของผู้สัมผัสที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ 3) อำเภอเสี่ยงจัดทำแผนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และ 4) อำเภอเสี่ยงมีแผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าตามมาตรการเชิงรุกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด¹⁴

สถานการณ์ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2557-2565 พบเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 5, 5, 14, 11, 17, 3, 2, 3 และ 4 ราย ตามลำดับ⁸ ส่วนใหญ่พบว่าถูกสุนัขกัด ข่วนหรือเลีย และไม่ได้ไปเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ มีแนวโน้มพบสัตว์ตรวจพบเชื้อมากขึ้น พบการติดเชื้อมากที่สุดในสุนัข รองลงมาคือ แมว โค และกระบือ เป็นต้น และสัตว์ที่แพร่เชื้อพิษสุนัขบ้ามาสู่คนมากที่สุด คือสุนัข ซึ่งโรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสสัตว์ แต่พบว่าในแต่ละปีคนไทยที่ถูกสุนัขกัด ข่วน เลีย และได้รับการฉีดวัคซีนเพียงร้อยละ 50 มีหลายที่ไม่ไปรับการฉีดวัคซีน จึงทำให้เสียชีวิตต่อเนื่องทุกปี¹⁴ จังหวัดศรีสะเกษ มีการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตั้งแต่ปี 2554-2559 จำนวน 10 ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ อำเภอขุขันธ์ จำนวน 4 ราย แต่ในปี 2560-2562 ไม่มีผู้เสียชีวิต และในปี 2563 มีผู้เสียชีวิต 1 ราย เป็นหญิงอายุ 54 ปี อยู่ที่อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยสุนัขเลี้ยงได้กัด ข่วน และไม่ได้ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า¹³ จากข้อมูลการเสียชีวิตทั้งในระดับประเทศและจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า สาเหตุสำคัญของผู้เสียชีวิตทั้งหมด คือ การไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังถูกสัตว์ กัดข่วนหรือเลีย และไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีการขับเคลื่อนนโยบายและปรับกลยุทธ์ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้ามารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่องภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ตั้งแต่ พ.ศ. 2560¹¹ และแม้ว่าแนวโน้มการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดเพิ่มขึ้น แต่ยังพบว่าประชาชนบางส่วนที่ไม่มาฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้ผู้สัมผัสโรคที่กลุ่มนี้ไม่ได้ถูกติดตามมารับวัคซีน และบางส่วนมาฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ หลังจากถูกสุนัขกัด ข่วนหรือเลีย นำไปสู่การเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเจ้าหน้าที่อาสาปศุสัตว์ อสม. และทีม SRRT ระดับตำบลและระดับหมู่บ้านไม่ได้มีการรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ¹²

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การไม่เรียนหนังสือ การมีงานทำ การไม่มีสัตว์เลี้ยง และการไม่มีวัคซีนพร้อมให้บริการมีผลต่อการมารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด (สุขุมมัล กานเนตร, 2562 และ ธัญญามาศ ทิงาม, 2563) โดยประเด็นการไม่มีวัคซีนพร้อมให้บริการในวันที่มีการนัดผู้สัมผัสโรคมาฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำเป็นต้องมีการเลื่อนนัด ทำให้มีผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เสียเวลาทำงาน ไม่มีพี่เลี้ยงและพาหนะในการเดินทางมารับวัคซีนที่โรงพยาบาลเนื่องจากวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีบริการที่โรงพยาบาลระดับอำเภอขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านทัศนคติในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์กับการทำความสะอาดแผลหรือบริเวณที่สัมผัส และมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{3,10} จากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าและปัญหาในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ

ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ที่เป็นสัตว์นำโรคหลักๆ คือ สุนัขและแมว ไม่ครอบคลุม และเจ้าของสัตว์เลี้ยงยังไม่มี ความรับผิดชอบมากพอในการดูแลสุนัขแมว เช่น การนำมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่องทุกปีหรือไม่ครบทุกตัว ทำให้ประชาชนในชุมชนยังคงมีความเสี่ยงในการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าจากการถูกสุนัขแมวกัด ข่วน เลีย และไม่ได้มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่งตั้งแต่ปี 2554-2563 จังหวัดศรีสะเกษพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 9 ราย ผู้เสียชีวิตรายสุด พบเมื่อปี 2563 มีสาเหตุสำคัญคือไม่ได้มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และจากการตรวจสอบข้อมูลในระบบข้อมูลโรงพยาบาลยังพบผู้สัมผัสโรคที่มารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด ร้อยละ 5.72¹² ดังนั้น การศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ในจังหวัดศรีสะเกษ จึงเป็นการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงในพื้นที่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนในการดำเนินการส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบในการเฝ้าระวังป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Analytical case-control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับ
บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสที่
โรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม
2564-30 กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับ
บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสที่
โรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม
2564-30 กันยายน 2565 ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัด
เข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สัมผัสโรคที่อาศัยอยู่
ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ สามารถติดตามตัวได้ และ
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก
(Exclusion criteria) คือ ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มี
ปัญหาด้านการสื่อสาร โดยมีวิธีการคำนวณขนาด
ตัวอย่าง ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{1.23...p}^2}^{16}$$

เมื่อ n_p คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ กรณีใช้การ
วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

$\rho_{1.23...p}$ คือ ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัว
แปรความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้ากับตัวแปรอิสระอื่นๆ

n_1 คือ ขนาดตัวอย่างกรณีการศึกษาแบบ
ย้อนหลัง (Case-control study) (Schlesselman,
1982)
โดยที่

$$n_1 = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)\bar{p}\bar{q}} + z_{1-\beta} \sqrt{rp_1q_1 + p_2q_2}}{r(p_1 - p_2)^2} \right)^2$$

เมื่อ r คือ อัตราส่วนระหว่างกลุ่มควบคุม (Control)
และกลุ่มศึกษา (Case) เท่ากับ 2:1

p_1 คือ สัดส่วนของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ฉีด
วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด ตามแนวทางเวช
ปฏิบัติฯ ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าระดับไม่ดี
เท่ากับ 0.2272⁴

p_2 คือ สัดส่วนของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ฉีด
วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด ตามแนวทางเวช

ปฏิบัติฯ ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าระดับดี
เท่ากับ 0.3333⁴

$$q_1 = 1 - p_1 = 1 - 0.2272 = 0.7728$$

$$q_2 = 1 - p_2 = 1 - 0.3333 = 0.6667$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + rp_2}{r + 1} = \frac{0.2272 + 1(0.3333)}{2 + 1} =$$

0.2802

$$\bar{q} = 1 - \bar{p} = 1 - 0.2802 = 0.7198$$

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน
เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ และทำการทดสอบสมมติฐาน
แบบสองทาง ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$)

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน
เมื่อกำหนดอำนาจในการทดสอบเป็น ร้อยละ 90
($\beta = 0.01$) ($Z_{1-\beta} = 0.842$)

ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 31 คน นำไป
ปรับด้วยค่า $\rho_{1.2...p}^2$ โดยกำหนดให้ ρ มีค่าอยู่ระหว่าง
0.1 – 0.9 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่าง
ตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไป และมีความ
เป็นไปได้ในการทำวิจัยให้สำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.3 ดังนั้น จะได้ขนาดตัวอย่าง
ที่เป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุม 68
คน ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมดจึงเท่ากับ 102 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการดึงข้อมูลจาก
ระบบข้อมูลบริการจากโรงพยาบาลตามรหัส ICD10:
W53-W55 เป็นการมารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค
พิษสุนัขบ้า จากนั้นจะนำข้อมูลรายชื่อมาเรียงลำดับ
ตามวันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลทุกแห่ง
และแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่ม
ศึกษา คือ ผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษ
สุนัขบ้าไม่ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ และกลุ่ม
เปรียบเทียบ คือ ผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน
โรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ จากนั้น
ทำการสุ่มตัวอย่างกลุ่มศึกษาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง
แบบ 2 ขั้นตอน (2-stage random sampling) ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ

(Stratified random sampling) ตามจำนวนผู้สัมผัสโรค ที่มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าใน โรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยขนาดตัวอย่างที่จะทำการสุ่ม เลือก เป็นไปตามสัดส่วนของผู้สัมผัสโรคที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง (Proportion to size) และ ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงลำดับ รายชื่อตามวันที่มาใช้บริการ จากนั้นสุ่มหยิบหมายเลข แรกเพื่อเป็นจุดเริ่มต้น และทำการสุ่มคนถัดไปตามช่วง การสุ่มที่คำนวณได้ เว้นช่วงวนไปจนครบตามจำนวน ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบเดียวกันในกลุ่มศึกษา โดยเพิ่มขนาดจำนวนการสุ่ม เป็น 2 เท่า จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ แนวทางการ เฝ้าระวังป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และทฤษฎีทาง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 10 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า 10 ข้อ เป็นคำถามที่มีคำตอบถูก-ผิด การให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 15 ข้อ เป็นคำถามแบบประเมินค่า จำนวน 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย โดยข้อคำถามเชิง บวกให้คะแนน 1-3 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อคำถาม เชิงลบจะให้คะแนนจะสลับกับข้อคำถามเชิงบวก

ส่วนที่ 4-5 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคพิษ สุนัขบ้า และการดูแลสัตว์เลี้ยง ส่วนละ 9 ข้อ เป็น ลักษณะของข้อคำถามที่ให้เลือกตามตรงกับความจริง ที่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 15 ข้อ เป็นคำถามแบบประเมินค่า จำนวน 5 ตัวเลือก

ตามระดับการปฏิบัติ ได้แก่ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติ ทุกครั้ง โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนจะสลับกับ ข้อคำถามเชิงบวก

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ ค่า IOC เท่ากับ อยู่ระหว่าง 0.69-0.83 วิเคราะห์ค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามด้านความรู้ด้วย วิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) มีค่าความ เชื่อมั่น 0.78 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติในการป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัข บ้า วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอล ฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และ 0.81 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพล การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบ ชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษ โดย ใช้สถิติ Multivariable logistic regression นำเสนอ ขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่าขนาดความสัมพันธ์ (Adjusted odds ratio) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2022-066 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 102 คน แบ่งเป็น กลุ่ม ศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 และ 68 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.76 และ 52.94 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 44.12 และ 26.47 อายุ

เฉลี่ย 43.24 ± 9.55 และ 39.43 ± 13.23 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.53 และ 61.76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.18 และ 36.67 กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.94 ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรหรือแม่บ้าน ร้อยละ 45.59 มีฐานรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 6,500 และ 7,000 บาทต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คน ร้อยละ 85.29 และ 72.06 ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึง รพ.สต. 1.82 ± 1.02 และ 2.07 ± 1.11 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงโรงพยาบาลใกล้เคียง 16.02 ± 3.27 และ 13.98 ± 4.68 กิโลเมตร และแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับมากที่สุดคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 56.25 และ 48.53 ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม มีสมาชิกในครอบครัวเคยมีประวัติถูกสุนัขแมวกัด ข่วน หรือเลียบาดแผล ร้อยละ 26.47 และ 33.82 ซึ่งได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบทุกคน ร้อยละ 55.56 และ 73.91 เป็นสุนัขแมวที่มีเจ้าของ ร้อยละ 66.67 และ 86.96 ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำและสบู่น้ำสะอาด ร้อยละ 88.89 และ 82.61 ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมดูแลเลี้ยงสัตว์ กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีสัตว์เลี้ยง ร้อยละ 73.53 และ 48.53 ในส่วนคนที่เลี้ยงสัตว์จะนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบทุกตัว ร้อยละ 66.67 และ 88.57 ดังตารางที่ 3

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 70.59 คะแนนเฉลี่ย 7.11 ± 1.22 คะแนน มีทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.18 และ 91.18 ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติและ

พฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 37.91 ± 2.02 และ 67.41 ± 8.68 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.18 และ 89.71 คะแนนตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 7.42 ± 1.33 , 38.01 ± 2.12 และ 66.71 ± 9.33 คะแนน ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า มี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีอาชีพรับจ้าง จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 2.25 เท่าของคนที่มีอาชีพอื่นๆ ($AOR = 2.25$, 95% CI = 1.86-6.34) ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่มีสัตว์เลี้ยง จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.86 เท่าของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีสัตว์เลี้ยงหรือเคยมีสัตว์เลี้ยง ($AOR = 1.84$, 95% CI = 1.26-3.38) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 15 กิโลเมตร จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.57 เท่าของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีระยะทางน้อยกว่า 15 กิโลเมตร ($AOR = 1.57$, 95% CI = 1.20-3.09) และผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในระดับไม่ดี จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.72 เท่าของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีความรู้ในระดับดี ($AOR = 1.72$, 95% CI = 1.10-2.98)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบชุดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า
ในจังหวัดศรีสะเกษ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

ตัวแปรทำนาย	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า				Crude OR	Adj OR	95% CI	p-value
	ฉีดไม่ครบชุด		ฉีดครบชุด					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. อาชีพ								0.0401
อาชีพอื่นๆ	16	47.06	46	67.65	1	1		
รับจ้าง	18	52.94	22	32.35	2.35	2.25	1.86-6.34	
2. การมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขหรือแมว								0.0124
มี	9	26.47	35	51.47	1	1		
ไม่มี	25	73.53	33	48.53	2.94	1.86	1.26-3.38	
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า								0.0238
ระดับดี	10	29.41	36	52.94	1	1		
ระดับไม่ดี	24	70.59	32	47.06	2.69	1.72	1.10-2.98	
4. ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลใกล้เคียง								0.0241
1-15 กม.	12	35.29	40	58.82	1			
มากกว่า 15 กม. ขึ้นไป	22	64.71	28	41.18	2.61	1.57	1.20-3.09	

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ถูกสุนัขแมวกัด ข่วน หรือเลียบาดแผล ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการกิจการงานทำ เป็นกำลังหลักในการหารายได้มาสู่ครอบครัว ดังนั้น การทำงานเพื่อหารายได้จึงเป็นสิ่งที่ผู้สัมผัสโรคให้ความสำคัญอันดับแรก หากประกอบปัจจัยการเข้าถึงการบริการฉีดวัคซีนไม่เอื้ออำนวยหรือสะดวกในการเข้ารับบริการ ทำให้เกิดความารู้สึกว่าเสียเวลาการทำงาน⁷ และหากมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าไม่ดีพอ ก็จะมีโอกาสสูงที่ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเลือกที่จะตัดสินใจไม่มารับการฉีดวัคซีนฯ ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญามาศ และคณะ (2563)⁴ ที่พบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีงานทำ และการไม่มีวัคซีนที่พร้อมให้บริการมีโอกาสได้รับวัคซีนไม่ครบชุดตามเกณฑ์ และการศึกษาของ ศรฤกษ์ รัชพานิชย์ และคณะ (2561)⁹ ที่พบว่า การมีปัจจัยเอื้อในระดับมาก เช่น การมีสถานพยาบาลใกล้

บ้าน มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ด้านอาชีพ พบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีอาชีพรับจ้าง จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 2.25 เท่าของคนที่มีความอาชีพอื่นๆ (AOR = 2.25, 95% CI = 1.86-6.34) อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่อาชีพรับจ้างที่มีการเคลื่อนย้ายไปตามแคมป์งานก่อสร้างต่างๆ หลายแห่ง หรือมีการเคลื่อนย้ายสถานที่ทำงานหรือพักอาศัยอยู่ตลอดเวลา จะมีโอกาสที่จะไม่มารับการฉีดวัคซีนหรือมาฉีดนัด โดยในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มศึกษามีอาชีพรับจ้างถึงร้อยละ 52.94 และแรงงานแคมป์ก่อสร้างมักจะนำสุนัขมาเลี้ยงหรือให้อาหารสุนัขบริเวณใกล้แคมป์งานเพื่อเลี้ยงไว้เป็นยามในการเฝ้าระวังขโมยและเป็นเพื่อนเล่นให้คลายความกังวลหรือคิดถึงบ้าน จึงมีความเสี่ยงในการถูกกัด ข่วน เลียบาดแผล ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ล้างบาดแผล และไม่มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุด ตามแนวทางเวชปฏิบัติ⁶ เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางเข้ามารับการฉีดวัคซีนใน

โรงพยาบาลระดับอำเภอ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุขุมมาล และคณะ (2562) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการฉีดวัคซีนครบชุด และ ผาณิต แต่งเกลี้ยง (2557)⁵ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนตามนัดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งนี้ ในบริบทของภาคใต้ อาจจะมีกลุ่มอาชีพรับจ้างก่อสร้างน้อย ทำให้ไม่เห็นขนาดของปัญหาที่โดดเด่นในกลุ่มอาชีพนี้ แต่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดศรีสะเกษ ประชากรส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทำนา เมื่อเสร็จสิ้นฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิต ก็จะประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้างในตัวจังหวัดหรือในกรุงเทพและปริมณฑล

การไม่มีสัตว์เลี้ยง พบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่มีสัตว์เลี้ยง จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.86 เท่าของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีสัตว์เลี้ยงหรือเคยมีสัตว์เลี้ยง เนื่องจากกลุ่มที่มีสัตว์เลี้ยงหรือเคยมีสัตว์เลี้ยง จะมีความรู้และความใส่ใจในการดูแลสุนัขหรือแมว รวมถึงมีความตระหนักในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเกิดจากการได้รับคำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์และการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจากเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ อสม. จนท. สาธารณสุข และเจ้าของฟาร์มสุนัขหรือแมวในการป้องกันตัวเองเมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัด ข่วน เลียบาดแผล ทำให้เจ้าของสุนัขหรือแมวมีการรับรู้และทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า³ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมมาล กาพนตร และคณะ (2562) และธัญญมาศ และคณะ (2563)⁴ ที่พบว่า การไม่มีสัตว์เลี้ยงมีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบตามเกณฑ์

ระยะทาง พบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 15 กิโลเมตร จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.57 เท่า ของผู้สัมผัสโรคที่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 15 กิโลเมตร ซึ่งปัจจัยเรื่องระยะทาง การเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมีผล

ต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน¹⁵ หากระยะทางระหว่างบ้านของผู้ป่วยห่างไกลจากโรงพยาบาล ก็จะมีผลในทางตรงเข้ากับการเข้าถึงบริการ โดยพบว่าผู้ป่วยมักจะขาดนัด มารับบริการไม่ตรงตามนัด และไม่ค่อยมารับบริการที่หน่วยบริการ¹ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการไม่มีพาหนะที่เป็นรถส่วนตัว จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไปฉีดวัคซีนฯ ไม่ครบชุด ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และเกษตรกรรม ร้อยละ 52.94 และ 41.18 ตามลำดับ และมีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 15 กิโลเมตร ร้อยละ 64.17 ซึ่งมีรายได้ค่อนข้างจำกัด การที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารับการฉีดวัคซีนฯ ไม่ครบชุด

ความรู้ พบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในระดับไม่ดี จะมีโอกาสมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบชุด เป็น 1.72 เท่า ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลต่อเนื่องถึงความเข้าใจ การรับรู้ ทัศนคติ และการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หากมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ น้อยหรือไม่ดี ก็จะทำให้ความตระหนัก การรับรู้ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคต่างๆ นั้นน้อยลงเช่นกัน⁴ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไปฉีดวัคซีนฯ ไม่ครบชุด มีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 70.59 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมมาล กาพนตร และคณะ (2562) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการมารับการฉีดวัคซีนครบชุด และมีความสัมพันธ์กับการทำความสะอาดแผลก่อนไปพบแพทย์เมื่อถูกสัตว์กัด ข่วน หรือเลียบาดแผล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรฤกษ์ รักพาณิชย์ และคณะ (2561)⁹ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป หรือก่อสร้าง ที่มาจากต่างพื้นที่ มีแนวโน้มที่จะมารับ การฉีดวัคซีนไม่ครบชุด ตามแนวทางเวชปฏิบัติ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลจะต้องซักประวัติอาชีพให้ ชัดเจน หากเป็นอาชีพรับจ้างหรือมีลักษณะต้อง เคลื่อนย้ายสถานที่อยู่อาศัย จะต้องให้ความรู้ทำความเข้าใจและให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมาฉีด วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครบชุด และส่งต่อข้อมูล ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อสม. ในการติดตามผู้สัมผัสโรคมารับการฉีด วัคซีนฯ ตามนัดของโรงพยาบาล

2. การส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัข บ้า ยังเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิต ด้วยโรคพิษสุนัขบ้า เพราะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ สัมผัสโรคมารับการฉีดวัคซีนฯ ให้ครบชุดตามแนวทาง เวชปฏิบัติ โดยกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการส่งเสริมให้ ความรู้คือ กลุ่มประชาชนที่ไม่มีสัตว์เลี้ยง มักจะขาด ความใส่ใจและให้ความสำคัญในการมารับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

3. ระยะทางจากบ้านผู้สัมผัสโรคถึงโรงพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการมารับการฉีดวัคซีนฯ ให้ ครบชุด หากระยะทางที่ไกลมากเกินไป 15 กิโลเมตร ส่วน ใหญ่จะมารับการฉีดวัคซีนไม่ครบ ดังนั้น จึงต้องมีการ กระจายวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสู่ รพ.สต. ที่เป็น

คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ที่จะมี แพทย์ประจำหน่วยบริการ และมี รพ.สต.ลูกข่ายที่จะส่ง ผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดการสูญเสียวัคซีน และเพิ่ม ความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ครบชุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มา ทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความ รอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค พิษสุนัขบ้า และการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า โดยการมีส่วนร่วม และการสนับสนุน ทางสังคมการภาคีเครือข่ายในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากร ทางแพทย์ ที่มีส่วนช่วยในการเก็บข้อมูลวิจัย และ ขอบคุนท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่สนับสนุน ส่งเสริมในการทำวิจัยครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษทุกคน ที่ช่วยในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้า ระวังป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดศรีสะเกษ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กมลพร นิรารัตน์ และอัครนันท์ คิดสม. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. การ ประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. 7-8 ธันวาคม 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2566 : file:///C:/Users/Dr.Putthikrai%20P/Downloads/KRKPS000S0000519c1.pdf
- 2.กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2562). เอกสารประกอบการประชุมเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัข บ้า ปี 2562 ร่วมมือสร้างภูมิคุ้มกันทั่วไทย ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.
- 3.ธนวัฒน์ เล็กสุวัฒน์ และพัชนี เขยจรยา. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในจังหวัด ฉะเชิงเทรา. วารสารการสื่อสารและการจัดการ นิต้า. 6(2); 93-114.



- 4.ธัญญา มาศทิม และพรนภา ศุภเวทย์ศิริ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 13(1); 33-40.
- 5.ผาณิต แต่งเกลี้ยง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามนัดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า โรงพยาบาลพรหมคีรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- 6.วรยศ ดาราสว่าง. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสไม่ครบตามเกณฑ์ในผู้มารับบริการในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 35(3); 565-573.
- 7.วรรณนิมล สุรินทร์ศักดิ์ และคณะ. (2559). พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่ชายแดนจังหวัดสระแก้ว. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 47(34); 529-535.
- 8.วิชาญ บุญกิตติกร, (2566). แนวทางการผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด. สำนักเอกสารประกอบการประชุมโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.
- 9.ศรฤกษ์ รักพาณิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเจ้าของสุนัขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(2); 158-166.
- 10.สุนทรี ใจมีธรรม. (2542). พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี.
- 11.สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2565). รายงานผลตรวจติดตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ประจำปี พ.ศ. 2565. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566. Available from: http://lamphun1.go.th/wp-content/uploads/2023/03/ว408แจ้งข้อเสนองานจากการตรวจติดตามโครงการ_removed.pdf.
- 12.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานสรุปสถานการณ์และผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2565. เอกสารรายงานประจำปี 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- 13.สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ชุดความรู้โรคพิษสุนัขบ้า. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป.
- 14.สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- 15.อริช เชิดไชย และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีชะละเลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยพะเยา. 13(1); 228-236.
- 16.Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623-34.
- 17.Schlesselman J.J. (1982). Case-Control Studies Design, Conduct Analysis. New York, Oxford University Press.
- 18.The Thai Red Cross Society. (2018). The Thai red cross society: The campaign-day for the rabies disease 2561. Retrieved October 8, 2018, from <https://www.redcross.or.th/news/information/4898>.

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมต่อคุณภาพการให้บริการตักผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

THE SATISFACTION OF THE SOCIAL SECURITY RECIPIENTS IN OUT-PATIENT DEPARTMENT
LAMPHUN HOSPITAL, LAMPHUN

(Received: March 26,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 30,2023)

นัชชา เพ็ญสุภักกุล¹

Nutcha Permsuphakkul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมต่อคุณภาพการให้บริการตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ด้านคุณภาพการบริการโดยรวม 5) ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ใช้บริการประเภทประกันสังคม ที่ใช้บริการในตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 131 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ผลการวิจัยพบว่า พบว่าผู้ให้บริการประกันสังคมมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{x}=4.48$, $SD=.63$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรมี ($\bar{x}=4.49$, $SD=.87$) และด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x}=4.54$, $SD=.71$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาคือด้านคุณภาพการบริการโดยรวม ($\bar{x}=4.48$, $SD=.72$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ($\bar{x}=4.43$, $SD=.85$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ 1) ควรปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับระบบ และขั้นตอนเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็วตอบสนองความต้องการรวดเร็วขึ้น 2) ควรปรับปรุงการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการมากขึ้น 3) การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความต้องการของผู้มารับบริการในเชิงลึก เพื่อเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการในเชิงลึกมากขึ้น เพื่อพัฒนาแนวทาง และทำการปรับปรุงแก้ไขได้ตรงจุดมากขึ้น

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ, การให้บริการของตักผู้ป่วยนอก,ผู้ให้บริการประกันสังคม, โรงพยาบาลลำพูน

Abstract

The objective of this research was to study the satisfaction of the Social Security recipients in Out-patient Department (OPD) Lamphun Hospital, Lamphun in five areas, namely service process, staff, facilities, service quality, and reliability. The samples of this study were 131 service receivers, in the clients in Out-Patient Department (OPD) at the Lamphun Hospital between November 2022 and January 2023. The sample of 131 Social Security recipients were asked to complete the questionnaire at the service point. The research instruments were a questionnaire asking for data on 1) general information and 2) satisfaction. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

The results of this study show that the overall satisfaction of the Social Security recipients in Out-patient Department (OPD) Lamphun Hospital, Lamphun is high ($\bar{x}=4.48$, $SD=.63$). When individual aspects were considered, an aspect with the highest mean was staff ($\bar{x}=4.49$, $SD=.87$) and reliability ($\bar{x}=4.54$, $SD=.71$) followed by service quality ($\bar{x}=4.48$, $SD=.72$), and service process is the lowest ($\bar{x}=4.43$, $SD=.85$). The results of this study can be used to develop and improve the service systems to achieve customer satisfaction.

Keyword: Satisfaction, Social Security recipients, Out-Patient Department, Lamphun Hospital

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดงานวิจัยและพัฒนา (กลุ่มการพยาบาล) โรงพยาบาลลำพูน
อีเมล: natcha7878@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันเป็นยุคโลกาภิวัตน์แห่งการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วที่มีการแข่งขันกันสูง ประเทศไทยยุค 4.0 จึงต้องปรับตัวสร้างวิสัยทัศน์เชิงการพัฒนา เพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุขไทยให้รองรับกับกระแสการเปลี่ยนแปลงและยกระดับขีดความสามารถ รวมทั้งมาตรฐานการทำงานให้สูงเทียบเท่าระดับสากล ภายใต้แผนปฏิรูประบบการบริหารภาครัฐ ได้มีการปรับปรุงระบบการบริหารงานสาธารณสุขให้มีความทันสมัย จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการบริหารรูปแบบเดิมที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับปัจจัยนำเข้า ซึ่งได้แก่ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การลดภารกิจ อำนาจความสะดวกและตอบสนอง ความต้องการของประชาชน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้นิยามของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการมีชีวิตอยู่ดำรงชีวิตในสังคมได้ อย่างเป็นปกติสุขและมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น” การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์นับว่ามีอิทธิพลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมจากการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของประชากรโลกทั้งในเชิงโครงสร้าง การพัฒนาอุตสาหกรรมก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ประชาชนหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลต่อความต้องการสินค้าและบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพ จากการเปิดเสรีทางการค้าหรือประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC: Asian Economic Community) ทำให้ธุรกิจเชิงสุขภาพไม่ว่าจะเป็นธุรกิจประเภทอาหารเพื่อสุขภาพ ธุรกิจบริการทางการแพทย์ทั้งเพื่อ การรักษาและการป้องกันมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยเล็งเห็นความสำคัญและเพื่อเป็น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญโดยมุ่งเน้น การเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยโดยการ

สนับสนุนและประสานงานให้เกิดการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ และเอกชนในการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยรองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต การวาง ระบบการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและการสร้างความเป็นธรรมการลดความ เหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมายในกลุ่มบริการสาธารณสุข เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub ของอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2568¹ โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตโดยจะมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆทั้ง ทางร่างกายและทางจิตใจแต่ด้วยจำนวนประชากรที่มากขึ้น ปริมาณโรคติดต่อเพิ่มขึ้นและการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ทำให้ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพมีมากขึ้น ซึ่งภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการสร้างระบบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน แม้ว่าปัจจุบันนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์จะพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ยังมีประชาชนจำนวนมากในหลายพื้นที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพและการให้บริการด้านสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐานความสามารถในการรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลของรัฐที่จำกัดทำให้ประสบปัญหาความแออัดของผู้ใช้บริการ เช่น สถานที่รองรับคนไข้ไม่เพียงพอ การตรวจคนไข้ทำให้ต้องรอคิวนาน ยาและเวชภัณฑ์ที่รัฐบาลจัดสรรให้มีจำนวนไม่เพียงพอ อีกทั้งการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของภาครัฐเป็นไปอย่างล่าช้า

สำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงาน จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เป็นการดำเนินการร่วมกันของนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลด้วยการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนที่เรียกว่า กองทุนประกันสังคม โดยวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันในการดำเนินชีวิตแก่ผู้ประกันตน ปัจจุบัน

ผู้ประกันตนทั่วประเทศ ต้องจ่ายเงินสมทบให้กับสำนักงานประกันสังคมร้อยละ 5 ของเงินเดือน เพื่อแลกกับการได้รับสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งมีอยู่หลายประการ ทั้งสิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคม และสิทธิจากเงินทดแทน ทั้งนี้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เลือก โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ระหว่างที่หยุดพักรักษาตัวตามคำสั่งแพทย์ในจำนวนครั้งหนึ่งของค่าจ้างตามจำนวนที่หยุดจริง ไม่เกินครั้งละ 90 วัน และไม่เกิน 180 วันในหนึ่งปี หากเจ็บป่วยเรื้อรังจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ไม่เกิน 365 วัน หากผู้ประกันตนมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่เกิดเหตุที่สุดซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกไว้ ผู้ประกันตนหรือญาติต้องแจ้งให้โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกไว้ทราบด้วย เพื่อจะได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยผู้ประกันตนต้องทราดรองสำรองจ่ายเงินไปก่อนแล้วจึงมาเบิกคืนกับทางประกันสังคม

โรงพยาบาลประกันสังคมส่วนใหญ่มีทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้ประกันตนสามารถเลือกใช้บริการได้ในแต่ละจังหวัดของตนที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ซึ่งทางบริษัทโดยผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม จำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีจำนวนมากทำให้การรอคิวในการตรวจรักษาค่อนข้างนานและบางโรงพยาบาลมีจำนวนแพทย์ค่อนข้างน้อย การเข้าถึงการรักษาพยาบาลจึงไม่มีประสิทธิภาพในการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคเท่าที่ควร ปัญหาที่พบของโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการและประสิทธิภาพของการรักษา⁵ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดช่องว่างทางการตลาดจึงกลายเป็น โอกาสของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ที่มีความได้เปรียบด้านการลงทุนสร้างจุดเด่นด้านการตลาดด้วย เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและคุณภาพการบริการที่เป็นเลิศ

ผ่านการรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล ที่ยอมรับระดับสากล

โรงพยาบาลลำพูน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เป็นสถานพยาบาลหนึ่งของรัฐที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมและเป็นสถานพยาบาลหลักของจังหวัดลำพูน ปัจจุบันทางโรงพยาบาลลำพูนมีผู้ประกันตนเข้ารับบริการประมาณ 27,000 ราย² ที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น โดยการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติอันจะนำไปสู่การปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษา ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม ในตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เพื่อจะได้ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจจากโรงพยาบาลที่ตนประสงค์อยู่และนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้มีคุณภาพดีขึ้น และเป็นแนวทางในการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดีและประทับใจต่อผู้รับบริการอย่างยั่งยืนและยาวนาน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมต่อคุณภาพการให้บริการตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ด้านคุณภาพการบริการโดยรวม 5) ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ใช้บริการประเภทประกันสังคมที่มาใช้บริการตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัด



ลำพูน ตั้งแต่พฤศจิกายน 2565 - มกราคม 2566
จำนวน 131 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลลำพูน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ เวลาที่รับบริการ หน่วยงานที่รับบริการ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 5 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ด้านคุณภาพการบริการโดยรวม 5) ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

เป็นคำถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ในรูปแบบของลิเคิร์ต (Likert's Scale) ที่มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีการให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด สามารถแปลความหมายของระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลลำพูน โดยใช้เกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2553)⁸ ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับของความพึงพอใจ คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 มีระดับความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 มีระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 มีระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด แบบวัดนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชา และลงมือเก็บด้วยตนเอง เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ใช้บริการ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เลขที่ Ethic LPN 032/2565 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าตัวอย่างจำนวน 131 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 และเป็นเพศชายจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 32.8 สถานภาพสมรสมาก และโสดมีจำนวนเท่ากัน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 49.6 ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรีมากที่สุด 42 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 26 และประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ตามลำดับ ความถี่ในการใช้บริการพบว่ามีผู้ใช้บริการโรงพยาบาลมากที่สุดจำนวน 1 ครั้ง/ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5

รองลงมาใช้บริการมากกว่า 10 ครั้ง/ปี มากที่สุดจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 22.1 และ 2-3 ครั้ง/ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 13 พบว่าผู้รับบริการใช้บริการโรงพยาบาลช่วงเวลา 8.30 – 10.00 น. มากที่สุดจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาเป็นช่วงเวลา 10.00 – 12.00 น. จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 และช่วงเวลา 12.00 – 14.00 น. จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9

2. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมโรงพยาบาลลำพูน ต่อคุณภาพการให้บริการในตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน มีทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ด้านคุณภาพการบริการโดยรวม และ 5) ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ จากตารางที่ 1 ภาพรวมความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมต่อคุณภาพการให้บริการตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน อยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($\bar{x} = 4.48$, $SD = .63$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x} = 4.54$, $SD = .71$) และด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ($\bar{x} = 4.54$, $SD = .82$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีเกณฑ์ความพึงพอใจในระดับ “พอใจมากที่สุด” รองลงมาคือด้านคุณภาพการบริการโดยรวม ($\bar{x} = 4.48$, $SD = .72$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ($\bar{x} = 4.43$, $SD = .85$) เมื่อพิจารณารายข้อแล้วพบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ และด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.56$, $SD = .80$, $\bar{x} = 4.56$, $SD = .66$) ตามลำดับ มีความพึงพอใจในระดับ “พอใจมากที่สุด” รองลงมาคือด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรให้บริการต่อผู้รับบริการเหมือนกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x} = 4.55$, $SD = .78$) มีความพึงพอใจในระดับ “พอใจมากที่สุด” ด้านที่ผู้ให้บริการพึงพอใจน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ระยะเวลาการให้บริการมีความเหมาะสม ($\bar{x} = 4.35$, $SD = .88$) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สรุปภาพรวมความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมโรงพยาบาลลำพูน ต่อคุณภาพการให้บริการในตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

	$\bar{x}$	SD	แปลผล	อันดับ (รายด้าน)	อันดับ (รวม)
1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ					
1.ขั้นตอนการบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อนมีความคล่องตัว	4.49	.74	พึงพอใจมาก	1	5
2.ความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ	4.40	.82	พึงพอใจมาก	3	11
3.ความชัดเจนในการอธิบายชี้แจง และแนะนำขั้นตอนในการให้บริการ	4.48	.92	พึงพอใจมาก	2	6
4.ระยะเวลาการให้บริการมีความเหมาะสม	4.35	.88	พึงพอใจมาก	4	12
ภาพรวมด้านที่ 1	4.43	.85	พึงพอใจมาก		
2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร					
1. ความสุภาพ กิริยามารยาทและความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	4.50	.88	พอใจมาก	3	4
2. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น การตอบคำถาม ชี้แจง แนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้	4.56	.80	มากที่สุด	1	1*
3. เจ้าหน้าที่ให้บริการต่อผู้รับบริการเหมือนกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ	4.55	.78	มากที่สุด	2	2
ภาพรวมด้านที่ 2	4.54	.79	มาก		
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
1. สถานที่ตั้งของหน่วยงาน สะดวกในการเดินทางมารับบริการ	4.47	.73	มาก	1	7

ตารางที่ 1 สรุปภาพรวมความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมโรงพยาบาลลำพูน ต่อคุณภาพการให้บริการใน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

	$\bar{x}$	SD	แปลผล	อันดับ (รายด้าน)	อันดับ (รวม)
2. ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์/เครื่องมือเพียงพอในการให้บริการ	4.47	.71	มาก	1	7
3. ความสะอาดของสถานที่ให้บริการโดยรวม	4.46	.78	มาก	2	8
4. ความพอใจต่อสื่อประชาสัมพันธ์ ป้ายประชาสัมพันธ์/คู่มือ และเอกสารเผยแพร่ให้ความรู้	4.42	.73	มาก	3	10
ภาพรวมด้านที่ 3	4.45	.82	มาก		
4. ด้านคุณภาพการบริการโดยรวม					
1. ได้รับการที่ตรงความต้องการ คำนึงและคุ้มครองประโยชน์	4.52	.67	มากที่สุด	1	3
2. ความพึงพอใจโดยภาพรวมที่ได้รับผลการบริการของหน่วยงาน	4.44	.76	มาก	2	9
ภาพรวมด้านที่ 4	4.48	.72	มาก		
5. ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ					
1. ได้รับการโปร่งใสเป็นธรรม	4.56	.66	มากที่สุด	1	1
2. ผู้รับบริการมีความปลอดภัย	4.52	.74	มากที่สุด	2	3
ภาพรวมด้านที่ 5	4.54	.71	มากที่สุด		
ภาพรวมทุกด้าน (n=131)	4.48	.63	มาก		

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคมโรงพยาบาลลำพูน ต่อคุณภาพการให้บริการในตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน พบว่าภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.48$, $SD = .63$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.43$, $SD = .85$) ประเด็นมีความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ ($\bar{x} = 4.40$, $SD = .82$) และระยะเวลาการให้บริการมีความเหมาะสม ($\bar{x} = 4.35$, $SD = .88$) ทั้ง 2 ประเด็นนี้ มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าประเด็นอื่น อาจเป็นเพราะมีจำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนมาก มารับบริการพร้อมกันในเวลาเดียวกัน ทำให้การบริการที่โรงพยาบาลอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการ จึงทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจประเด็นนี้น้อยกว่าด้านอื่น สอดคล้องกับรัชณี หลงสวัสดิ์ (2562)¹¹ ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่าด้านขั้นตอนการให้บริการโดยรวม พบว่า มีความพึงพอใจในระดับ

มาก ($\bar{x} = 3.84$, $SD = .90$) แต่ปัญหาที่มีเขียนไม่พึงพอใจมากที่สุด คือ รอรับยานาน ผู้ป่วยมารอรับบริการจำนวนมาก หน้าห้องจ่ายยามีความแออัด ซึ่งประเด็นนี้โรงพยาบาลลำพูนจะพัฒนาระบบหรือการจัดคิว เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.54$, $SD = .79$) ประเด็นที่ผู้รับบริการยังมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น การตอบคำถาม ชี้แจง แนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้ ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.56$, $SD = .80$) แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลลำพูนมีความเอาใจใส่ อธิบายดี และพร้อมให้คำปรึกษาและคำแนะนำ เกิดข้อคำถาม เช่น การให้คำแนะนำด้านการป้องกันโรค รวมถึงข้อควรปฏิบัติต่างๆซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่บุคลากร มีความสุภาพ ศึกษารายทาง และความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในระดับมาก ($\bar{x} = 4.40$, $SD = .88$)

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เนตรเพชรรัมย์ ตรีเกตุบุญเนตร (2560)⁷ ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความพึงพอใจของการบริการด้านอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.67$, $SD = 1.32$)

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกโดยรวม มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.45$, $SD = .82$) ประเด็นที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่สุดในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก คือ สถานที่ตั้งของหน่วยงานสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ($\bar{x} = 4.47$, $SD = .73$) และความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์/เครื่องมือเพียงพอในการให้บริการ ($\bar{x} = 4.47$, $SD = .71$) สอดคล้องกับ ญัฐฐา เสวกวิหารี (2560)⁶ ที่พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีความปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย เช่น ห้องน้ำ รถเข็น ลิฟต์โดยสาร มีห้องตรวจและสถานที่นั่งคอยอย่างเพียงพอ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการในโรงพยาบาล

ด้านคุณภาพการบริการโดยรวม มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.48$, $SD = .72$) ประเด็นที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ คำนึงค่าและคุ้มค่าประโยชน์ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.52$, $SD = .66$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชนิ หลงสวัสดิ์ (2660)¹¹ ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่าด้านคุณภาพการให้บริการโดยรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 3.84$, $SD = .90$) และมีประเด็นที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่สุด คือ การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ ($\bar{x} = 4.45$, $SD = .77$) เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลลำพูน และได้รับการบริการที่ตรงตามความต้องการ การบริการที่ดีต้องมีการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด ต้องมีการกำหนดนโยบายและการวางแผนให้บริการพัฒนา³ซึ่งทางโรง

พยาบาลลำพูน กำหนดแนวทางการบริการผู้รับบริการในระดับนโยบาย และวิธีการปฏิบัติต่อผู้รับบริการให้เกิดความประทับใจคุณภาพการบริการ

ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, $SD = .71$) ประเด็นผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการบริการที่โปร่งใสเป็นธรรม มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x} = 4.56$, $SD = .66$) รวมถึงผู้รับบริการจะมีความปลอดภัยเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลลำพูน มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, $SD = .69$) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลลำพูน มีความน่าเชื่อถือ ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นว่าบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เช่น คนไข้มีความเชื่อมั่นว่ามาพบแพทย์แล้วจะสามารถหายป่วย หรือบรรเทาการให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับงานของ ช่อดาว เมืองพรหม (2562)⁴ ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$, $SD = .45$) มีระดับความพึงพอใจต่อแพทย์พยาบาลสามารถรักษาความลับสิ่งที่ไม่เปิดเผยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, $SD = .80$) และมีระดับความพึงพอใจต่อแพทย์พยาบาลมีความเชี่ยวชาญและมีความรู้ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, $SD = .76$)

จะเห็นได้ว่าผู้ใช้บริการประกันสังคม มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ในระดับมาก - มากที่สุด ผลที่ออกมาเป็นเช่นนี้ อาจเป็นไปได้ว่าเพราะผู้รับบริการได้ใช้สิทธิประกันสังคมในการรับบริการ และอาจไม่ได้ชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง รวมถึงมีการศึกษาในโรงพยาบาลที่สังกัดรัฐบาล ทำให้ประชาชนที่มาใช้บริการมีลักษณะใกล้เคียงกัน¹² ทำให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังการได้รับการบริการจากโรงพยาบาลในระดับที่ไม่สูงมาก^{9 13} จึงอาจเป็นเหตุผลที่คะแนนค่าเฉลี่ยความ

พึงพอใจในแต่ละด้าน ผู้รับบริการค่อนข้างพึงพอใจมาก - มากที่สุด เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจกับโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้แต่ละพื้นที่อาจมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแตกต่างกันออกไป จึงเป็นประเด็นที่นำศึกษาต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ควรปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับระบบ และขั้นตอนเพื่อให้ผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับ

บริการที่รวดเร็วตอบสนองความต้องการรวดเร็วขึ้น โดยอาจเพิ่มบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ

2. ควรปรับปรุงการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการมากขึ้น เช่น อำนวยความสะดวกพื้นที่ รถเข็นสำหรับผู้พิการ คนชรา รวมถึงป้ายประชาสัมพันธ์ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นต้น

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความต้องการของผู้มารับบริการในเชิงลึก เพื่อพัฒนาแนวทางและทำการปรับปรุงแก้ไขได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. <http://dmsic.moph.go.th/index/download/699>. 6 ธันวาคม 2565.
- กลุ่มงานเวชระเบียน. รายงานเวชระเบียน โรงพยาบาลลำพูน พ.ศ.2564-2565.โรงพยาบาลลำพูน
- จิตติมา อธิพันธุ์เสถียร. (2549). การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว [องค์การมหาชน] สาขาร่วมมิตร.มหาวิทยาลัยศิลปากร. แหล่งข้อมูล https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/SU.the.2006.92
- ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี. (การค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม.แหล่งข้อมูล <http://e-research.siam.edu>
- เชิดชู อริยศรีวัฒนา. 2554. เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไร้อำนาจ-ไร้เงิน ใครคือตัวจริงกุมอำนาจเบ็ดเสร็จ บริการสาธารณสุขไทย. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://thaipublica.org/2011/09/healthcare/>. 4 ธันวาคม 2565.
- ณัฐฐา เสวกวิหारी และผู้แต่งคนอื่นๆ. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาราม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ
- เนตรเพชรธรรม์ ตระกูลบุญเนตร. (2560). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2): 64-74. แหล่งข้อมูล <http://he01.tci-thaijo.org>
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ปรีดาวัลย์ หวังปัญยวิสุทธิ์. (2549). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ปรมินทร์ สิริโชค. (2544). การพัฒนาบริการของคลินิกอาชีวเวชกรรม กรณีศึกษาผู้รับบริการของโรงพยาบาลสมุทรสาคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัชนี หลงสวาสดี. (2562). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารหัวหินสุขใจไกล, 4(3):e0070.
- ลัคนา ฤกษ์ศุภผล. (2554). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. Journal of Medicine and Health Sciences, 18(3):147-159
- วิภาวดี ธนังเจริญลาภ. (2543). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อการให้บริการทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ผลของการดำเนินงานการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี Result of internal control management Lopburi Provincial Public Health Office

(Received: March 23,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 29,2023)

อารุณ พุ่มโพธิ์ทอง¹
Arun Pumpothong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การควบคุมภายใน แนวทางการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมภายใน ระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จำนวน 132 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ F-test ด้วย เทคนิค Multi way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบ ของการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้าน สภาพแวดล้อมการควบคุม อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในการประเมิน องค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลพบุรี ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : การจัดการควบคุมภายใน การควบคุมภายใน

ABSTRACT

This research was action research aimed to to study the situation of internal control Guidelines for internal control management Lopburi Provincial Public Health Office There is a period of study Between October 2021 to September 2022, total 12 months. Sample size were 132 people involved in internal control at the district level, Lopburi Provincial Public Health Office. Data were collected from questionnaires. data analysis by Qualitative data analysis, including content analysis. and quantitative data analysis, including frequency distribution, percentage, mean and standard deviation, and F-test by Multi way ANOVA technique.

The results of the study showed that the understanding of evaluating the components of internal control according to the components of internal control Lopburi Provincial Public Health Office Overall and each aspect was at a high level, except for the control environment. at the highest level. And when comparing the understanding of evaluating the elements of internal control according to the elements of internal control Lopburi Provincial Public Health Office between different personal factors found no difference

Keywords: internal control management, internal control

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2562 มาตรา 62 วรรคสาม บัญญัติให้รัฐต้องรักษา วินัยการเงินการคลังเพื่อให้ฐานะการเงินการคลังมี เสถียรภาพมั่นคงและยั่งยืน โดยกฎหมายว่าด้วย วินัยการเงินการคลัง ต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับ กรอบการดำเนิน การการคลัง งบประมาณ วินัย รายได้ รายจ่ายทั้งเงินงบประมาณและเงินนอก งบประมาณ การรับทรัพย์สิน เงินคงคลังและหนี้ สาธารณะ ดังนั้น จึงได้กำหนดพระราชบัญญัติวินัย การการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 มาตรา 79 ให้ หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การ ควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุม ภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 เพื่อใช้ เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดประเมินและ ปรับปรุงระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน ของรัฐ อันจะทำให้การดำเนินงานตามภารกิจมี ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ประหยัด ช่วยป้องกัน หรือลดความเสี่ยงจากการผิดพลาด ความเสียหาย ความสิ้นเปลือง ความสูญเปล่าของการใช้ทรัพย์สิน การกระทำอันเป็นการทุจริต ตลอดจนมีการกำกับ ดูแลที่ดี^{1,2}

การควบคุมภายใน เป็น กระบวนการที่ ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรจัดให้มีขึ้น เพื่อ สร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การ ดำเนินงานขององค์กรจะบรรลุผลสำเร็จตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามคำจำกัดความของ การควบคุมภายใน ได้กล่าวถึงเรื่องวัตถุประสงค์ ของการดำเนินงานซึ่งอาจจำแนกวัตถุประสงค์ของ การดำเนินงาน เป็น 3 ประเภท คือ 1) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน คือ วัตถุประสงค์พื้นฐานของการดำเนินงานในทุก องค์กร โดยมุ่งเน้นที่กระบวนการปฏิบัติงานที่มี คุณภาพ และเอื้ออำนวยให้การดำเนินงานเป็นไป ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะเดียวกัน ผลที่

ได้รับจากกระบวนการนั้นต้องคุ้มค่ากับต้นทุนที่ใช้ ไป จึงจะทำให้เกิดความมีประสิทธิภาพ 2) ความ น่าเชื่อถือของรายงานทางการเงิน คือ การจัดให้มี ข้อมูลและรายงานทางการเงินที่ถูกต้อง เพียงพอ และเชื่อถือได้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริหาร บุคลากรในองค์กร และบุคคลภายนอกในการนำ ข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจ ในเรื่องต่างๆ 3) การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง คือ การมุ่งเน้นให้กระบวนการ ปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ เงื่อนไขตามสัญญา ข้อตกลง นโยบาย และ แนวทางการปฏิบัติงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง³ การจัด วางระบบการควบคุมภายใน ผู้บริหารควรเลือกใช้ ให้เหมาะสมกับลักษณะ ขนาดของหน่วยงานใน ความรับผิดชอบ อย่างไรก็ตามเนื่องจากหน่วยงาน ภาครัฐต่างๆ ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีการควบคุม ภายในอยู่แล้ว การกำหนดหรือออกแบบการ ควบคุม โดยทั่วไปจะใช้วิธีปรับปรุงการควบคุมที่มี อยู่แล้วการออกแบบการควบคุมเริ่มจากการทำ ความเข้าใจกับภารกิจ วัตถุประสงค์ระดับหน่วยรับ ตรวจสอบและระดับกิจกรรม มาตรฐานการควบคุม ภายใน กฎหมาย มติคณะรัฐมนตรี ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมภายใน หลังจากนั้นจึงสอบทานสภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง และออกแบบการควบคุม เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ เหมาะสมหรือที่ยอมรับได้^{3,4,5}

จากการศึกษาแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี สามารถสรุปผลการศึกษิตตาม องค์ประกอบการควบคุมภายในด้านการเงินและ บัญชีทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้าน สภาพแวดล้อมการควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มี ความเห็นว่าสถานที่ทำงานไม่ควรอยู่ร่วมกับ หน่วยงานอื่น และควรมีสถานที่ในการจัดเก็บ เอกสารเป็นสัดส่วน ผู้บริหารควรสร้างบรรยากาศ ในการทำงาน เพื่อให้พนักงานเกิดทัศนคติที่ดีต่อ

การควบคุมภายใน 2) ด้านการประเมินความเสี่ยง พบว่าควรมีการ จัดทำระบบตรวจสอบภายใน เพื่อหาข้อมูลและแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ความสำคัญต่องานทุกประเภท 3) ด้านกิจกรรม การควบคุม ควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ พนักงานและลูกจ้าง เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบใน งานที่เกี่ยวข้อง หาวิธีการ มาตรการ แนวทางแก้ไข ข้อบกพร่องร่วมกัน 4) ด้านระบบสารสนเทศและการสื่อสาร ควรมีการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการ จัดเก็บข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลที่ควรให้ ประชาชนรับรู้ทางอินเทอร์เน็ต 5) ด้านการติดตาม และ ประเมินผล ควรมีการตรวจสอบกับ ผู้บังคับบัญชา และมีการตรวจทานกับผู้ทำงานใน ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกัน ติดตามและ ประเมินผล⁶

ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจที่จะศึกษาศึกษาแนวทางการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ทราบถึง ผลการประเมินการควบคุมภายในที่มีอยู่ นำมา พัฒนาระบบการควบคุมภายใน เพื่อให้เกิดระบบ การควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลการดำเนินการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีจันทบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมภายใน ระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จำนวน 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีจันทบุรี ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ควบคุมภายใน การกำหนดแนวทางในการจัดการร่วมกัน การติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการถอดบทเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁷

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ

ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ⁸ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .907

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการศึกษาสถานการณ์การควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตามภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ หรือภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดแนวทางในการจัดการร่วมกัน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วสรุปประเด็น นำเสนอต่อคณะทำงาน เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตามภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ หรือภารกิจ อื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดำเนินงานการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน การดำเนินงานการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน และความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ภายหลังการดำเนินการวิจัยครบทั้ง 4 ขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยวางแผนในการปรับปรุงแก้ไข (Re - planning) โดยใช้การอภิปรายร่วมกับกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยสู่ความสำเร็จ ขั้นตอนนี้หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจะร่วมพิจารณาปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล พิจารณาเหตุและแก้ไข ปัญหา เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้สรุปสถานการณ์การควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตามภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ หรือภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการเปรียบเทียบความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกัน F-test ด้วยเทคนิค Multi way ANOVA

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และแนวทางการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ได้สรุปสถานการณ์การควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ตามภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตามแผนการ

ดำเนินการ หรือภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของ
หน่วยงานของรัฐ

2. ผลการดำเนินงานการจัดการควบคุม
ภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ตาม
องค์ประกอบของการควบคุมภายใน ได้แก่
สภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง

กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร
และกิจกรรมการติดตามผล

3. ความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบ
ของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบของการ
ควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ลพบุรี

ตารางที่ 1 ระดับความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบ
ของการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี (n = 132)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม	4.33	0.70	มากที่สุด
ด้านการประเมินความเสี่ยง	4.04	0.85	มาก
ด้านกิจกรรมการควบคุม	3.95	0.65	มาก
ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร	3.95	0.73	มาก
ด้านกิจกรรมการติดตามผล	3.94	0.72	มาก
รวม	4.04	0.57	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความเข้าใจใน
การประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน
ตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี พบว่า โดยรวม
และรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้าน
สภาพแวดล้อมการควบคุม อยู่ในระดับมากที่สุด

4. การเปรียบเทียบความเข้าใจในการ
ประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตาม
องค์ประกอบของการควบคุมภายใน สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ที่ต่างกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบ
ของการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกัน
(F-test ด้วยเทคนิค Multi way ANOVA)

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
เพศ	.671	1	.671	2.011	.160
อายุ	.641	1	.641	1.921	.169
ตำแหน่ง	1.208	5	.242	.724	.608
ระดับการศึกษา	.131	1	.131	.392	.533

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจ
ในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุม
ภายในตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ระหว่างปัจจัย
ส่วนบุคคลที่ต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบของการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้าน สภาพแวดล้อม การควบคุม อยู่ในระดับมากที่สุด สิริธิดา ชมารสว่าง และกฤตพา กฤตพา (2563)⁹ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับ การปฏิบัติงานด้านการเงิน และบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายในอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 โดยมีการควบคุมภายในด้านการประเมินความเสี่ยงที่สูงที่สุด รองลงมา มีการควบคุมภายในด้านสภาพแวดล้อม การควบคุมด้านกิจกรรมการควบคุมด้านการติดตามประเมินผล และมีการควบคุมภายในด้านการติดตามและประเมินผลต่ำที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากการได้มีการศึกษาสถานการณ์และกำหนดแนวทางการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ได้สรุปสถานการณ์การควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ตามภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงานของรัฐ หรือภารกิจตามแผนการดำเนินการ หรือภารกิจอื่นๆ ที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ ให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สรัญญา ทั้งสุข (2561)¹⁰ ได้ศึกษาการประเมินผลการควบคุมภายในและแนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในของเทศบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่า แนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในของเทศบาล ได้แก่ ฝ่ายบริหารควรออกแบบโครงสร้างระบบควบคุมภายในให้สอดคล้องและเหมาะสมกับภารกิจของแต่ละส่วนงาน การสร้างบรรยากาศและสภาพแวดล้อมการควบคุมภายในของหน่วยงาน เช่น การกำหนดจริยธรรมของการทำงาน ความซื่อสัตย์ ความไวใจได้ ความโปร่งใส การ

กำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมตามหลักธรรมาภิบาล และการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เป็นลายลักษณ์อักษร จากการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้เมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในตามองค์ประกอบของการควบคุมภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี มีความเข้าใจในการจัดการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีเท่ากัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของจันทนา อยู่อ้อม (2557)¹¹ ศึกษาการพัฒนาระบบการควบคุมภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่าปัญหากระบวนการควบคุมภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุดรดิตถ์ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านกิจกรรมการควบคุม ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร ด้านการติดตามประเมินผลในภาพรวมมีปัญหาอยู่ในระดับมาก แนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุดรดิตถ์ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุมควรมีเอกสารกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่ง (Job Description) ซึ่งระบุลักษณะงานของบุคลากรทุกตำแหน่งหน้าที่ ด้านการประเมินความเสี่ยง ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความชำนาญในงาน โดยการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับระบบควบคุมภายใน ด้านกิจกรรมการควบคุมควรจัดให้มีการดูแลทรัพย์สินอย่างเคร่งครัดและปรับปรุงทะเบียนทรัพย์สินให้ถูกต้อง ด้านสารสนเทศและการสื่อสารควรให้การสนับสนุนและร่วมมือในการกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม มีการติดตามผลเกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง ด้านการติดตามประเมินผลควรจัดทำคู่มือการใช้

งานให้ชัดเจนและสนับสนุนงบประมาณในการจัดหางบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ท้าววรรณ ไชยพรม และคณะ (2561)¹² ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายในของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 3 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายในของโรงเรียนมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประชุมวางแผนการดำเนินงานควบคุมภายใน 2) การออกแบบระบบควบคุมภายใน 3) การใช้ระบบควบคุมภายใน และ 4) การประเมินผลและจัดทำรายงานการควบคุมภายใน ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่ามีความเหมาะสมในภาพรวมที่ระดับมากที่สุด (เฉลี่ย) = 4.65 ผลการสร้างคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายใน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการและเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) รายละเอียดของรูปแบบ 4) วิธีการใช้รูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยนี้

1. ในการดำเนินการจัดการควบคุมภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การให้ความสำคัญในเรื่องของการวางแผน ระเบียบ ข้อบังคับ ในการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลขององค์กรการกำหนดเกณฑ์ระดับความเสี่ยงอย่างชัดเจน เพื่อมีการจัดเกณฑ์การ

ดำเนินการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมการจัดหมวดหมู่สามารถตรวจสอบระบบการเก็บเอกสารได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้สะดวกในการค้นหาเอกสารการสื่อสารทำความเข้าใจกับบุคลากรเกี่ยวกับนโยบายและระเบียบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกัน

2. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ได้แก่ บุคลากรในองค์กรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ และความสำคัญของระบบควบคุมภายใน ผู้บริหารไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดวางระบบการควบคุมภายในอย่างจริงจัง และการขาดคุณธรรมและจริยธรรมของเจ้าหน้าที่และผู้บริหาร

3. ผู้บริหารทุกระดับควรทำความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการควบคุมภายใน ควรจัดประชุมหารือร่วมกับผู้บริหารทุกส่วนงานในการระบุและวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อให้การพิจารณาความเสี่ยงครอบคลุมการดำเนินงานด้านต่าง ๆ มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและกำกับให้มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และรายงานให้ผู้บริหารทราบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการจัดทำระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และมีการวิเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมของผู้นำขององค์กรเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงในการบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง และสอดคล้องกับบทบาทภารกิจได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง. (2562). คู่มือการควบคุมภายใน 2562. คู่มือการควบคุมภายใน 2562 สำนักงานปลัดกระทรวงการคลังและสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง
2. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. (2562) มาตรฐานการบริหารความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง.
3. สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน. (2552). แนวทาง: การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายใน http://cste.sut.ac.th/2014/wp-content/files/____.pdf



4. คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน.(2551). แนวทาง: การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล
การควบคุมภายใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
5. คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน.(2548). คำแนะนำ:การจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามระเบียบ
คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544.กรุงเทพฯ
- 6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. (2561). แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมภายในของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. (เอกสารอัดสำเนา)
7. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
8. บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
9. สิริธิดา ขารสว่าง กฤตพา กฤตพา (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตาม
แนวคิด COSO กับ การปฏิบัติงานด้านการเงิน และบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม -
เมษายน 2563 34-47
10. สรัญญา ทั้งสุข. (2561) การประเมินผลการควบคุมภายในและแนวทางการพัฒนาระบบการควบคุม
ภายในของเทศบาลในจังหวัดเชียงใหม่ การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
11. จันทนาอยู่อิม. (2557). การพัฒนาระบบการควบคุมภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
อุดรดิตถ์. การศึกษาคณะอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
12. ท้าววรรณ ไชยพรม วาโร เฟิงสวัสดิ์ บุญมีก่อบุญ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายใน
ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 3. วารสารมหาวิทยาลัยราช
ภัฏร้อยเอ็ด. ปีที่12 ฉบับที่1 มกราคม – มิถุนายน 2561 104-114

กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

Process of enhancing understanding for parents in caring for thalassemia patients who are children who come to receive services at the out-patient department (OPD), children, Nakhon Pathom Center Hospital

(Received: March 23,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 29,2023)

ธิดา ชื่นชม¹

Thida Chuen Chom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก และศึกษากระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม มีระยะเวลา ในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2565 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 51 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ผลของกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05) โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ดีวก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจ

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the situation of thalassemia patients in children. and to study the process of enhancing understanding for parents in caring for thalassemia patients who receive services at the Pediatric Out-Patient Department (OPD), children, Nakhon Pathom Center Hospital. Sample size were 51 thalassemia patients who were children who received services at the outpatient department (OPD), outpatient department (OPD), children, Nakhon Pathom Center Hospital. There was a study period between October 2021 - September 2022, totaling 12 months. Data were collected from questionnaires and medical records. data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and Dependent t-test.

The study found that The effect of a process for enhancing understanding for parents in caring for thalassemia patients who are children receiving services at the Pediatric Out-Patient Department (OPD), Nakhon Pathom Center Hospital. After conducting the understanding of parents on the process of enhancing their understanding of caring for thalassemia patients in children Overall and each aspect was at the highest level. and when comparing parents' understanding to the process of enhancing their understanding of caring

¹ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม

for thalassemia patients as children Before and after the operation, it was found that there was a statistically significant difference at the level of .05 ($p\text{-value} < .05$). Sick with thalassemia as a child better before proceeding

Keywords: Pediatric thalassemia patients, understanding process

บทนำ

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยมากที่สุดในโรคและประเทศไทย เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย และประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹ เป็นปัญหาที่สำคัญทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม และเป็นปัญหาที่ยากต่อการบริหารจัดการเนื่องจากมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อนยากต่อการเข้าใจทั้งในบุคลากรทางการแพทย์และในประชาชนทั่วไป เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญในเม็ดเลือดแดง โดยเป็นตัวนำออกซิเจนจากปอดไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกายและนำคาร์บอนไดออกไซด์มาส่งที่ปอด ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีฮีโมโกลบินที่ผิดปกติทำให้สร้างโปรตีนโกลบินไม่ได้หรือสร้างได้น้อยลงเม็ดเลือดแดงจึงเกิดพยาธิสภาพขาดความยืดหยุ่นและถูกม้ามจับทำลาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีอาการโลหิตจางมาแต่กำเนิดและตาเหลือง ถ้าเป็นมากจะเติบโตไม่สมอายุ ยีนธาลัสซีเมียมีลักษณะเป็นยีนด้อย (recessive gene) ผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียจะต้องมียีนธาลัสซีเมียที่ตำแหน่งเดียวกัน (locus) 2 ยีน ในขณะที่ผู้ที่มียีนธาลัสซีเมียและยีนปกติอย่างละ 1 ยีน จะเรียกว่า ผู้ที่เป็นพาหะ (trait, carrier, heterozygote) โดยผู้ที่เป็นพาหะจะไม่แสดงอาการใดๆของโรค ในปัจจุบันมีประชากรไทยจำนวนมากที่เป็นพาหะซึ่งมียีนผิดปกติดังกล่าวแฝงอยู่ จึงทำให้พบผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (interaction) ของยีนเหล่านี้ได้หลายชนิด โดยหากจำแนกชนิดของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียตามความผิดปกติของยีน (genetic classification)²

อาการทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้แก่ ภาวะซีด ผอม การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ภาวะดีซ่าน (jaundice) และนิ่วในถุงน้ำดี (gall stone) จากการที่เม็ดเลือดแดงแตกมาก ทำให้มีการ

สะสม และตกตะกอนของ indirect และ direct bilirubin ในร่างกาย ม้ามโต (splenomegaly) จากการที่ม้ามต้องทำหน้าที่ในการทำลายเม็ดเลือดแดงจำนวนมาก รูปร่างของกระดูกเปลี่ยนแปลงไป (bone change) ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดแดงตามกระบวนการปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงหันไปสร้างเม็ดเลือดแดงจากอวัยวะส่วนอื่นๆ เช่น ตับ ไชกระดูกเหลือง เรียกว่า การเกิด extramedullary hematopoiesis ทำให้ผู้ป่วยมีตับโต มีรูปร่างกระดูกที่เปลี่ยนแปลงไป มีโครงสร้างของใบหน้าที่มีลักษณะจำเพาะ คือ มีกระดูกแก้มสูงนูนออกมามาก คิ้วห่างออกจากกัน (thalassemia face)^{2,3,4}

สถานการณ์โรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ รวมกันมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 1 ของประชากรชาวไทย ด้วยจำนวนประชากรขณะนี้ประมาณ 63 ล้านคน จะมีจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียไม่น้อยกว่า 500,000 คนทั่วประเทศ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น โรคฮีโมโกลบินเอช รองลงมาคือ โรคเบต้าธาลัสซีเมียชนิดมีฮีโมโกลบิน อี และ โรคเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์⁵ เนื่องจากโรคเป็นโรคเรื้อรังที่มีมิติความเชื่อมโยงที่หลากหลาย เช่น การตรวจเลือดในคู่สมรส เพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคธาลัสซีเมียในทารกเกิดใหม่ เมื่อเด็กเกิดมาและมีอาการผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญในสถานบริการ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย สูญเสียโอกาสพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษาซึ่งนับว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของชีวิตในการสร้างอนาคตส่งผลกระทบต่อในด้านสังคมที่ต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องและสภาพจิตใจของผู้ป่วย ในขณะที่ประเทศไทยที่เป็นประเทศกำลังพัฒนา แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยมีข้อจำกัดด้านการศึกษาและบริบทของสังคมที่อยู่อาศัย ทำให้ยังมีข้อจำกัดใน

การเข้าถึงการรักษา การติดตามการรักษา และการดูแลรักษาตนเอง และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยการคัดกรองเพื่อควบคุมจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียรายใหม่จึงมีความสำคัญ ในขณะเดียวกัน การดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียก็ต้องเพิ่มระดับหรือปรับเปลี่ยนตามบริบทของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การตรวจคัดกรองพาหะ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน การใช้วิธีการดูแลรักษาแบบต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยธาลัสซีเมีย เช่น การให้เลือด การให้ยาขับเหล็ก การตัดม้าม การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เป็นต้น¹ นอกจากนี้ โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง โดยในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงผู้ป่วยมากกว่าในฐานะของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีกระบวนการในการดูแลเยียวาสภาพจิตใจให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้อยู่ในสังคมได้ โดยในการจัดการเกี่ยวกับปัญหา ธาลัสซีเมียประกอบด้วยหลักการสำคัญ คือ การควบคุมป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการรุนแรงเกิดขึ้น การรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียให้ได้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยคำนึงถึงสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียมกัน โดยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีพึ่งตนเองได้ไม่แปลกแยกมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข สามารถเรียนและประกอบอาชีพได้มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่าคนหนึ่ง^{1,5-7}

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาธาลัสซีเมีย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เกิดมาแล้วมีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีพึ่งตนเองได้ไม่แปลกแยกมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็กโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม
2. เพื่อศึกษากระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็กโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กและศึกษากระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก (OPD) โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบงานวิจัย

กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลา ในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2565 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ที่มารับบริการ ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2565 จำนวน 51 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการประกอบด้วย การสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก การวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกัน การกำหนดแนวทางประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกัน และการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการรักษา

2.2 แบบวัดความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁶

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้

ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .883

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนและหลังดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

1.1 ข้อมูลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม พบว่า ส่วนใหญ่ อายุ ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 51.0 กรุ๊ปเลือด O ร้อยละ 35.3 และประเภทของธาลัสซีเมียเป็น BETA THALASSAEMIA (D561) ร้อยละ 62.7

1.2 ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

2. กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มา

รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ได้แก่ การนัดหมายผู้ป่วย การจองเลือดล่วงหน้าผ่าน Application เจาะเลือดพร้อม การลงทะเบียนตรวจที่ OPD เด็ก และทำการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยการวิเคราะห์ วางแผนการดูแล การนัดหมายล่วงหน้ากับแพทย์ที่ OPD เด็ก และให้เข้ากลุ่มเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ประกอบด้วย การสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก การวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกันและการกำหนดแนวทางประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกัน จากนั้น จึงเข้ารับการตรวจรักษา จองคิวให้เลือดที่ศูนย์ให้เลือด เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจเด็กส่งคำสั่งการให้เลือดผ่าน line จองคิวให้เลือดที่ศูนย์ให้เลือด และให้เลือด ผู้ป่วยให้เลือดตาม

คิวที่ทางตึกแจ้ง และสามารถได้รับเลือดและกลับบ้านได้โดยไม่ต้อง Admit

3. ผลของกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

3.1 ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ดีวก่อนดำเนินการ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
พยาธิสภาพของโรค	2.88	0.26	4.57	0.25	50	-38.314	.000*	-1.77468	-1.59787
การดูแลรักษาทั่วไป	2.90	0.28	4.52	0.20	50	-38.859	.000*	-1.70126	-1.53403
ข้อปฏิบัติ	2.95	0.26	4.61	0.18	50	-40.514	.000*	-1.74244	-1.57783
รวม	2.91	0.18	4.57	0.16	50	-51.801	.000*	-1.71884	-1.59052

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.4 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ดีวก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผลของกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ก่อนและหลัง

ดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < .05) โดยที่หลังดำเนินการความเข้าใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ดีวก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ รัชนิกร กุตระกูล (2559)⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการของมารดาและภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการของมารดาและภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวมารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการของมารดาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001 และ p < .001 ตามลำดับ) และภายหลังได้รับโปรแกรมเด็กในกลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริต (p = .430 และ p = .440) และระดับซีรั่มเฟอริติน (p = .476 และ p = .444) ไม่แตกต่างจากระยะก่อนได้รับโปรแกรมและของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้เนื่องจาก กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็กโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ได้แก่ การนัดหมายผู้ป่วยการจองเลือดล่วงหน้าผ่าน Application เจาะเลือดพร้อม การลงทะเบียนตรวจที่ OPD เด็ก และทำการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โดยการ วิเคราะห์ วางแผนการดูแล การนัดหมายล่วงหน้ากับแพทย์ที่ OPD เด็ก และให้เข้ากลุ่มเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ประกอบด้วย การสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก การวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกันและการกำหนดแนวทางประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกัน จากนั้น จึง

เข้ารับการตรวจรักษา จอควให้เลือดที่ศูนย์ให้เลือดเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจเด็กส่งคำสั่งการให้เลือดผ่าน line จอควให้เลือดที่ศูนย์ให้เลือด และให้เลือดผู้ป่วยให้เลือดตามคิวที่ทางตึกแจ้ง และสามารถได้รับเลือดและกลับบ้านได้โดยไม่ต้อง Admit เป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย^{5,7,9} สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และคณะ (2563)¹⁰ ได้ศึกษารูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยในระยะที่ 1 จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นหลักในการจัดการตนเองของเด็กคือ การจัดการตนเองด้านชีวิตประจำวัน การจัดการตนเองด้านจิตใจ และสิ่งสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ความร่วมมือ ในการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 17.4 ส่วนในระยะที่ 2 ได้รูปแบบการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้าด้านเด็ก ประกอบด้วยมุมมองของเด็กต่อการจัดการตนเอง ความร่วมมือในการรักษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบริบทครอบครัวและทีมสุขภาพ 2) กระบวนการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็ก ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมีย ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้รูปแบบเป็นไปได้จริงและยั่งยืนคือความร่วมมือระหว่างครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

กระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เด็ก ควรส่งเสริมให้มีการเข้ากลุ่มเสริมสร้างความเข้าใจ

สำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ดังต่อไปนี้ 1) การสะท้อนปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก 2) การวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกัน 3)การกำหนดแนวทางประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กร่วมกัน ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค

การดูแลรักษาทั่วไป และ ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำเอากระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็ก ไปใช้กับผู้ป่วยเด็กคลินิกโรคอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Weatherall DJ, Clegg JB, editors.(2001). The Thalassemia Syndromes.b 4 th ed. Oxford: Blackwell Science.
2. มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย.(2557). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียพ.ศ. 2557 (Clinical practice guidelines for diagnosis and management of thalassemia syndromes 2014). พิมพ์ครั้งที่ 1. พศจิกายน.
3. Adamson JW.(2015). Section 2 hematopoietic disorders Part 7 Oncology and Hematology. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed. Mc Graw Hill Medical.
4. Cook K. (2017). Section 15 hematologic disorders Chapter 100 Anemias. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM, eds. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 10th ed. New York: McGraw-Hill.
5. Tanphaichitr VS. Current situation of thalassemia in Thailand. The 7th International Conference on Thalassemia and Hemoglobinopathies; 1999; Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand; 1999:78-9.
5. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
6. Vichinsky E and Levine L.(2012). Standards of care guidelines for thalassemia. Children's Hospital & Research Center Oakland.
6. คณะกรรมการทบทวนคู่มือปฏิบัติงานการตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ.(2558). คู่มือทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ.พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์,ฉบับปรับปรุง, 2558.
7. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
8. รัชนิกร กุตะแสง (2559) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อการจัดการของมารดาและภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
9. สมชาย แสงกิจพร และ สิริภากร แสงกิจพร.(2558). ธาลัสซีเมียโรคเลือดจางทางพันธุกรรมที่ป้องกันได้. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
10. ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัด, มณีพร ภิญโญ.(2563). รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 28(2) 27 – 39

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด: กรณีศึกษา

Nursing care of pneumonia in children with congenital heart disease: A case study

(Received: March 26,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 30,2023)

พัชรียา พัยคฆพงษ์¹Patchariya Phayakkhaphong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษา กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กหญิงเชื้อชาติลาว อายุ 10 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ด้วยอาการไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย แพทย์วินิจฉัย เป็นโรคปอดอักเสบ มีโรคประจำตัว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รักษาที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เข้ารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม รับการรักษาด้วย เครื่อง High Flow Nasal cannula (HFNC) ให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะติดเชื้อในปอด ฝ้าระวีง ภาวะ หายใจ และหัวใจล้มเหลว สอนผู้ปกครองในการร่วมดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยตอบสนองการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ตามลำดับ สามารถหย่าการใช้เครื่อง High Flow Nasal cannula และใช้ ออกซิเจน cannula ได้อย่างราบรื่นปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล มีการนัดติดตามอาการ และรับยาต่อเนื่อง มีการจัดเข้าระบบการดูแลที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมต่อไป รักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 7 วัน จากการติดตามหลังการรักษา ยังไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ: การพยาบาล ปอดอักเสบ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

Abstract

This study aims to To study the nursing care of pneumonia in children with congenital heart disease Results: A case study of a 10-month-old girl of Lao ethnicity who came to the hospital with symptoms of cough, phlegm, and shortness of breath. diagnostician pneumonia have congenital disease congenital heart disease Treated at Maharat Hospital, Nakhon Ratchasima, treated at pediatric ward Received treatment with a High Flow Nasal cannula (HFNC) machine to provide nursing care to keep the patient safe from hypoxia. lung infection Watch for breathing and heart failure. Teach parents to take care of patients while they are in the hospital. and prepare for continuing care of patients at home The patient responded well to the treatment, respectively, and was able to wean off the High Flow Nasal cannula and administer the oxygen cannula smoothly and safely. No complications during care Have a follow-up appointment and receive continuous medication There is a care system at the developmental stimulation clinic. for further comprehensive care of patients Hospitalization for a total of 7 days from follow-up after treatment. No recurrence was found.

Keywords: nursing, pneumonia, congenital heart disease

¹ พย.ม. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทนำ

ปอดบวม หรือปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณ หลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อ เชื้อที่พบ เป็นสาเหตุบ่อยของโรคปอดบวมในเด็กแตกต่างกันในแต่ละอายุ ได้แก่ ไวรัส ซึ่งเป็นสาเหตุร้อยละ 60-70 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นปอดบวมพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากไวรัสร้อยละ 42 และร้อยละ 7-13 มีอาการปอดบวมรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ปอดบวมยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 15 ของเด็กที่เสียชีวิตทั้งหมด และส่วนใหญ่เกิดในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบความชุกของโรคปอดบวมประมาณร้อยละ 45-50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในทางเดินหายใจส่วนล่าง ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยโรคปอดบวมไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ หายใจลำบากหน้าอกบวม หยุดหายใจเป็นพักๆ หรือหายใจมีเสียง grunting มีภาวะขาดออกซิเจนหรือ SpO_2 ต่ำกว่าร้อยละ 92 ขณะหายใจในอากาศธรรมดา ไม่กินอาหาร หรือ ดูนม หรือมีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ซึม กระสับกระส่าย หรือ มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว สงสัยปอดบวมจากเชื้อ *S. aureus* หรือ group A streptococcus เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการรุนแรงและเปลี่ยนแปลงเร็ว รวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย เช่น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (empyema) และฝีในปอด (lung abscess) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคปอดเรื้อรัง (bronchopulmonary dysplasia, bronchiectasis,

cysticfibrosis) เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 48 ชั่วโมงแล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล หรือบิดามารดาไม่สามารถพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) หรือหนองในเยื่อหุ้มปอด (empyema thoracis)¹

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) หมายถึง ความผิดปกติของโครงสร้าง (Structural abnormality) ของหัวใจที่พบตั้งแต่แรกเกิด รวมถึงความผิดปกติของเส้นเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจด้วย แบ่งเป็นชนิดไม่เขียว (Acyanotic congenital heart disease) และชนิดเขียว (Cyanotic congenital heart disease) ในกลุ่มชนิดไม่เขียว ที่พบได้ในเด็ก ได้แก่ 1) VSD (Ventricular Septal Defect) เป็นโรคหัวใจที่มีรูทะลุที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง พบบ่อยที่สุดในเด็ก ทำให้เกิดการไหลของเลือดแดงจาก Left Ventricle ไป Right Ventricle ผ่าน Pulmonary artery ไปปอด 2) ASD (Atrial Septal Defect) เป็นโรคหัวใจที่มีรูทะลุที่ผนังกันหัวใจห้องบนทำให้เกิดการไหลของเลือดแดงจาก Left atrium ไป Right atrium ผ่าน Tricuspid valve ลงสู่ Right Ventricle ผ่าน Pulmonary valve ออกสู่ Pulmonary artery ไปปอด 3) PDA (Patent Ductus Arteriosus) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากการเปิดของ Ductus arteriosus ซึ่งเป็นเส้นเลือดที่อยู่ระหว่าง Aorta กับ Pulmonary artery ไปปอด VSD ASD PDA เป็นเลือดที่ทำให้เกิดการลัดวงจรของเลือดจากซ้ายไปขวา หรือเลือดแดงปนกับเลือดดำจึงเรียกว่า Left to Right shunt และจากการที่เลือดไปปอดมากกว่าปกติจึงทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด คือปอดบวม หรือปอดอักเสบได้ง่าย เป็นต้น²

จากสถิติหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปากช่องนานา พบผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา



รักษาตัวด้วยโรคปอดอักเสบในปี 2563-2565 พบว่ามีจำนวน 138ราย 128ราย และ 91ราย เชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ *Acinetobacter baumannii* และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ต้องส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นอันดับที่ 1 ในปี 2564-2565 พบว่ามีร้อยละ 3.12 และร้อยละ 2.19 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กที่โรงพยาบาล³

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และจัดทำรายงานกรณีศึกษา เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย นำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตในเด็กได้ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องด้านพัฒนาการ และการลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุจากผู้ปกครองขาดความรู้ในการดูแลเด็ก

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบทวนแก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยเด็กหญิงเชื้อชาติลาว มารดาตั้งครรภ์ 40+1 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามกำหนดคลอดปกติที่รพ.ปากช่องนานา 21 กุมภาพันธ์ 2565 น้ำหนักแรกเกิด 3100 กรัม APGAR 9,10,10 day 2 พบ Heart : systolic ejection murmur LLPSB CXR : Cardiomegaly CT ratio 0.67 R/O VHD อาการปกติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 และให้นัดติดตามอาการ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 Plan Refer cardio ped โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แผนกผู้ป่วยนอก แต่เมื่ออายุได้ 10 วัน มีอาการเหลืองร่วมกับอาการหอบเหนื่อย มาตรวจที่ รพ.ปากช่องนานา แพทย์วินิจฉัยเป็น Congenital heart disease with Congestive heart failure(CHF) รักษาตัวที่ รพ.ปากช่องนานา 1 วัน อาการไม่ดีขึ้น ประสานงานรพ.มหาราชนครราชสีมา พิจารณา ส่งตัวรักษาต่อที่ รพ.มหาราชนครราชสีมา ที่รพ.มหาราชนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยเป็น CHF with ASD ตรวจ Echo เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2565 พบ ASD 4 mm. Lt. to Rt. Shunt Severe TR no MS no MR good LVEF 60% small PDA 2.4mm. Lt. to Rt. Shunt PM VSD 4 mm. รักษาตัวที่ รพ.มหาราชนครราชสีมา นาน 14 วัน มีแผนการรักษาโดยการให้ยา รับประทานเพื่อควบคุมอาการ เมื่อกลับมารักษาต่อบ้าน ได้มีการเข้ารักษาตัวที่รพ.ปากช่องนานา ด้วย

โรคปอดอักเสบ จำนวน 5 ครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ 10 เดือน มารดาชาวลาวทำงานต่างจังหวัด ขาดการติดต่อ บิดาชาวไทยและป้าของผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงดู ได้รับวัคซีนตามกำหนด สิทธิการรักษา ทอง 0-12 ปี วันที่ 11 มกราคม 2566 เวลา 20.50 น. มาโรงพยาบาล ตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อยมาก มา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 2 วัน ก่อนมารพ. มีไอเสมหะ ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก กินได้ปกติ ไม่ซึม 1 วัน ก่อนมารพ. ยังมีไอเสมหะ หอบมากขึ้นจึงมารพ.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: Last admit 17-21 ธันวาคม 2565 Dx. Pneumonia

การตรวจร่างกาย: น้ำหนัก 6.3 กก. อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส หายใจ 60 ครั้ง/นาที
GA: crying dyspnea HEENT: not pale no jx.
Lung: wheezing rhonchi both lung retraction
Ext: no rash no edema

ผลการตรวจทางรังสี: CXR : RUL RML infiltration, cardiomegaly

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ผลตรวจทางโลหิตวิทยาที่ผิดปกติได้แก่ (CBC) WBC 16,310 cells/cu.mm. Lymphocyte 51% Monocyte 14% Eosinophile 8% Platelet count 445000/uL ผลการตรวจ DTX 97mg% ATK และ flu neg ผล Hemo culture ครั้งที่ 1 No growth after 2 days ครั้งที่ 2 No growth after 5 days

การวินิจฉัย: Pneumonia with congenital heart disease

การรักษาที่ได้รับ: ที่ห้องฉุกเฉินพ่น Ventolin Stat 3 dose O₂ Mask c Bag 10 LPM Keep O₂ Sat ได้ 99% ON 5% D/N/3 500 ml Rate 15 ml/hr ให้ Salbutamol 0.3 cc + NSS upto 4 cc. NB q 4 hr และ suction ให้ Keep SpO₂ ≥ 95% RR < 40/min If failed on O₂ mask c bag 5 LPM

If failed on HFNC Flow 20 FiO₂ 0.4 เข้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเวลา 21.30 น. ให้ Cef-Tri-A-Xone iv 300 mg q24hr. digoxin 0.05mg/ml รับประทาน ครั้งละ 0.4 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น Glyceril GUIACOLATE (GG SYR) 100 mg/5ml. ขวด 1.2 ซีซี @ tid pc BROMHEXINE SYR 4 mg/5 ml. ขวด 1.2 ซีซี @ tid pc. Kit syrup (Paracetamol Drop) 60 mg/0.6ml. ขวด 0.6 ซีซี @ prn. q4-6 hr. for pain/fever Furosemide 40 mg. 1/4 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2.5 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น SPIRONOLACTONE (25 mg.) 1/4 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น Enalapril (5 mg.) 1/4 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2 ซีซี หลังอาหาร เข้า MULTIVITAMIN Drop (15 ml.) รับประทานครั้งละ 1 ซีซี วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เวลา 23:12 น. notify V/S และถ่าย video อาการแสดง ส่งให้แพทย์ทราบ พิจารณา ให้ ON HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจน จากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากพยาธิสภาพที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน: มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย BT 37.9 องศาเซลเซียส RR 60/min

วัตถุประสงค์: ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. Oxygen Saturation ≥ 95%
2. ไม่มีอาการเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตียงใกล้ Unit พยาบาล



2. จัดทำนอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา โดยใช้ผ้าหนุนให้คอหนุนเล็กน้อย เพื่อให้

ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4
4. เฝ้าระวัง และตรวจสอบ
ภาวะแทรกซ้อน ขณะใช้ออกซิเจน HFNC อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
5. สอนผู้ปกครอง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ขณะใช้ออกซิเจน HFNC
6. ดูแล Suction เพื่อลดและป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจ
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 5%D/N/3 500 ml Rate 15 ml/hr.
8. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา
9. เฝ้าระวังภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็ว ตื้น ฟังเสียงปอด บั่นทึบ สัญญาณชีพ O₂ Sat อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
10. อธิบายให้ญาติ หมั่นสังเกตความผิดปกติของการหายใจ อาการเหนื่อย แม้ในขณะที่นอนพัก เพื่อ
รายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แก่พยาบาลทราบ เพื่อพิจารณาการดูแลช่วยเหลือต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากได้รับ HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4 ประมาณ 3 ชม. อาการหอบเหนื่อย ทุกเลาลง ไม่มี Cyanosis RR 58/min PR 144/min O₂ Sat 99 % ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ และ O₂ Sat ทุก 2 ชั่วโมง ติดตามอาการต่อเนื่อง RR 40-58/min O₂ Sat 98-100 % จนกระทั่ง วันที่ 15

มกราคม 2566 ได้ OFF HFNC เปลี่ยนเป็น ออกซิเจน cannula 5 LPM RR 44/min Keep O₂ Sat ได้ 99 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะหายใจ และหัวใจล้มเหลว

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย BT 37.9 องศาเซลเซียส RR 60/min Lung: wheezing rhonchi both lung subcostal retraction CXR : RUL RML infiltration cardiomegaly U/D ASD VSD PDAQ severe TR

วัตถุประสงค์: ไม่มีภาวะหายใจ และหัวใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมิน

1. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ
2. อัตราการหายใจ และสัญญาณชีพปกติ
3. Oxygen Saturation $\geq$ 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตียงใกล้ Unit พยาบาล
2. จัดทำนอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา โดยใช้ผ้าหนุนให้คอหนุนเล็กน้อย เพื่อให้

ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4
4. ดูแลให้ได้รับยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา
 - Digoxin 0.05mg/ml รับประทาน ครั้งละ 0.4 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น
 - Enalapril (5 MG) 0.25 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2 ซีซี หลังอาหารเช้า
 - Furosemide (40 mg) 1/4 เม็ด + น้ำ 5ซีซี รับประทานครั้งละ 2.5 ซี

ซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า –
เย็น - SPIRONOLACTONE (25
MG) 1/4 เม็ด + น้ำ 5 ซีซี
รับประทานครั้งละ 2 ซีซี วันละ 2
ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
Control ด้วย Infusion pump
6. ประเมินและบันทึกสารน้ำ เข้าและออก
จากร่างกายทุก 8 ชม.
7. สังเกตอาการ หายใจหอบเหนื่อยที่อาจ
เพิ่มขึ้น อาการหายใจลำบาก หายใจมี
เสียงดัง หายใจอึดอัดรุนแรงมากขึ้น
ระดับความรู้สึกตัวลดลง
กระสับกระส่าย ร้องกวน หรือซึมลง
ร่วมกับประเมินสัญญาณชีพทุก 1-4
ชั่วโมง ตามความรุนแรงของผู้ป่วย และ
รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ ด้วย
ภาพ video
8. เตรียม Monitor EKG รถฉุกเฉิน และ
อุปกรณ์ช่วยชีวิต

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากได้รับ HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4
ประมาณ 3 ชม. อาการหอบเหนื่อย ทุกเลา่ง ไม่มี
Cyanosis รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ไม่ซึม
subcostal retraction ลดลง RR 40-58/min O₂
Sat 98-100 % ปัสสาวะ ออก 575-700 ml./day
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 3 ติดเชื้อในระบบ
ทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีไข้
หายใจหอบเหนื่อย BT 37.9 องศาเซลเซียส RR
60/min Lung: wheezing rhonchi both lung
CXR : RUL RML infiltration

วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบ
ทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.5
องศาเซลเซียส)
2. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ
3. เสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Universal
precaution technique และ aseptic
technique โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการ
ดูดเสมหะ
2. ดูแลความสะอาดช่องปากในเด็ก
3. จำกัดผู้เยี่ยม ผู้ดูแลสวมหน้ากากอนามัย
ตลอดเวลา
4. วัดสัญญาณชีพ และ O₂ Sat อย่างน้อย
ทุก 4 ชั่วโมง
5. ให้การพยาบาลลดไข้
6. ดูแลให้ได้รับยาและสังเกตอาการ
ข้างเคียงจากยา
 - Cef-Tri-A-Xone 300 mg iv
q24hr
 - Kit syrup(Paracetamol
Drop)(60 mg/0.6ml) 0.6 cc @
prn q4-6hr for pain/fever
 - Glyceryl Guaiacolate (GG syr.)
(100 mg/5ml) 1.2 cc @ tid pc
 - Bromhexine syr. (4 mg/5ml)
1.2 cc @ tid pc

ประเมินผลการพยาบาล

มีไข้ 37.5 – 37.9 องศาเซลเซียส วันละ 1-2
ครั้ง วัดสัญญาณชีพ และ O₂ Sat ทุก 2-4 ชั่วโมง
เช็ดตัวลดไข้



ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะ
พร่องออกซิเจนหลังหย่าเครื่อง High Flow Nasal
cannula (HFNC)

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ U/D
ASD VSD PDAQ severe TR ON HFNC 8 LPM
FIO₂ 0.4 นาน 4 วัน

1. **วัตถุประสงค์:** ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน
เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. Oxygen Saturation $\geq$ 95%
2. ไม่มีอาการเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตียงใกล้ Unit พยาบาล
2. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ
30 องศา โดยใช้ผ้าหนุนให้คอแขนง
เล็กน้อย เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมี
การระบายอากาศที่ดี
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula 5
LPM
4. เฝ้าระวัง และตรวจสอบประสิทธิภาพ
การให้ออกซิเจน อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
ได้แก่ สายออกซิเจนอยู่ในตำแหน่งที่
เหมาะสม ไม่กดทับ หรือหย่อน
จนเกินไป
5. สอนผู้ปกครอง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย
ขณะใช้ออกซิเจน cannula
6. ดูแล Suction เพื่อลดและป้องกันการ
อุดกั้นของทางเดินหายใจ
7. เฝ้าระวังภาวะหายใจลำบาก ได้แก่
หายใจเร็วตื้น ฟังเสียงปอด บันทึก
สัญญาณชีพ O₂ Sat อย่างน้อยทุก 4
ชั่วโมง
8. ดูแลให้ได้รับยาและสังเกตอาการ
ข้างเคียงจากยา อย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

ON cannula 5 LPM 1 วัน อาการดีขึ้น ปรับ
เป็น ออกซิเจน cannula 2 LPM ต่อ 1 วัน แล้ว
สามารถ หายใจ Room air ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 5 ผู้ปกครองวิตกกังวล
เกี่ยวกับอาการของโรค และพัฒนาการ

ข้อมูลสนับสนุน: กังวลเรื่องพัฒนาการ คร่ำหวาย
ไม่ได้ คลานไม่ได้ ไม่แข็งแรง

วัตถุประสงค์: เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

เกณฑ์การประเมิน

1. คลายความวิตกกังวล โดยมีสีหน้า และ
พฤติกรรมที่ผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดี กับผู้ปกครอง เปิด
โอกาสให้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล
และให้กำลังใจ
2. สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดย
ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ใส่ใจในทุก
คำพูดของผู้ปกครอง
3. อธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจเกี่ยวกับโรค การ
รักษา และวางแผนการดูแลร่วมกัน
4. แนะนำ พุดคุยผ่อนคลาย กับผู้ปกครองเด็ก
ป่วยข้างเตียงด้วยเรื่องที่สดชื่น เชิงบวก
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ปกครองได้พักผ่อน อย่าง
เพียงพอ และเหมาะสม
6. ส่งเข้าระบบนัดหมายคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ปกครองได้ คุยปรึกษาอาการกับแพทย์เป็น
ระยะ ขณะแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ และพยาบาล
ในเวร หมั่นสอบถามความต้องการ และให้กำลังใจ
ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นัดคลินิกกระตุ้น
พัฒนาการ โรงพยาบาลปากช่องนานา 9 พฤษภาคม
2566 เวลา 10.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 6 เตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กอายุ 10 เดือน มีโรคประจำตัว มีประวัติเป็นโรคปอดอักเสบ ที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์: ผู้ปกครองมีความรู้ และความมั่นใจในการดูแลเด็ก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด
2. ไม่พบการ Re-admit ด้วยสาเหตุจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความต้องการความช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้าน
2. ให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านโดยยึดหลัก D-METHOD ดังนี้
 - D-Diagnosis อธิบายถึง สาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบ และการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - M-Medicine แนะนำวิธีการเตรียมยาอาการที่ต้องเฝ้าระวัง
 - E-Environment แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมภายใน และบริเวณโดยรอบบ้านให้สะอาดปลอดภัย
 - T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ปรึกษา และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์
 - H-Health แนะนำการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การระมัดระวังการสัมผัสกับนมและอาหาร การไม่นำเด็กไปอยู่ในที่ชุมชนแออัด การไม่สัมผัสสัตว์เลี้ยง การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อผู้ปกครองมีอาการเจ็บป่วยทางเดินหายใจ
 - Out patient แนะนำให้มาตรวจพบแพทย์ตามนัด

- D-Diet แนะนำจัดอาหาร และนมที่สะอาดปลอดภัย เพื่อการเจริญเติบโต และเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากออกจากโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2566 ที่ผ่านมา ยังไม่พบประวัติ การมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ก่อนกลับผู้ปกครองรับปากว่าจะมาตรวจตามนัดต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อยมาก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจการให้ Oxygen flow rate ขนาดสูง มีผลทำให้อาการหอบเหนื่อยดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาวรรณ อาริพงษ์(2562) กล่าวว่า การให้ Oxygen flow rate ขนาดสูงทำให้เกิด Positive End Expiratory Pressure (PEEP) มีส่วนช่วยในการเปิดทางเดินหายใจ เครื่อง High Flow Nasal cannula เป็นเครื่องมือที่ให้ Oxygen flow rate ขนาดสูง ผ่านเครื่องทำความชื้นให้กับผู้ป่วยทาง Nasal cannula ออกซิเจนจะไปกักบริเวณ Nasopharynx ช่วยลด Nasopharyngeal dead space ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนความเข้มข้นสูงตามที่ต้องการอย่างสม่ำเสมอ จะลดการหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์กลับเข้าไปใหม่(rebreathing) และช่วยลดแรงต้านในการหายใจเข้า มีผลให้ลดการออกแรงในการหายใจของผู้ป่วยทำให้อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กเกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย อีกทั้งยังกระตุ้นให้โรคปอดอักเสบรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้ และส่งผลให้เด็กมีโอกาสต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ ความรู้แก่ผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด

ครอบคลุม และต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านอย่างมีแบบแผนจะช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่บ้านอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ(2559) การดูแลผู้ป่วยเด็กต่อเนื่องโดยใช้หลัก D-METHOD โดยการสอนผู้ปกครอง เป็นรายบุคคล ด้วยการสาธิตและฝึกทักษะ ในเรื่องการสังเกตการหายใจที่ผิดปกติ การดูแลเด็กเมื่อมีอาการไข้ อาการไอ การให้ยา การจัดการกับน้ำมูกหรือเสมหะ การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลด้านอาหาร การพักผ่อน และการติดตามพัฒนาการ ทั้งนี้สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก 0-5 ปี ได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาค และพยาธิวิทยา เพื่อการประเมินอาการ และวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และครอบคลุม
2. ทีมการพยาบาล ต้องมีทักษะ ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การสื่อสาร การรายงานแพทย์ การแจ้งอาการและแผนการรักษาของแพทย์แก่ผู้ปกครอง และการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ควรมีรูปแบบและช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อนำมาใช้ในการให้ความรู้ หรือปรึกษาเพิ่มเติมเมื่ออยู่ที่บ้าน
4. ควรมีระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อทราบปัญหาความต้องการหลากหลายมิติ เพื่อการดูแลที่ครอบคลุม ในกลุ่มเด็กที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือกลุ่มอื่นๆที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. (2562).แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562.กรุงเทพมหานคร:บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด
- 2.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2556).เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรระยะสั้น การพยาบาลโรคเด็ก ครั้งที่ 30.กรุงเทพมหานคร
- 3.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลปากช่องนานา หน่วยงานกุมารเวชกรรม. (2565).รายงานประจำปี 2563-2565. นครราชสีมา:โรงพยาบาลปากช่องนานา
- 4.ยุพารรณ อารีพงษ์.(2562).การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่อง High-flow nasal cannula. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล;4(2):1-10
- 5.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ.(2559). บทบาทของพยาบาล: ความท้าทายในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็กเล็ก.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล;22(1): 121-130
- 6.พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์.(2544). การพยาบาลเด็กเล่ม2.นนทบุรี:บริษัทยุทธินทรการพิมพ์จำกัด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา

Nursing Anesthesia for obese patient : case studies.

(Received: March 26,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 30,2023)

ลิดากร เพชรวรา¹

Sidagon Petchwara¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคอ้วนเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าปกติ มีผลเสียต่อสุขภาพคุณภาพชีวิตในหลายด้าน เพิ่มความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้นและเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกเป็นการเพิ่มโอกาสที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้นอาจทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลในระยะต่างๆของการให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างผู้ป่วยโรคอ้วน 2 รายที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 35.0-39.9 จัดเป็นโรคอ้วนระดับ 2 และมีโรคประจำตัวทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายมาด้วยโรคนิ่วในถุงน้ำดี ต้องได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง และมีโรคประจำตัวคือหอบหืด มีค่าดัชนีมวลกาย 38.38 กิโลกรัม/เมตร² ประเมินความยากในการใส่ท่อช่วยหายใจระดับ 2 จัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดท่านอนหัวสูงไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และหลังผ่าตัดพบว่ามีปัญหาปวดแผล และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายนี้หัวแม่มือด้านขวาหักแบบปิดต้องได้รับการผ่าตัดเย็บแผลและยังเหลือกระดูก ตรวจพบความดันโลหิตสูงยังไม่ได้รับการรักษา และมีค่าดัชนีมวลกาย 39.51 กิโลกรัม/เมตร² จากการตรวจประเมินร่างกายพบว่ามีภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจยากต้องการเตรียมอุปกรณ์พิเศษในการใส่ท่อช่วยหายใจ อีกทั้งค่าออกซิเจนในเลือด 94 % ซึ่งถือว่าผู้ป่วยรายนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนได้มากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 จึงต้องอาศัยประสบการณ์ของบุคลากรที่มีความชำนาญในการใส่ท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์พิเศษ Video Laryngoscope with Stylet พร้อมทั้งจัดทำ Ramp Position เพื่อลดโอกาสการขาดออกซิเจนให้แก่ผู้ป่วย ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกพบภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต เมื่อหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยตื่นตัวไม่เต็มที่ หายใจเองได้ต้องมีการใส่ออกซิเจนต่ออีกประมาณ 2 ชั่วโมง เนื่องจากมีค่าออกซิเจนในเลือด 97% จึงทำให้ผู้ป่วยรายนี้ต้องทำการสังเกตอาการผิดปกติในห้องพักฟื้นนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคอ้วน /ค่าดัชนีมวลกาย/Ramp Position

ABSTRACT

Obese patients are patients who have more body fat than usual. have a negative effect on health, quality of life. In many ways, it increases the risk of various diseases and when surgery is needed. Anesthesia increases of complications more than such as Difficulty intubation hypoxia high blood pressure etc. may cause patients to require more treatment or longer hospital stays due to various complications. This comparative study of two case studies aims to To compare nursing care at different stages of anesthesia. Between 2 obese patients with a BMI between 35.0-39.9, classified as obesity degree 2 and having underlying disease, both cases

The first case study was a male patient with gallbladder disease. Must have surgery for gallstones in the gallbladder by laparoscopic surgery and have a congenital disease, asthma had a body mass index of 38.38 kg/m² Assess the difficulty of intubation level 2. Provide equipment to hold the head upright. No special equipment is required. Intubation can be carried out without complications. And after the surgery, there was a problem wound pain. The second case study was a male patient with a closed fracture of the right thumb requiring surgical suture and bone fixation. High blood pressure is detected and has not been treated. and had a body mass index of 39.51 kg/m². From the physical examination, it was found that intubation was difficult. Special equipment for intubation was required. In addition, the oxygen value in the blood

¹ พ.ว. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลปากช่องนานา

was 94%, which could be considered that this patient had a greater risk of hypoxia more than Therefore, it requires the experience of personnel who are skilled in intubation and special equipment, Video Laryngoscope with Stylet, and Ramp Position to reduce the chance of lack of oxygen for the patient. Intermittent hypertension was observed during anesthesia administration. This makes it necessary for this patient to give blood pressure-lowering drugs. When after surgery in the recovery room, the patient is not fully awake and able to breath on his own and had to be put on oxygen for another 2 hours because the oxygen value in the blood was 97%, so this patient had to observe abnormal symptoms in the recovery room for a long time

Keywords: obese patients /BMI/Ramp Position

บทนำ

โรคอ้วน หรือภาวะอ้วนเป็นภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก หรือปริมาณไขมันในร่างกาย ในปัจจุบันเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดในโลก โดยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน มีค่าดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มี 6 พันล้านราย เป็นโรคอ้วนสำหรับประเทศไทยจากการสำรวจและรายงานสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกาย คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีน้ำหนักเกินและอ้วนมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 เท่าในรอบทศวรรษ โดยพบว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรคข้อเสื่อม ความพร่องทางภาวะจิตใจและสังคม

จากสถิติการให้บริการการให้ยาระงับความรู้สึกในปี พ.ศ. 2563-2565 โรงพยาบาลปากช่องนานา พบว่ามีผู้ป่วยโรคอ้วนมารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกมีจำนวน 78, 76, 81 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดความสนใจศึกษาเมื่อผู้ป่วยโรคอ้วนที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึกและเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงมากย่อมมีความยุ่งยากและซับซ้อน จึงต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้การรักษา ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยหมดสติชั่วคราว ป้องกันผู้ป่วยจากความเจ็บปวดในระหว่างการผ่าตัด หยุดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวเพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดได้ ด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย

ดังนั้นบทบาทของวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยทุกกระบวนการในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก การจัดทำเพื่อระงับความรู้สึกและขณะผ่าตัด การดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในห้องฟื้นฟื่น และส่งต่อในรายที่ต้องเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมถึงการให้แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการดูแลตัวเองต่อที่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง กับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านวิสัญญีในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง กับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในคนอ้วนที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก

1. การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด จากการเพิ่มขึ้นของไขมันที่บริเวณอวัยวะ

ภายในต่างๆ เป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของ BMI จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดทั้งหมดและเลือดที่ออกจากหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจวายทั้งด้านซ้ายและขวา ทำให้ปริมาณ

เลือดไหลกลับหัวใจลดลงจากหน้าท้องผู้ป่วยที่หนาตัวขึ้นและการไหลของเลือดดำ จากขาและร่างกายช่วงล่างที่ใหญ่โตขึ้นเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ

2.ระบบหายใจ การเพิ่มขึ้นของมวลกายและไขมันในร่างกายส่งผลให้เพิ่มความต้องการออกซิเจนและ

การเผาผลาญในร่างกายทำให้มีคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้นและมีภาวะคอตัน ไขมันสะสมที่คอหนาทำให้เกิดความลำบากในการช่วยหายใจด้วยหน้ากากออกซิเจนและการใส่ท่อช่วยหายใจ

3.ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ผู้ป่วยโรคอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มอาการ

ของโรคนี้ได้แก่ การมีไขมันสะสมที่เอวและช่องท้อง (abdominal obesity) ไขมันเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะดื้อต่ออินซูลินซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติมีกระบวนการสลายลิ่มเลือด (fibrinolysis) ลดลงและความเข้มข้นของ fibrinogen เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่ายหากลิ่มเลือดนั้นไปอุดตันบริเวณใดก็อาจเกิดพยาธิสภาพได้ซึ่งเสี่ยงทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Deep Vein Thrombosis, DVT) และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)

5.การทำงานของตับลดลงจากไขมันที่เพิ่มขึ้น เลือดแข็งตัวได้ง่าย ทำให้อุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง

และหัวใจได้ง่าย ยาที่ขับถ่ายทางตับมีฤทธิ์นานขึ้น

6.ทางเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ มีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี เป็นเบาหวานง่าย และต่อมไทรอยด์

ทำงานลดลง

7.การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ มีปริมาณความเป็นกรดของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร

เพิ่มมากขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดการดูดซึมได้ง่าย

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้ป่วยอ้วนที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก

1.ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจ จากการมีไขมันกีดขวาง เช่น กั้นหน้าไม่ลง อ้า

ปากกว้างไม่ได้ แก้มย้วย ลิ้นใหญ่ ทางหายใจในช่องปากแคบ เมื่อผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกจึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ คือ ทางเดินหายใจอุดตัน และใส่ท่อช่วยหายใจยาก

2.ระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจผู้ป่วยโรคอ้วนร้อยละ 50 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยและร้อยละ

5-10 มีความดันเลือดสูงมาก และยังมีโรคเบาหวานและหัวใจล้มเหลว การวัดความดันเลือดต้องใช้ Pressure Cuff ที่มีขนาดเหมาะสม

3.ระบบทางเดินอาหาร ตับและตับอ่อน มักพบผู้ป่วยโรคอ้วนมีไขมันเกาะตับ (Fatty Liver) นำไปสู่

การเกิดตับแข็ง การทำงานของหลอดอาหารส่วนล่างลดลงร่วมกับมีปริมาตรน้ำย่อยในกระเพาะอาหารสูงเกิดการสำลักร่น้ำย่อยเข้าหลอดลมได้ง่ายขึ้น

4.ระบบอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ความอ้วนทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ถนัด อาจล้มได้ง่าย

การที่มีไขมันบริเวณผิวหนังมากทำให้เกิดการเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำทำได้ยาก

5.ด้านจิตใจ ในผู้ป่วยโรคอ้วนรุนแรงมักมีความรู้สึกซึมเศร้า ไม่มั่นใจในตนเอง และอายุรปร่างของตนเอง

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์

ภาวะอ้วนส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในการกระจายยาและการขับถ่ายออกจากร่างกาย โดยมี

Cardiac Output เพิ่มขึ้น Lean Body Weight เพิ่มขึ้น มีไขมันสะสมในร่างกายมากขึ้น มีความเสี่ยงที่ตับและไตจะทำงานผิดปกติ ปริมาณยาที่แนะนำให้ใช้โดยทั่วไปจะคำนวณตาม Total Body Weight ของคนที่มีน้ำหนักตัวปกติซึ่งระดับยาอาจสูงจนมีอันตรายถ้านำมาใช้กับ

ผู้ป่วยอ้วน คำแนะนำในการให้ยา คือ ยาที่ละลายได้ดีในไขมัน เช่น Opioids, Benzodiazepines, Barbiturates มีการกระจายยาสูงยากระจายไปสะสมในไขมันมากขึ้น ควรให้ระดับยาที่ให้ในครั้งแรก (Loading Dose) มากกว่าคนปกติ เมื่อยาเข้าไปสะสมในไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะทำให้ค่าครึ่งชีวิตในการกำจัดยานานขึ้น ยาออกฤทธิ์ได้นานขึ้น จึงควรลดยาในการให้ยารั้งต่อไป (Maintenance Doses) ส่วนยาที่ละลายได้ดีในน้ำ การกระจายของยา ค่าครึ่งชีวิตของยา การกำจัดยา ไม่แตกต่างในผู้ป่วยปกติ จึงแนะนำให้ใช้ขนาดของยาตามน้ำหนักในอุดมคติ ผู้ป่วยโรคอ้วน อาจมี Pseudocholinesterase Activity สูงกว่าคนปกติ จึงทำให้ยา Succinylcholine ต้องให้ตามน้ำหนักตัวจริง (Total Body Weight) แม้ว่ายาจะละลายได้ดีในน้ำก็ตาม

การประเมินสภาพและการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าเตรียมผู้ป่วยไม่

พร้อมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึกได้ เช่น การสำลักน้ำและอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี น้ำหนัก 123 กิโลกรัม สูง 179 เซนติเมตร ให้ประวัติ 1 วันก่อน

มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดฉุกเฉินหน้าอกด้านขวา ร่วมกับมีอาการเหนื่อย สูดหายใจได้ไม่เต็มปอด แพทย์วินิจฉัยว่า Gall Stone with Morbid Obesity (น้ำหนักตัวร่วมกับภาวะอ้วน) ผลการตรวจประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญี พบว่า ASA CLASS 3 (BMI 38.38 กิโลกรัม/ตารางเมตร) OSA (Obstructive Sleep Apnea) โดยประเมินตรวจ STOP-BANG =4 เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง และมีประวัติโรคประจำตัวโรคหอบหืด พ่นยาเฉพาะมีอาการ หายุดพ่นยามาประมาณ 2 ปี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ผลการตรวจร่างกาย Mallampati Class 2 ไม่มีฟันโยก ฟันปลอม มีประวัติสูบบุหรี่ไฟฟ้ามา 5 เดือน หยุดได้ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 40.4 3% Hb

13.8 g/dl WBC 15,000 cell/ml Platelet 282,000 cell/ml, BUN 11.3 mg/dl Cr 1.0 mg/dl Sodium 137 mmol/L Potassium 4.0 mmol/L Chloride 103 mmol/L, Bicarbonate 31 mmol/L, ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Normal Sinus Rate 86 ครั้ง/นาที ผลตรวจรังสีเอกซเรย์ปอด ผลปกติ การรักษาโดยการผ่าตัด Laparoscopic with Cholecystectomy และได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia) แบบ Balance Anesthesia ทำผ่าตัดท่อนอนหงาย แกรับความดันโลหิต 131/99 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ดูแลจัดท่า Ramp Position โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่และลำตัวส่วนบนโดยให้ผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับกระดูก Sternum และขนานกับพื้นราบเพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ และเพิ่มโอกาสในการมองเห็นกล่องเสียงได้ชัดเจนมากขึ้น ในระยะนำสลบสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ ไม่มีปัญหาระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกระยะเวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที ยาที่ได้รับระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก Propofol 250 mg, Succinylcholine 125 mg, Morphine 10 mg, Nimblex 10 mg, เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 10 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำระหว่างผ่าตัด 800 มิลลิลิตร ระยะนำสลบ และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านไปอย่างราบรื่น ไม่มีการสำลักน้ำหรืออาหารเข้าปอดฟังปอดโล่งเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะเขียว หรือพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30-34 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-150/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-110 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงส่งผู้ป่วยมาห้องพักฟื้น ผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้เอง

ยัง
ต้องให้ออกซิเจน Mask with Bag 8 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % มีอาการปวดแผลคะแนนความปวดระดับ 7 คะแนน ได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และมีอาการหนาวสั่น ได้ดูแลห่มผ้าห่มลมร้อนอบอุ่นร่างกายให้ และให้ยา Pethidine 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการ

รักษาของวิสัญญีแพทย์ อาการดีขึ้น หลังจากนั้นมีการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำสีเหลืองจางประมาณ 20 มิลลิลิตร ได้รับยา Onsia 8 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อาการสงบและทุเลาลง ดูแลต่อเนื่องนาน 1 ชั่วโมง ได้ประเมินตามเกณฑ์ห้องพักฟื้น Modified Aldrete's Recovery Score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 % มีท้องอืดเล็กน้อย แผลไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำ Ringer Lactate 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ระดับคะแนนความปวดลดลงเท่ากับ 2 ไม่มีอาการหนาวสั่น และไม่มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียน หายใจได้เอง สม่ำเสมอ ไม่ต้องใช้ออกซิเจนต่อ ส่งกลับหอผู้ป่วยค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % หลังจากนอนพักที่หอผู้ป่วยมีอาการปวดแผลเล็กน้อย หลังผ่าตัด 2 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน ขณะอยู่ในความดูแลพบปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ รวม 7 ข้อ

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่ากลัว ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน กลัวว่าหลังผ่าตัดจะปวดแผล กลัวจะไม่ฟื้นหลังดมยาสลบ

วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมและยอมรับการผ่าตัด ยอมรับการได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

2.อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ การให้ยาระงับความรู้สึกและแจ้งให้ทราบว่ามิใช่วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด และหลังผ่าตัดจะมีการดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมงโดยวิสัญญีพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

รวมถึงอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก

3.อธิบายวิธีการผ่าตัดและแนวทางการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์

4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้คำอธิบายพร้อมให้กำลังใจ และให้เซ็นใบยินยอมการผ่าตัด

และเซ็นใบยินยอมให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจและยอมรับการผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล มีญาติมาเยี่ยมให้กำลังใจในการผ่าตัด ทำให้มีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้น เซ็นใบยินยอมการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก สามารถนอนหลับได้ในวันก่อนผ่าตัด

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนมีค่า BMI = 38.38 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะ OSA

จากการประเมินการตรวจ STOP-BANG = 4 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และป้องกันการสำลักน้ำหรืออาหารเข้าปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1.ซักถามและตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำและอาหารครบ 8 ชั่วโมง ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

2.ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 % นาน 5 นาที ทางหน้ากากช่วยหายใจและเตรียมอุปกรณ์ช่วย

หายใจที่เหมาะสม

3.ดูแลจัดท่า Ramp Position เพื่อช่วยให้การใส่ท่อช่วยหายใจได้ง่ายขึ้น โดยใช้ผ้าหนูนุ่นใต้ไหล่และลำตัวส่วนบนโดยให้ตั้งหัวผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับกระดูก Sternum และขนานกับพื้นราบ

4.เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน

ติดเครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และ

เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา ปรับการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษา ความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 100/60-150/90 มิลลิเมตรปรอท ติดตามเส้นารวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้า หัวใจ ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีการหัก พับ งอ รั่ว และระมัดระวังข้อต่อต่างๆ ไม่เกิดการหลุด ขณะให้ การพยาบาล หรือปรับเปลี่ยนท่าขณะผ่าตัดฟังกอด เพื่อให้ได้ยินเสียงปกติ

5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจโดยตั้ง Mode Pressure

Control ให้ออกซิเจน 60% เนื่องจากขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง

6.สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด रिฝปาก สีเล็บ ผิวกาย ไม่มีสีคล้ำ

การประเมินผล การพยาบาลระยะนำสลบ และ ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับรื่น ไม่มีการสำลักน้ำ หรืออาหารเข้าปอด ฟังกอดโล่งเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มี ภาวะเขียว หรือภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอึดตัวของ ออกซิเจนในเลือด 99-100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ใน ลมหายใจออก 30-34 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ ระหว่าง 100/60-150/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้น ของหัวใจ 70-110 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการ เปลี่ยนแปลงจากเดิม

การพยาบาลระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงจากการหายใจ ไม่เพียงพอมีผลให้เกิดภาวะการพร่อง ออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยโรคอ้วนมีภาวะอุดกั้น ทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่ว ร่างกายและมีแผลผ่าตัดส่องกล้องบริเวณหน้าท้อง หลัง ผ่าตัดมีอาการท้องอืดเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหายใจได้ เองอย่างสม่ำเสมอ สามารถไอและขับเสมหะได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนศีรษะสูง 45 องศา ตะแคงหน้าไปทางด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจ ให้โล่งและเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ช่วยให้ การหายใจได้สะดวกขึ้น

2.ให้ออกซิเจน Mask with bag 8 ลิตร/นาที่ สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ

3.ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาทีและ ติดตามดูความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ตลอดเวลา

4.กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการไอ เพื่อขับเสมหะ หรือใช้เครื่องดูดเสมหะช่วยในการระบาย เสมหะ

5.สังเกตริมฝีปาก สีผิว สีเล็บไม่เขียวคล้ำ

6.ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึก ปลอดภัยและเพื่อทราบถึงปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วย

สามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที

การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพออย่าง สม่าเสมอ ทรวงอกขยายขึ้นลงดี ความอึดตัวของ ออกซิเจน

ขณะผู้ป่วยหายใจเองได้ 99 % หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพ และขับ เสมหะออกได้เอง रिฝปาก ผิวกายและเล็บสีแดงดี

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมี ภาวะหนาวสั่น

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด อุณหภูมิห้องต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส นาน 2 ชั่วโมง 30 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการ หนาวสั่น ป้องกันการพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1.ตรวจสอบเสื้อผ้าผู้ป่วยไม่เปียกชื้น ห่มผ้าห่ม ลมร้อนให้ ตั้งอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ปรับอุณหภูมิ ตามความเหมาะสมของอาการหนาวสั่น และสังเกต อาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

2.ให้ออกซิเจนทาง Mask with Bag 8 ลิตร/นาที่เพื่อป้องกันการพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะหนาวสั่นทำให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น

3.ให้ยา Pethidine 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะหนาวสั่นตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น นอนหลับได้ ร่างกายอบอุ่นขึ้น ขณะส่งกลับหอผู้ป่วย ไม่มีอาการหนาวสั่น ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า ผิวกาย สีแดงดี วัดอุณหภูมิกายได้ 36.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดเป็นรูที่หน้าท้อง 3 ตำแหน่ง แสดงสีหน้าเจ็บปวด สายหน้าไปมา

ระดับความปวดเท่ากับ 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวด ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ไม่ดันอวัยวะในช่องอก

2.ปลุกเรียกผู้ป่วยให้รู้สึกตัว เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว แจ้งให้ทราบว่าผ่าตัดเสร็จแล้วและสังเกตอาการต่อที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง พุดให้กำลังใจและสอบถามประเมินคะแนนระดับความปวด

3.ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น

การประเมินผล เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น หลังจากได้ยาระงับปวดเป็น Morphine 3 มิลลิกรัม ทาง

หลอดเลือดดำแล้วผู้ป่วยสงบลง นอนพักผ่อนได้ ระดับความปวดลดลง จาก 7-> 5 >2 สามารถส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าทางช่องท้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1.ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ประมาณ 45 องศา เพื่อลดความดันในช่องท้อง

2.จัดให้นอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อลดการสำลักน้ำย่อยเข้าปอดในกรณีที่ผู้ป่วยอาเจียน

3.ให้ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน คือ Ondansetron 8 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ

การประเมินผล ผู้ป่วยอาเจียน 1 ครั้ง เป็นน้ำและลม หลังจัดท่าและให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนแล้ว

ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดขณะนอนพักที่หอผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง มีสีหน้าเจ็บปวด คิ้วขมวด ระดับความปวดเท่ากับ 10 คะแนน

วัตถุประสงค์ อาการปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ ≤ 4 คะแนน สัญญาณชีพปกติ นอนหลับพักผ่อนได้ หลังผ่าตัดมีสีหน้าแจ่มใส ลูกเดินปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1.ประเมินอาการและอาการแสดงระดับความปวดเป็นคะแนน เพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเหมาะสม

2.ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยประคบแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไว้เวลาไอหรือจาม และเวลาลุกเดิน

3.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Morphine 4 mg IV ทุก 4-6 ชั่วโมง

การประเมินผล ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง (ระดับความปวดเท่ากับ 2-3 คะแนน) สามารถนอน

พักผ่อนได้มากขึ้นและสามารถถูกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้มากขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี น้ำหนัก 105 กิโลกรัม สูง 163 เซนติเมตร ให้ประวัติ 1

วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะยกเก้าอี้หินอ่อนตกทับนิ้วหัวแม่มือด้านขวา ปวดมากไม่สามารถขยับนิ้วได้จึงมาพบแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่า Close Fracture Distal Phalanx Right Thumb with Morbid Obesity (ข้อสุดท้ายของนิ้วหัวแม่มือด้านขวาหักแบบปิดร่วมกับภาวะอ้วน) ผลการตรวจประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีพบว่า ASA CLASS 3 (BMI 39.51 กิโลกรัม/ตารางเมตร) OSA (Obstructive Sleep Apnea) โดยประเมินตรวจ STOP-BANG =6 ก่อนผ่าตัดพบว่า มีประวัติความดันโลหิตสูง ปรีกษาอายุรแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถทำผ่าตัดได้ ผลการตรวจร่างกาย Mallampati Class 3 ไม่มีฟันโยก ฟันปลอม มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 1 ซองสูบนาน 10 ปี ไม่เคยหยุดสูบบุหรี่ ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 38.4 % Hb 12.7 g/dl WBC 18,000 cell/ml Platelet 359,000 cell/ml, BUN 13.3 mg/dl Cr 1.2 mg/dl Sodium 138 mmol/L Potassium 3.8 mmol/L Chloride 100 mmol/L, Bicarbonate 26 mmol/L, ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Normal Sinus Rate 98 ครั้ง/นาที ผลตรวจรังสีเอกซเรย์ปอด ผลปกติ การรักษาโดยการผ่าตัด Debridement with Suture with K-wire Right Thumb (เอาสิ่งแปลกปลอมออกร่วมกับการเย็บแผลและมีการยิงเหล็กยึดกระดูก) ได้รับยานำก่อนยาระงับความรู้สึก คือ Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด เช้าวันผ่าตัด และได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia) แบบ Balance Anesthesia ทำผ่าตัดทำนอนหงาย แรกมีความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94% ได้รับยาลดความดันเป็น Labetalol 10 mg ทางหลอดเลือดดำก่อนนำสลบ หลังได้รับยาลดความดันโลหิต ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทจึงทำการใส่ท่อช่วยหายใจ และเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจสามารถใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ Video

Laryngoscope with Stylet ดูแลจัดท่า Ramp Position โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่และลำตัวส่วนบนโดยให้ตั้งหูผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับกระดูก Sternum และขนานกับพื้นราบเพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ และเพิ่มโอกาสในการมองเห็นกล่องเสียงได้ชัดเจนมากขึ้น ในระยะนำสลบสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ ขณะผ่าตัดพบความดันโลหิตสูง 150/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที รวมระยะเวลาการผ่าตัด 45 นาที ยาที่ได้รับระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก Propofol 200 mg, S.choline 125 mg, Fentanyl 100 mcg, Nimbox 8 mg, Labetalol 10 mg เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 5 มิลลิตร ได้รับสารน้ำระหว่างผ่าตัด 200 มิลลิตร ระยะนำสลบ และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านไประบริน ไม่มีการสำลักน้ำหรืออาหารเข้าปอดฟังปอดโล่งเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะเขียว หรือพร่องออกซิเจนค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 33-35 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/60-150/110 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-100 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ส่งผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยปลุกตื่น สัมผัส พยายามทำตามคำบอก หายใจตื่นทรงอภายได้น้อย ไม่สม่ำเสมอ 8-10 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจน Mask with Bag 10ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92-94 % ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเองทุกครั้งที่หายใจเบาและตื่น วิสัญญีแพทย์ให้สังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นต่อ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยพยายามหายใจเองได้ดีขึ้น สม่่าเสมอมากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น 18-20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 % มีอาการปวดแผล ระดับความปวดเท่ากับ 8 คะแนนได้รับยา Fentanyl 30 ไมโครกรัมทางหลอดเลือดดำ รวมเวลาดูแลต่อเนื่อง 2 ชั่วโมง ก่อนส่งกลับตึกได้ประเมินตามเกณฑ์ห้องพักฟื้น Modified Aldrete's Recovery Score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 % แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำ Ringer Lactate 200 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ ระดับคะแนนความปวดลดลงเท่ากับ 2 ไม่มีอาการหนาวสั่น

และไม่มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียน หายใจได้เองสม่ำเสมอ
ส่งผู้ป่วยกลับตักพร้อมให้ออกซิเจน Mask with Bag 8
ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 %
หลังผ่าตัดมีอาการปวดแผลเล็กน้อย 3 วันหลังผ่าตัด ไม่
พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับ
ความรู้สึก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอน
โรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน ขณะอยู่ในความดูแลพบ
ปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ รวม 7 ข้อ

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอก
ว่ากลัว ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน กลัวจะไม่ฟื้นหลังดมยาสลบ
กลัวการต้องนอนอยู่โรงพยาบาลนาน เพราะเป็น
หัวหน้าครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวล มีความ
พร้อมและยอมรับการผ่าตัด ยอมรับการได้รับยาระงับ
ความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและความ
วิตกกังวลต่อการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก
2.อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ การให้ยาระงับ
ความรู้สึกและแจ้งให้ทราบว่ามิวิสสัญญแพทย์และวิสสัญญ
พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด
และหลังผ่าตัดจะมีการดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น 1
ชั่วโมงโดยวิสสัญญพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
รวมถึงอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการได้รับยา
ระงับความรู้สึก

3.อธิบายวิธีและแนวทางการผ่าตัดร่วมกับ
ศัลยแพทย์

4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย อธิบาย
พร้อมให้กำลังใจ และให้เซ็นใบยินยอมการ
ผ่าตัดและ

ใบยินยอมให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจยอมรับใน
การผ่าตัด ให้ร่วมมือในการดูแล มีญาติมาเยี่ยม

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการขาด ออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนมีค่า BMI
=39.51 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะ OSA จาก
การประเมินการตรวจ STOP-BANG = 6 ผลการตรวจ
ร่างกาย Mallampati Class 3 ค่าความอิ่มตัวของ
ออกซิเจนในเลือด 94%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
และป้องกันการสำลักน้ำ หรืออาหารเข้าปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1.ตรวจสอบและสอบถามระยะเวลาการงดน้ำและ
อาหารครบ 8 ชั่วโมง ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
2.ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 % นาน 5 นาที
ทางหน้ากากช่วยหายใจและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจที่
เหมาะสม
3.เตรียมอุปกรณ์เพิ่มในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ
ยากชนิด Macintosh Blade No.4, McCoy Blade No4,
Video Laryngoscope, Laryngeal Mask No.3,4, Stylet
และเตรียมสาย Suction No.14,16 ให้พร้อมใช้งาน
4.เตรียมความพร้อมของทีมวิสสัญญ วิสสัญญแพทย์
วิสสัญญพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญกว่า
5.ติดเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและ
เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา
6.ดูแลจัดท่า Ramp Position โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่
และลำตัวส่วนบนโดยให้ตั้งผู้ผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับ
กระดูก Sternum และขนานกับพื้นราบ
7.สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีเพื่อเฝ้า
ระวังอาการผิดปกติ

การประเมินผล ผู้ป่วยในระยะนำสลบ สามารถช่วย
หายใจได้ โดยใช้ Mask No.4 with Oral Air way No.4
และสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ โดยใช้ Video
Laryngoscope with Stylet ไม่มีภาวะเขียว ไม่มีการ
สำลักน้ำและเศษอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ

ปัญหาที่ 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยตื่นตัว มีความกลัวการ
ผ่าตัด มีอาการปวดแผล รวมทั้งผู้ป่วยมีประวัติโรค



ประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตก่อนการ
นำสลบ 170/100 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงกว่า
ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยซักถามและแนะนำตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการ
ผ่อนคลาย มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม บรรยากาศเงียบ ไม่ส่ง
เสียงดังรบกวนผู้ป่วย

3. หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ดูแลปรับความ
เข้มข้นของยาดมสลบให้เพียงพอ โดยให้มีความเหมาะสม
กับสัญญาณชีพขณะทำการผ่าตัด

4. ดูแลให้ยา Labetalol 10 mg ทางหลอดเลือดดำ
เพื่อลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของวิสัญญี
แพทย์

5. วัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 นาที หรือเมื่อ
สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง และวัดความอิ่มตัวของ
ออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา

การประเมินผล ก่อนระยะนำสลบความดันโลหิต
170/100 มิลลิเมตรปรอทให้ยา Labetalol 10 mg ทาง
หลอดเลือดดำ เพื่อลดความดันโลหิต และเพิ่มความ
เข้มข้นของยาดมสลบ Desflurane จากนั้น ความดัน
โลหิตอยู่ระหว่าง 140/100-150/100 มิลลิเมตรปรอท
ชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนใน
เลือด 99-100 %

การพยาบาลระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการพร่อง
ออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยโรคอ้วนมีภาวะอุดกั้น
ทางเดินหายใจขณะหลับ และการได้รับยาระงับ
ความรู้สึกทั่วร่างกาย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน
เลือด 94 % หายใจตื้น ไม่สม่ำเสมอ ทรวงอกขยายตัวได้
น้อย มีคางสั้น ลิ้นตก ไอและขับเสมหะออกเองได้น้อย มี
ประวัติ OSA มีประวัติสูบบุหรี่ประจำ ไม่ได้งดสูบบุหรี่
ก่อนมาผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหายใจได้
เองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถไอและขับเสมหะได้
อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนบนหมอนศีรษะสูง 45
องศา ตะแคงหน้าไปทางด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจ
ให้โล่งขึ้น

2. ให้ออกซิเจน Mask with bag 8 ลิตร/นาที
สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ

3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที ติดตามความ
อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา

4. กระตุ้นการหายใจของผู้ป่วยโดยการปลุกให้ตื่น
กระตุ้นการหายใจและการไอเพื่อขับเสมหะอย่างมี
ประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้เครื่องดูดเสมหะช่วยระบาย
เสมหะในกรณีไอขับเสมหะออกได้น้อย เพื่อทำให้
ทางเดินหายใจโล่งขึ้น นำไปสู่การหายใจเองอย่างมี
ประสิทธิภาพ

5. สังเกตริมฝีปาก สีผิว สีเล็บ ไม่เขียวคล้ำ

6. ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย
และเพื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
สามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที

การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอสม่ำเสมอ
ทรวงอกขยายขึ้นลงได้ดี ความอิ่มตัวของออกซิเจนขณะ
ผู้ป่วยหายใจเองได้ 99 % หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร
80-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-140/90
มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีภาวะริมฝีปากเขียว สีผิวและ
สีเล็บ แดงดี

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากปวดแผล

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณ
นิ้วหัวแม่มือข้างขวา แสดงสีหน้าเจ็บปวด นอนไม่หลับ
ระดับความปวดเท่ากับ 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีอาการปวดลดลง ผู้ป่วยสุข
สบาย พักผ่อนได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปลุกเรียกผู้ป่วยให้รู้สึกตัว แจ้งให้ทราบว่าผ่าตัด
เสร็จแล้วอยู่ในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง พูดให้กำลังใจถาม
ความต้องการของผู้ป่วยพร้อมประเมินคะแนนความปวด

2. จัดทำให้ผู้ป่วยวางมือข้างที่ผ่าตัดบริเวณ
หน้าอก เพื่อบรรเทาอาการปวด

3.ให้ยาแก้ปวด Fentanyl 30 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการจัดการความปวดที่ห้องฟักฟื้น

การประเมินผล เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น หลังจากได้ยาระงับปวดเป็น Fentanyl 30 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำแล้วอาการปวดลดลง นอนพักผ่อนได้ ระดับความปวดลดลง จาก $7 > 5 > 2$

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงขณะนำส่งหอผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีภาวะอ้วนและหายใจไม่สม่ำเสมอหลังจากถอดท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการอันตรายจากภาวะความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่นภาวะหายใจได้น้อย

กิจกรรมทางการพยาบาล

1.ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง 45 องศาและตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ดูแลให้ออกซิเจน ทางหน้ากาก ความเข้มข้น 6-8 ลิตร/นาที

2.ติดตั้งอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย และมีวิสัญญีพยาบาลนำส่งด้วยทุกครั้ง

การประเมินผล ทำตามคำบอกได้ หายใจได้เอง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่น้อยกว่า

120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98-99 % ขณะนำส่ง

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดขณะนอนพักที่หอผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่นิ้วหัวแม่มือด้านขวา มีสีหน้าเจ็บปวด คิ้วขมวด ระดับความปวด 10 คะแนน

วัตถุประสงค์ อาการปวดแผลลดลง ระดับความปวด ≤ 4 คะแนน สัญญาณชีพปกติ นอนหลับพักผ่อนที่หอผู้ป่วยได้ หลังผ่าตัดมีสีหน้าแจ่มใส

กิจกรรมทางการพยาบาล

1.ประเมินอาการและอาการแสดงของความปวด พร้อมทั้งประเมินเป็นจำนวนระดับคะแนนความปวด

2.ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยวางมือข้างที่ผ่าตัดบริเวณหน้าอกหรือยกแขนสูงเพื่อบรรเทาอาการปวด ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา คือ Fentanyl 40 mcg IV ทุก 4-6 ชั่วโมง

การประเมินผล ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดลดลง (ระดับความปวดเท่ากับ 2-3 คะแนน) ผู้ป่วยสามารถนอนพักผ่อนได้ดี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้องกับผ่าตัดยัดกระดุก

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1.การวินิจฉัย	Gall Stone with Morbid obesity(นิ่วในอุ้งน้ำตร่วมกับภาวะอ้วน)	Close Fracture Distal Phalanx Right Thumb with Morbid Obesity (ข้อสุดท้ายของนิ้วหัวแม่มือด้านขวาหักแบบปิดร่วมกับภาวะอ้วน)	ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่จำเป็นต้องผ่าตัด กรณีที่ 1 เป็นผู้ชายที่เป็นโรคที่อ้วนจะต้องได้รับการผ่าตัด กรณีที่ 2 เป็นผู้ชายที่เป็นโรคอ้วนร่วมโรคความดันโลหิตสูงจะต้องได้รับการผ่าตัด
2.สาเหตุ	ชายไทยอายุ 33 ปี BMI=38.38 Kg/m ² มีโรคGall Stoneร่วมด้วย1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีปวดจุกแน่นท้องและเหนื่อยแน่นหน้าอก	ชายไทยอายุ 38 ปี BMI=39.51 Kg/m ² มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนลงพุงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นประจำทุกวัน	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอ้วน กรณีที่ 1 เป็นผู้ชายน้ำหนัก 123 กิโลกรัม สูง 179 เซนติเมตร มีนิสัยชอบรับประทานอาหาร 4-5 มื้อ/วัน ดื่มเหล้าเป็นประจำทุกวัน

			สูบบุหรี่ และชอบรับประทานน้ำอัดลมเป็นประจำ ตั้งแต่อายุ 18 ปี กรณีที่ 2 เป็นผู้ชาย อายุ 38 ปี น้ำหนัก 105 กิโลกรัม สูง 163 เซนติเมตร มีประวัติสูบบุหรี่นาน 10 ปี ทำงานประจำวันละ 10 ชั่วโมงไม่มีเวลาออกกำลังกาย
3.การผ่าตัดรักษา	Laparoscopic with Cholecystectomy	Debridement with Suture with K-wire Right Thumb	กรณีที่ 1 ผู้ป่วยมาด้วยอาการจุกแน่นหน้าท้องแพทย์จึงผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดี กรณีที่ 2 ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุทำให้นิ้วหัวแม่มือด้านขวาหักทำให้แพทย์ต้องทำการยึดตรึงกระดูก
4.การประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญี แบ่งเป็นกลุ่มได้ 6 กลุ่มตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แข็งแรงดีจนถึงภาวะสมองตาย	ASA Class 3 (Morbid Obesity) BMI=38.38 Kg/m² OSA =4 มีประวัติหอบหืด หยุดพ่นยา 2 ปีเนื่องจากไม่มีอาการ สูบบุหรี่ไฟฟ้า 5 เดือน งดสูบบุหรี่มา 1 สัปดาห์ก่อนมาผ่าตัด	ASA Class 3 (Morbid Obesity) BMI =39.51 Kg/m² OSA =6 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 1 ซอง นาน 10 ปี ไม่ได้หยุดสูบบุหรี่ก่อนมาผ่าตัด	ทั้ง 2 กรณีเป็นโรคอ้วน แต่กรณีที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกมากกว่าเนื่องจากเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีน้ำหนักตัวที่มากกว่ารวมกับการสูบบุหรี่ทุกวัน
เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
5.Mallampati Classification เป็นการตรวจความสามารถในการเห็นโครงสร้างในช่องปากและคอ ช่วยการประเมินภาวะDifficult Airway	Mallampati Class 2	Mallampati Class 3	กรณีที่ 2 มีความเสี่ยงทาง Air way มากกว่าจึงต้องใช้ Oral airway No.4 ช่วยในขณะหลับ และสามารถใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ Video Laryngoscope with Stylet กรณีที่ 1 ช่วยหายใจโดยใช้อุปกรณ์พื้นฐาน ซึ่งขณะใส่ท่อช่วยหายใจได้จัดทำ Ramp Position ทั้งสองกรณีและสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ราบรื่น
6.วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก	ใช้การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายแบบ Balance และใช้ยาดมสลบเป็น Sevoflurane	ใช้การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายแบบ Balance และใช้ยาดมสลบเป็น Desflurane	ทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดจึงให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายและผู้ป่วยกรณีที่ 2 เลือกใช้ Desflurane เนื่องจากเป็นตัวทำลายไขมันได้น้อยทำให้ผู้ป่วยหลับได้เร็ว ไม่มีผลเสียในปอดและถุงลม
7.การใช้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การเลือกใช้ยานาสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและขณะผ่าตัดใช้ยาดมสลบSevoflurane ร่วมกับยาแก้ปวด Morphine	ใช้ยา Propofol นาสลบใช้ ยา Succinyl Choline เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและขณะผ่าตัดใช้ยาดมสลบSevoflurane ร่วมกับยาแก้ปวด Morphine	ใช้ยา Propofol นาสลบใช้ยา Succinyl Cholineเป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและขณะผ่าตัดใช้ยาดมสลบ Desflurane ร่วมกับยาแก้ปวด Fentanyl	Propofol เป็นยาที่ใช้ได้ในผู้ป่วยอ้วน เพราะนาสลบได้เร็วและตื่นเร็ว ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจยาก สามารถปลุกให้ผู้ป่วยตื่นกลับมาหายใจเองได้ กรณีที่ 1 ผู้ป่วย BMI = 38.38 Kg/m²ไม่เคยผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อนและมีความกังวลว่าจะมีอาการปวด ผลหลังผ่าตัดจึงใช้ยาดมสลบเป็น Sevoflurane และ ยาแก้ปวด เป็น Morphine ซึ่งมีฤทธิ์ยาวนานกว่า กรณีที่ 2 ผู้ป่วย BMI = 39.51 มีความเสี่ยงด้าน Air way สูงจึงเลือกใช้Succinyl

			Choline ซึ่งออกฤทธิ์ได้เร็ว สามารถใส่ ท่อช่วยหายใจได้ในระยะสั้น ใช้ยาผสม เป็น Desflurane เนื่องจากหมด
			ฤทธิ์เร็วทำให้ฟื้นจากดมยาสลบได้อย่าง รวดเร็ว ใช้ยาแก้ปวดเป็น Fentanyl เพราะมีการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียน น้อยกว่า Morphine เนื่องจากผู้ป่วยมี ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยและค่า การทำงานของไตผู้ป่วยรายนี้ค่อนข้างสูง ทำให้อาจมีปัญหาในการขับยาออกทางไต ได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดในน้ำโดยใช้กล้อง
ผ่านทางหน้าท้องกับผ่าตัดยัดกระดูก

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
ระยะก่อนให้ยาระงับ ความรู้สึก	มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและ การได้รับยาระงับความรู้สึก	กรณีที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการ ผ่าตัดและกลัวปวดแผลเนื่องจาก ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 2 ชั่วโมง 30 นาที กรณีที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการ ผ่าตัดและการได้รับยาระงับ ความรู้สึกกลัวไม่ฟื้นจากยาดม สลบเนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้ง แรก ซึ่งเหตุผลแตกต่างกันไปตาม สภาวะผู้ป่วย ภายหลังการเยี่ยม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเข้าใจและ ยอมรับการผ่าตัดมากขึ้น	มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและการ ได้รับยาระงับความรู้สึก
ระยะให้ยาระงับความรู้สึก	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลัก น้ำย่อยเข้าปอดจากภาวะน้ำหนักรวม	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลัก น้ำย่อยเข้าปอดจากภาวะน้ำหนักรวม มากทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซ ออกซิเจนไม่มีประสิทธิภาพและมี ภาวะ Difficult Airway	ทั้ง 2 กรณีมีความเสี่ยงต่อการขาด ออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดจาก กายวิภาคของผู้ป่วย ซึ่งในระยะนำสลบ กรณีที่ 2 จะมีความเสี่ยงมากกว่าจาก Difficult Airway
เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
	ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	มีภาวะความดันโลหิตสูง	กรณีที่ 2 เกิดภาวะความดันโลหิตสูงจาก สภาวะของร่างกายและการได้รับการ กระตุ้นจากอุบัติเหตุมีการปวดเกิด ความเครียดความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และผู้ป่วยมีภาวะ OSA ร่วมด้วยมักทำให้ ภาวะความดันโลหิตสูงควบคุมได้ยากขึ้น
ระยะหลังให้ยาระงับ ความรู้สึก	อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนหลังพัก ฟื้นจากยาระงับความรู้สึก -ไม่พบ	อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนหลัง พักฟื้นจากยาระงับความรู้สึก -ผู้ป่วยหายใจตื่นทรนหายใจตัว ได้น้อย มีคางสั้น ลิ้นตก ไอและขับ เสมหะได้น้อยค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 92-94 %	เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจหลัง ให้ยาระงับความรู้สึกพบได้ในผู้ป่วยเป็น โรคอ้วน กรณีที่ 1 สามารถหายใจได้เองสม่ำเสมอ สังเกตอาการในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง ส่งกลับตึกผู้ป่วยได้

			กรณี ที่ 2 หายใจเองได้น้อยไม่เพียงพอ ต้องให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงและ สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่ห้องพักฟื้น นาน 2 ชั่วโมงจึงสามารถจำหน่ายไปยัง หอผู้ป่วยได้และต้องให้ออกซิเจนแบบ หน้ากากกลับหอผู้ป่วย
	เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด	ไม่เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลัง ผ่าตัด	กรณี ที่ 1 เป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้แรงดัน ลมในการผ่าตัดร่วมกับการได้รับยาแก้ ปวด Morphine ซึ่งมีผลทำให้มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียนได้ กรณี ที่ 2 ผู้ป่วยได้รับยาสลับแบบทั่ว ร่างกายและได้รับยาแก้ปวดเป็น Fentanyl
	ปวดแผลขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	ปวดแผลขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	ทั้ง 2 กรณีมีอาการปวดแผล กรณี ที่ 1 ผู้ป่วยตื่นตี หายใจได้เอง สม่ำเสมอ เริ่มมีการขยับตัวทำให้ปวด แผลผ่าตัดได้และระยะเวลาในการผ่าตัด นาน 2 ชั่วโมง30นาที กรณี ที่ 2 หลังจากที่ถูกผู้ป่วยเริ่มต้น
			(1 ชั่วโมงผ่านไป) หายใจเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยเริ่มปวดแผลผ่าตัดเลือกใช้ Fentanyl ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว
	เกิดอาการหนาวสั่นขณะอยู่ใน ห้องพักฟื้น	ไม่พบอาการหนาวสั่นขณะอยู่ใน ห้องพักฟื้น	กรณี ที่ 1 ผู้ป่วยตื่นตี หายใจเองสม่ำเสมอ มีอาการหนาวสั่นเนื่องจากในห้องผ่าตัด อุณหภูมิต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส ระยะเวลาผ่าตัด 2.30ชั่วโมงมีผลทำให้ ผู้ป่วยหนาวสั่นได้ จึงได้รับยา Pethidine 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำร่วมกับ ให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มลมร้อนและให้ ออกซิเจนร่วมด้วย เพื่อป้องกันการพร่อง ออกซิเจนเนื่องจากอาการหนาวสั่น ทำให้ ความต้องการออกซิเจนในร่างกายเพิ่ม มากขึ้น กรณี ที่ 2 ผู้ป่วยไม่หนาวสั่น ได้รับ ออกซิเจนตลอดเวลาและดูแลต่อเนื่องที่ หอผู้ป่วย
	มีโอกาสดเกิดภาวะความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลงขณะนำส่งหอผู้ป่วย -ไม่พบ	มีโอกาสดเกิดภาวะความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลงขณะนำส่งหอผู้ป่วย -ไม่พบ	ทั้ง 2 กรณี กรณี ที่ 1 ผู้ป่วยตื่นตี ทำตามคำสั่งได้ หายใจได้เอง Modified Aldrete's Recovery Score เท่ากับ 10 กรณี ที่ 2 หลังจากสังเกตอาการครบ 2 ชั่วโมงจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นโดย วิสัญญีแพทย์ให้ออกซิเจนกลับหอผู้ป่วย ผู้ป่วยตื่นตี ทำตามคำสั่งได้ หายใจได้เอง สม่ำเสมอ Modified Aldrete's Recovery Score เท่ากับ 10 ค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 98-100 %

บทสรุป

จากการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วน วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและการผ่าตัดประสบความสำเร็จ จึงต้องมีการวางแผนที่รอบคอบ โดยการเตรียมพร้อมผู้ป่วย ทั้งสภาวะร่างกายและจิตใจ การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่มีอุบัติการณ์สูงกว่าในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ โดย

วิทยาลัยพยาบาลต้องตระหนักถึงการเตรียมพร้อมก่อนในการให้ยาระงับความรู้สึก ทั้งในด้านบุคลากรและอุปกรณ์ การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและการดูแลระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้ความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่อายุแพทย์ ศัลยแพทย์ จิตแพทย์ วิทยาลัยแพทย์ การพยาบาลทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยทั่วไป การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดและการให้คำแนะนำทางด้านโภชนาการ เป็นส่วนช่วยสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- 1.ทักษพล ธรรมรังสี.(2562).วิกฤตปัญหาโรคอ้วน ภัยเศรษฐกิจ พิชัยสังคม : สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย.วารสารวิชาการสาธารณสุข.20(1).
- 2.แผนกวิสัญญีโรงพยาบาลชลบุรี.(2562).รายงานการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านกล้องทางหน้าท้อง โดยให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย.
- 3.พรทิพย์ ศุภมณี,วิไลพรรณ สมบุญตันท,อุมาพร ลัทธิกาวิบูลย์,และกิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์.(2563).ประสิทธิผลของการเยี่ยมเพื่อให้ความรู้ก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิริราช.วารสารพยาบาลศาสตร์,28(1),47-57.
- 4.จริยา เลิศอรธมยณ.(2562).การระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยอ้วน.ในอังกาบ ปราการรัตน์,วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์,ศิริลักษณ์ สุขสมปอง,ปฏิภาณ ตุ่มทอง.(บรรณาธิการ) ตำราวิสัญญีวิทยา พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ.665-675.
- 5.Alberti KG,Zimmet P,Shaw J.(2019). The Metabolic Syndrome-a New Worldwide Definition.Lancet ;336.
6. World Health Organization Media Care. Obesity and Overweight Fact Sheet.2018 April17.Available from: <http://www.who.int/mediacentre/fr311/en>
- 7.Whitlock G,Learngton S,Sherliker P,Clarke R,Emberson J, Halsey J,et al.(2019).Body-mass index and Cause-specific mortality in 90000 adult : Collaborative Analysis of 57 Prospective Studies.Lancet ; 373

กระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง
อำเภอนาขุ จังหวัดกาฬสินธุ์Community Processes for COVID-19 Disease Prevention and Control Phu Laen Chang
Subdistrict Nakhu District, Kalasin Province.

(Received: March 22,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 28,2023)

นิรมล จันทะลา¹Niramol Chanthala¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาขุ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ตัวแทนชุมชนในการขับเคลื่อนกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง จำนวน 219 คน โดยเข้าร่วมกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแทนชุมชนมีการนำเอากระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ประกอบด้วย การวิเคราะห์ชุมชน การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท การวางแผนการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน ทำให้มีการจัดโครงสร้าง กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระดับตำบล เกิดการบูรณาการแผนงาน งบประมาณ ชักซ้อมความพร้อมในเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 จำนวน 8 โครงการ กำหนดมาตรการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคติดเชื้อโควิด 19 เป็นกฎตำบลภูแล่นช้าง 9 ข้อ การตรวจคัดกรองเฝ้าระวังผู้เดินทางเข้าออกพื้นที่ งานพิธีต่างๆ การกักตัว (Home Quarantine) ผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง การติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การคัดกรอง เฝ้าระวังสุขภาพจิต ติดตามผู้บำบัดยาเสพติดในชุมชน ส่งผลให้สามารถชะลอการระบาดของโควิด 19 ประชาชนในภาพรวมเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เป็นอันดับที่ 1 ของอำเภอนาขุ จัดตั้ง ศสมช. เป็นศูนย์ปฏิบัติการในการรับและส่งคืนข้อมูลครบทุกชุมชน 10 แห่ง สถานประกอบการผ่านการประเมินความพร้อมระดับพร้อมมากครบทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด 19 ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อโควิด – 19 ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่วนความพร้อมโดยรวมหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)

คำสำคัญ: กระบวนการชุมชน, ป้องกันและควบคุมโรค, โรคโควิด 19

Abstract

This Action research aims to study The Effects of Community Processes in Prevention and Control of COVID-19, Phu Laen Chang Subdistrict, Na Khu District, Kalasin Province The sample group was 219 community representatives in driving community process for prevention and control of COVID-19, Phu Laen Chang Sub-district, participating in the community process for prevention and control of COVID-19. Data were collected by questionnaires. Qualitative data were analyzed by

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูแล่นช้าง

content analysis. Inferential data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, F-test using Two way ANOVA technique.

The results of the study revealed that community representatives have adopted the process of managing public health problems in the area. used in the prevention and control of COVID-19, consisting of community analysis Structuring and assigning roles operational planning Monitoring, evaluation and taking lessons learned make a structure Determine the roles and responsibilities of the district level quality of life development committee. and the committee for surveillance, prevention, and disease control at the sub-district level The integration of work plans, budgets, rehearsals, readiness for surveillance, prevention and control of COVID-19, 8 projects, measures for surveillance, control, prevention of infectious disease, COVID-19 are 9 rules of Phu Laen Chang sub-district, screening and surveillance of travelers. Entering and leaving the area, various ceremonies, home quarantine, travelers from risky areas Monitoring and surveillance of risk groups, screening, mental health remedies Follow up with community drug therapists. As a result, it was able to slow down the spread of COVID-19. People as a whole received vaccination against COVID-19 as the number 1 in Na Khu District, establishing NSC as an operation center for receiving and returning information. Completed all 10 communities, all establishments passed the readiness assessment at the very ready level. passed the readiness criteria for the new way of life sub-district Safe from COVID-19 People affected by COVID-19 receive ongoing care and support from the community. As for the overall readiness after implementation, the mean score was significantly different from before implementation at the .05 level, with the mean after implementation was higher than before (negative t).

Keywords: community process, disease prevention and control, COVID-19

บทนำ

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสชื่อ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ส ำ ม า ร ถ แพร่กระจายจากคนสู่คนได้ ที่ผ่านมามีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern :PHEIC) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 (WHO,2020) สำหรับประเทศไทยก็มีการระบาดเป็นวงกว้างเช่นกัน จึงได้ประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตาม พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 ตั้งแต่วันที่ 26

มีนาคม 2563 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยสะสม 10,783 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 414 ราย อำเภอนาคู มีผู้ป่วยสะสม 219 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 4 ราย¹ การระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นวงกว้าง

การรับมือกับการระบาดของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญเร่งด่วน เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดมากขึ้น โดยมีเป้าหมายลดการติดเชื้อ ลดการป่วย และลดการเสียชีวิต สำหรับประเทศไทยมีศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ได้รับมอบอำนาจและทำหน้าที่ในการปฏิบัติการขับเคลื่อน เร่งรัดและติดตามการปฏิบัติงานของส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับและปฏิบัติตามนโยบาย แนวทางหลักเกณฑ์และมาตรการตามที่รัฐบาล หรือ ศบค. กำหนดทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับ



หมู่บ้าน สำหรับระดับหมู่บ้านได้กำหนดมาตรการเฝ้าระวังโรค, การจัดตั้งจุดตรวจ/จุดสกัด, การค้นหาผู้ป่วย (X-ray) ในกลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาด, การจัดสถานที่พักคอยในชุมชน (Community Isolation), การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวในสิ่งแวดล้อม, มาตรการความปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting), การดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน, การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับบุคคลเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้แก่การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง, การรักษาระยะห่าง, การสวมหน้ากากอนามัย, การล้างมือเพื่อขจัดสิ่งสกปรกต่างๆ, การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย, การตรวจหาเชื้อโควิด 19 กรณีที่มีความเสี่ยง และการใช้แอปพลิเคชันคัดกรองความเสี่ยง

กระบวนการชุมชน เป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในแก้ไขปัญหาของชุมชน ด้วยกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน การจัดโครงสร้าง กำหนดบทบาท การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน โดยการแลกเปลี่ยนสร้างความเข้าใจ ตัดสินใจและรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการ และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน² ซึ่งกระบวนการชุมชนถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังการศึกษาของสุมาลี จุทอง (2562)³ ที่พบว่า หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชนร่วมเป็นทีมงานในศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.กทม.) ขับเคลื่อนนโยบายของกรุงเทพมหานครในการดำเนินงานเชิงรุก อาทิ การค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่เสี่ยง ตรวจสอบ ควบคุม กำกับ กิจกรรมหรือกิจกรรมที่สั่งปิดชั่วคราวหรือได้รับการผ่อนคลาย การตั้งจุดตรวจคัดกรอง การทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ สะพานลอย ป้ายรถประจำทาง จัดหาถังขยะและจัดสถานที่ที่วางถังขยะติดเชื้อ จัดเก็บขยะติดเชื้อไปทำลาย สร้างการรับรู้ ความเข้าใจใน

การป้องกันโรคโควิด 19 ในทุกช่องทาง และประสานความร่วมมือกับประชาชนชุมชน เจ้าของกิจการให้ช่วยในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 จนทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ประสบผลสำเร็จ

ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นชุมชนที่มีพื้นที่รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 4,285 คน นับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยสะสม 48 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาด 32 ราย ติดเชื้อในพื้นที่ 16 ราย มีผู้เสียชีวิต 1 ราย⁴ จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่เกิดขึ้นทำให้ทุกคนได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนในชุมชนเป็นวงกว้าง ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาในการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในระดับชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความพร้อม กระบวนการ และผลของกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง เพื่อรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 ในตำบลภูแล่นช้าง ให้มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค

โควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง
เดือนตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 รวม 12
เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน
กระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
COVID-19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนชุมชนในการ
ขับเคลื่อนกระบวนการชุมชนในการป้องกันและ
ควบคุมโรค COVID-19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนา
คู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน
ตัวแทน อปท. อสม. และตัวแทนภาคีเครือข่าย
อื่นๆ จำนวน 219 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่
กระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
โควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ชุมชน การ
จัดโครงสร้างกำหนดบทบาท การวางแผน
ดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และถอด
บทเรียน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความพร้อมของ
กระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
โควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีมี
เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน⁵ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีความพร้อมมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความพร้อมมาก

2.61 – 3.40 มีความพร้อมปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความพร้อมน้อย

1.00 – 1.80 มีความพร้อมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ข า ได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น
เองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน
(IOC) จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่า
ความเที่ยง เท่ากับ .964

ขั้นตอนการศึกษา

1. การวิเคราะห์ชุมชนในการป้องกันและ
ควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู
จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาทในการ
ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่น
ช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การวางแผนการดำเนินงานในการป้องกัน
และควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู
จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน
ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบล
ภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง กระบวนการชุมชนในการ
ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง
อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรอง
จริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม
งานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
REC.KLS.77/2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
ปริมาณ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน

ได้แก่ Dependent t – test และ F – test ด้วย
เทคนิค Two way ANOVA

ผลการศึกษา

1. ก่อนดำเนินการระดับความพร้อมของ
กระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
โควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัด
กาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปาน
กลาง ทั้งนี้ระหว่างหมู่บ้านและตำแหน่งที่ต่างกัน
พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. กระบวนการชุมชนในการป้องกันและ
ควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู

จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้นำกระบวนการในการจัดการ
แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มาใช้ในการ
ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ประกอบด้วย การ
วิเคราะห์ชุมชน การจัดโครงสร้าง กำหนดบทบาท
การวางแผนดำเนินงาน การติดตามประเมินผล
และถอดบทเรียน

3. ผลของกระบวนการชุมชนในการป้องกัน
และควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน
ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความพร้อมโดยรวมของกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19
ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
การวิเคราะห์	2.78	0.26	4.80	0.13	218	-81.172	.000	-2.07078	-1.97260
การเตรียมความพร้อม	2.85	0.27	4.77	0.15	218	-71.314	.000	-1.98137	-1.87480
มาตรการทางสังคม	2.89	0.20	4.83	0.16	218	-84.612	.000	-1.98273	-1.89246
มาตรการสาธารณสุข	2.83	0.27	4.83	0.17	218	-71.127	.000	-2.05354	-1.94280
รวม	2.84	0.13	4.81	0.08	218	-148.193	.000	-1.99760	-1.94517

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความพร้อม
โดยรวมของกระบวนการชุมชนในการป้องกันและ
ควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ
พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินการมีค่าคะแนน
เฉลี่ย มากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการชุมชน
ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภู
แล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้มีการ
จัดโครงสร้าง กำหนดบทบาทหน้าที่ของ
คณะกรรมการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคระดับ
ตำบล ให้เชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเกิดการบูรณาการ
แผนงาน งบประมาณ จำนวน 8 โครงการ ชักจูง
ความพร้อมในเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโค

วิด 19 กำหนดมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและ
ควบคุมโรคโควิด 19 เป็นกฎตำบลภูแล่นช้าง 9 ข้อ
การตรวจคัดกรองเฝ้าระวังผู้เดินทางเข้าออกพื้นที่
งานพิธีต่างๆ การกักตัว (Home Quarantine) ผู้ที่
เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง การติดตามเฝ้าระวังกลุ่ม
เสี่ยง การคัดกรอง เยี่ยมสุขภาพจิต ติดตามผู้
บำบัดยาเสพติดในชุมชน ส่งผลให้สามารถชะลอ
การระบาดของโควิด 19 ประชาชนในภาพรวมเข้า
รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โควิด 19 เป็นอันดับที่
1 ของอำเภอนาคู จัดตั้ง ศสมช. เป็นศูนย์
ปฏิบัติการในการรับและส่งคืนข้อมูลครบทุกชุมชน
ทั้ง 10 แห่ง สถานประกอบการผ่านการประเมิน
ความพร้อมระดับพร้อมมากครบทั้งหมด ผ่าน
เกณฑ์ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจาก
โควิด 19 ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด
19 ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการดำเนินงานตามกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁶ ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม⁷ เพื่อพัฒนากระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน² โดยมีกิจกรรมการวิเคราะห์ชุมชน การจัดโครงสร้าง กำหนดบทบาท การวางแผนดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน ทำให้หลังดำเนินการตำบลภูแล่นช้างมีความพร้อมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.81, S.D.= 0.08) และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์/ประเมินสถานการณ์สำคัญ 2) การเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ 3) มาตรการทางสังคม 4) มาตรการสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของรณิศาภิชัยธรรม และคณะ (2561)⁸ ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ โดยใช้กลไกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการใด ๆ อันนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม จนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพมี 5 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การใช้ประโยชน์ การร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยรูปแบบของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การร่วมตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพ ร่วมรับผลประโยชน์

และร่วมประเมินผล ผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับผลการพัฒนาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมถึงการกระจายประโยชน์สู่ชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรพัฒน์ สุทธิประภา และปิยะ จันทร์หอมฟุ้ง (2562)⁹ ได้ศึกษากระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอนาคู มีการนำเอากระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอนาคู มาใช้ในพื้นที่ ประกอบด้วย การสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำ การวิเคราะห์และกำหนดปัญหาในพื้นที่ การกำหนดแผนงานโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานและบูรณาการโครงการและการดำเนินงาน การถ่ายทอดแผนงานโครงการและกิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสู่การปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผล โดยมีโครงการทั้งสิ้น 135 โครงการในระดับตำบล และ 18 โครงการในระดับอำเภอ และมีผลการดำเนินงานผ่านมาตรฐานในทุกโครงการ (ร้อยละ 100) ส่วนความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอนาคูของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.74)

กระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตำบลภูแล่นช้าง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้มีการจัดโครงสร้าง กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ระดับตำบล ให้เชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเกิดการบูรณาการแผนงาน งบประมาณจำนวน 8 โครงการ ชักซ้อมความพร้อมในเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เป็นกฎตำบลภูแล่นช้าง 9 ข้อ การตรวจคัดกรองเฝ้าระวัง

ผู้เดินทางเข้าออกพื้นที่ งานพิธีต่างๆ การกักตัว (Home Quarantine) ผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง การติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองเยี่ยมเยียนสุขภาพจิต ติดตามผู้บำบัดยาเสพติดในชุมชน ส่งผลให้สามารถชะลอการระบาดของโควิด 19 ประชาชนในภาพรวมเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 เป็นอันดับที่ 1 ของอำเภอนาคู จัดตั้ง ศสมช. เป็นศูนย์ปฏิบัติการในการรับและส่งคืนข้อมูลครบทุกชุมชน 10 แห่ง สถานประกอบการผ่านการประเมินความพร้อมระดับพร้อมมากครบทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด 19 ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อโควิด - 19 ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี จุทอง (2562)³ ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนร่วมเป็นทีมงานในศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.กทม.) ขับเคลื่อนนโยบายของกรุงเทพมหานครในการดำเนินงานเชิงรุก อาทิ การค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่เสี่ยง ตรวจสอบควบคุม กำกับ กิจกรรมหรือกิจกรรมที่สั่งปิดชั่วคราว หรือได้รับการผ่อนคลาย การตั้งจุดตรวจคัดกรอง การทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ สะพานลอยป้ายรถประจำทาง จัดหาถังขยะและจัดสถานที่ที่วางถังติดเชื้อ จัดเก็บขยะติดเชื้อไปทำลาย สร้างการรับรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ในทุกช่องทาง และประสานความร่วมมือกับประธานชุมชน เจ้าของกิจการให้ช่วยในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 จนทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคโควิดประสบความสำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2564)¹⁰ ได้ศึกษาถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของ อ. ส. ส. ม. ค. ร. ส. อ. ร. น. ส. อ. ข. อ. ค. ตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม เน้นการ

ดำเนินงาน 5 ด้านคือการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันตนเอง การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เพื่อนำความรู้และทักษะไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย การจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ร่วมกับทีมผู้นำชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ และการ

บันทึกรายงานผลการดำเนินงานทั้งแบบทางการผ่านแบบฟอร์มที่ทางพื้นที่หรือหน่วยราชการกำหนด และรายงานผลแบบไม่เป็นทางการผ่านทางสื่อออนไลน์ แอปพลิเคชันต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาเครือข่ายการทำงานในชุมชนให้เกิดการมีส่วนร่วมควรมีการมอบหมายหน้าที่ บทบาทที่ชัดเจน การบูรณาการแผนงานงบประมาณ การทำงานร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนในการสั่งการ ทั้งในด้านการวิเคราะห์/ประเมินสถานการณ์สำคัญ การเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ มาตรการทางสังคม มาตรการสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานมีความรวดเร็ว และทันสถานการณ์การระบาดของโรค

2. ผู้นำชุมชน ตัวแทน อปท. อสม. และตัวแทนภาคีเครือข่ายอื่นๆ เป็นแกนนำสำคัญของชุมชนที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ สร้างภูมิกำหนดร่วม เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 หรือกระบวนการจัดการระบบสุขภาพชุมชนที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยชุมชน เพื่อชุมชนและเป็นของชุมชน

3. หน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันตัวในการทำงานให้กับ อสม. หรือผู้ปฏิบัติงานที่จำเป็นเข้าไปใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการฝึกทักษะ

การใช้อุปกรณ์ให้ถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

4. มาตรการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในระดับชุมชนควรขับเคลื่อนกระบวนการชุมชน ควบคู่กับมาตรการส่วนบุคคลในการป้องกัน

โรคโควิด DMHTT “ใส่แมส อยู่ห่างกัน หมั่นล้างมือ วัคซีนหภูมิ และสแกนแอปพลิเคชัน” เพื่อสร้างความแข็งแกร่งในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับบุคคล ครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการบริหารด้านโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์ (2564) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์.
10. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. (2564) การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ;16(2):151-68.
6. ชัชวาลย์ ทัดศิวิชัย. (2551). ความไว้วางใจกับการมีส่วนร่วมทางการเมือง. กรุงเทพฯ: รัฐสภาสาร.
9. อธิพัฒน์ สุทธิประภา และปิยะ จันทร์หอมพึ้ง. (2562). กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ; 4(1): 60-67.
8. รัถยานภิกษ รัชตะวรรณ และคณะ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ ; 11(1): 231-238
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2552). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI). <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/NCD006.pdf>
3. สุมาลี จุทอง. (2563). การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ. สืบค้นจาก http://www3.ru.ac.th/mpabstract/files/2562_1597737114_6114832048.pdf
4. คปสอ.นาคู. (2564). ฐานข้อมูลโรคระบาดโรคโควิด 19 คปสอ.นาคู
7. Lewin, K. (1936) Principles of psychology typology. New York: McGraw-Hill.
5. Best, John W. (1981) Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall

วิเคราะห์และเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการในการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Exploring and comparing the barriers and facilitators to the implementation of
environmental health accreditation in the provincial administration organization.

(Received: March 24,2023 ; Revised: March 29,2023 ; Accepted: : March 30,2023)

สุนทร หงษ์คอง¹ ณรงค์ พรหมศรีจันทร์¹ เอกชัย เนตรแสงสี¹

Soontorn Hongkong¹ , Narong Promsrirachan¹ and Akachai Netsangsee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการต่อการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย โดยทบทวนและพัฒนาแบบการดำเนินงานที่มีอยู่เดิม ภายใต้บริบทพื้นที่ ในเทศบาลตำบลจำนวน 8 แห่ง

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 แห่ง ให้ความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนาทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง พบว่าในด้านความคิดเห็นที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 7 ด้าน ในด้านผลลัพธ์การดำเนินการ จะมีความคิดเห็นที่ให้ความสำคัญมากในเรื่อง การสร้างขวัญกำลังใจและประกาศเกียรติคุณจากการผ่านการรับรองในเวทีระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ มีผลต่อการปฏิบัติงานซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรองลงมาคือ ด้านการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ด้านพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้องค์กรพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การมีแนวทางปฏิบัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในเชิงวิชาการ และเชิงกฎหมาย สนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ผลความพึงพอใจสูงสุด ลำดับแรก คือ เกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนการเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการต่อการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการมีประเด็น ทั้ง 6 ประเด็นได้แก่ การสมัครเข้าร่วมโครงการระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความเข้าใจการพัฒนาบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเมินตนเองตามงานพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดทำรายงานผลการประเมินตนเองและจัดเตรียมเอกสารหลักฐาน และประเด็นในการมอบเกียรติบัตรพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าในการสมัครเข้าร่วมโครงการในเทศบาลที่ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการเพราะไม่มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ทำให้ไม่มีพร้อมในการดำเนินงานเตรียมเอกสาร รวมถึงการลงรายละเอียดเนื้อหาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมค่อนข้างมีรายละเอียดมาก จึงไม่พร้อมในการเข้ารับการประเมิน

คำสำคัญ: กระบวนการ, คุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

This research was survey research by Cross sectional study data were analyzed by mixed methods that combines elements of quantitative method and qualitative method aiming to analyze the quality development and compare obstacles and processes for quality certification of environmental

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

health services of local administrative organizations in Loei Province. This research reviews and develops existing operational models under the spatial context in 8 municipalities and subdistrict municipalities.

From the quality development of 8 environmental health service systems, to be suitable and efficient. The study shows that the most significant opinion towards the quality development of the environmental health service system and local administrative organizations (EHA) in 7 aspects is to build morale and honor from being certified at the provincial or national level. It affects the performance of local government organizations, followed by accurate measurement, analysis, and knowledge management in developing the quality of environmental health service systems of local government organizations. It is a tool that helps organizations improve their environmental health work, which shows the first highest satisfaction result is the criteria for assessing the quality of the environmental health service system of local government organizations. Comparison of obstacles and processes for environmental health service quality certification of all local administrative organizations had 6 issues including applying for the project environmental health service system, understanding of the development of environmental health service systems, self-assessment according to the development of the environmental health service system, preparation of a self-assessment report and preparation of evidence documents and issues in awarding certificates for the development of environmental health service systems. The problem found in municipalities that do not participate in the project is they don't have a person in charge clearly resulting in an inability to prepare documents and receive assessments.

Keyword: facilitators , Environmental Health Accreditation, Local Government Organization

บทนำ

อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง องค์ประกอบด้านต่างๆ และคุณภาพชีวิตของมนุษย์ที่ถูกกำหนดโดยปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ สังคมและสังคม จิตวิทยา รวมถึงหลักการและวิธีปฏิบัติในการประเมิน แก้ไข ควบคุม ป้องกันปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของคนรุ่นปัจจุบันและรุ่นลูกหลาน ในอนาคต (WHO Regional Office for Europe, 1997) กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ จึงให้ความสำคัญกับการจัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน เนื่องจากงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ ได้กระจายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอาศัยพระราชบัญญัติการสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2484

ต่อมาปรับเปลี่ยนในปี พ.ศ. 2535 และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2550 มีอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินงาน/การให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ว่าด้วยการสาธารณสุข ซึ่งเน้นการคุ้มครองงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนในท้องถิ่นเป็นสำคัญ พร้อมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากจะพิจารณาแยกแยะภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอย่างครอบคลุม พบว่ามีทั้งบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ การตรวจสอบและพัฒนาด้านการสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยการออกใบอนุญาตให้ใช้สถานที่เพื่อประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สถานที่จำหน่ายอาหาร สวมอาหารและเครื่องดื่ม การบริหาร ควบคุม กำจัดของเสียและสิ่งโสโครกต่างๆ เช่น ขยะ น้ำเสีย เป็นต้น

กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานวิชาการที่มีภารกิจหลักในการพัฒนาระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพ มีหน้าที่สนับสนุนข้อมูลทางด้านวิชาการ ควบคุม กำกับ และติดตามการดำเนินงานด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังเป็นหน่วยงานที่ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เหมาะสมกับบริบทและปัญหาที่เกิดขึ้น ในพื้นที่ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐาน

ในการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อ 28 มิถุนายน 2548 ได้มีมติเห็นชอบในแผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือผลักดันให้การพัฒนากระบวนการไทยให้มีประสิทธิภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ สอดรับกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมือง ที่ดี พ.ศ. 2546 ที่ต้องการทำให้หน่วยงานราชการต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานและเปลี่ยนแปลงการบริหารงานภาครัฐ เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องในการให้บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน กรมอนามัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น โดยจัดทำแบบประเมินมาตรฐาน “คุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation : EHA)” ภายใต้แนวคิด PMQA และพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2550 ขึ้นมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยความร่วมมือการพัฒนามาตรฐานร่วมกันระหว่าง 3 หน่วยงาน ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมมลพิษ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งต่อมาใน ปี 2559 ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงาน

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกระทรวงสาธารณสุข เป็น 1 ใน 10 ของ Product champion ของกรมอนามัย เพื่อเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร โดยมาตรฐานการรับรองมีทั้งหมด 9 ประเด็นงานหลัก 20 ประเด็นงานย่อย (EHA 1000 – 9000) ได้แก่ EHA 1000 การจัดการสุขาภิบาลอาหาร EHA 2000 การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค EHA 3000 การจัดการสิ่งปฏิกูล EHA 4000 การจัดการมูลฝอย EHA 5000 การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ EHA 6000 การจัดการเหตุรำคาญ EHA 7000 การจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ EHA 8000 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และ EHA 9000 การบังคับใช้กฎหมาย

จากข้อมูลการเข้าร่วมประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2563 สามารถแบ่งรูปแบบข้อมูลเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบ่งตามจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า เมืององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้ารับการประเมิน 129 แห่ง ประกอบด้วย ไม่รับการประเมิน 47 แห่ง ระดับไม่ผ่าน 15 แห่ง ระดับพื้นฐาน 30 แห่ง และระดับเกียรติบัตร 38 แห่ง ส่วนที่ 2 แบ่งตามจำนวนประเด็นงาน พบว่า เมืององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้ารับการประเมิน 194 ประเด็นงาน ประกอบด้วย ไม่รับการประเมิน 66 ประเด็นงาน ระดับไม่ผ่าน 29 ประเด็นงาน ระดับพื้นฐาน 47 ประเด็นงาน และระดับเกียรติบัตร 52 ประเด็นงาน และข้อมูลการเข้าร่วมประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ทั้งหมดจำนวน 29 แห่ง เข้ารับการประเมิน จำนวน 25 แห่ง และ ไม่รับการประเมิน 4 แห่ง ซึ่งผลการประเมินเทศบาลเมือง และตำบล จำนวน 25 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ไม่ผ่าน 2 แห่ง ระดับพื้นฐาน 11 แห่ง และ

ระดับเกียรติบัตร 12 แห่ง ซึ่งทั้งหมดยังไม่มีทำการสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และข้อมูลการเข้าร่วมเข้าร่วมประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า มีบางแห่งที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละด้านเพิ่มเติมประเด็นอย่างต่อเนื่อง และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 แห่งที่ยังไม่เข้าร่วมสู่ระบบการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจทำการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมและเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการต่อการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย เพื่อนำมาพัฒนางานและเพื่อขับเคลื่อนงาน พร้อมสนับสนุนส่วนขาดเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ให้เกิดการพัฒนาทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการต่อการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบ

ภาคตัดขวาง (Cross sectional study) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เข้าด้วยกันเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดเลย จำนวน 8 แห่ง ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสำนักงานปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างที่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เป็นการเลือกแบบเจาะจงจากเทศบาล จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลตำบลนาอาน เทศบาลตำบลนาดินดำ เทศบาลตำบลท่าลี่ และเทศบาลตำบลน้ำสวย แห่งละ 4 คน ประกอบด้วย ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสำนักงานปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สมัครเข้าร่วมรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการเลือกแบบเจาะจงจากเทศบาล จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลตำบลนาแห้ว เทศบาลตำบลปากปวน เทศบาลตำบลภูกระดัง และเทศบาลตำบลศรีสองรัก แห่งละ 4 คน ประกอบด้วย ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสำนักงานปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ



งานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถาม เรื่อง ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย โดยอ้างอิงของผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple Choices)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพระบบการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ เรื่อง ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย โดยใช้แนวคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนการวิจัย

1. วางแผนการดำเนินการ สํารวจข้อมูลเชิงปริมาณผลของการประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลองค์ความรู้ และมองเห็นสภาพปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานผู้วิจัยดำเนินการศึกษาบริบทการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

2. ประสานขอความร่วมมือในการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการ

ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเทศบาล จำนวน ๘ แห่ง และสร้างความรู้ความเข้าใจและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. ดำเนินการสอบถามความคิดเห็นเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

4. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

5. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม และเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการต่อการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

6. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแบ่งกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และนำเสนอในรูปแบบตาราง

ผลการศึกษา

ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน ร้อยละ 56 เพศหญิง จำนวน 14 คน ร้อยละ 44 อายุผู้ตอบแบบส่วนใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป จำนวน 22 คน ร้อยละ 69 รองลงมาอายุ 31 - 45 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 25 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 22 คน ร้อยละ 69 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 9 คน ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารของหน่วยงานของเทศบาล

จำนวน 16 คน ร้อยละ 50 รองลงมาผู้อำนวยการ/หัวหน้ากองสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 คน ร้อยละ 16 ด้านประสบการณ์การทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 12 คน ร้อยละ 38 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมหรือชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมจำนวน 16 คนร้อยละ 50 หน่วยงานของเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบลทั้ง 4 แห่ง มีการสมัครเข้าร่วมการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเด็นดังนี้ EHA 1001 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายและสะสมอาหาร ระดับเกียรติบัตร จำนวน 1 แห่ง ระดับพื้นฐาน จำนวน 2 แห่ง EHA 1002 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในตลาด ระดับพื้นฐาน 1

แห่ง EHA 1003 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในการจำหน่ายสินค้าในที่ทางสาธารณะ ระดับเกียรติบัตร จำนวน 2 แห่ง EHA 2002 การจัดการคุณภาพน้ำประปา (ผลิตโดยหน่วยงานอื่น) ระดับเกียรติบัตร จำนวน 1 แห่ง

EHA 4001 การจัดการมูลฝอยทั่วไป ระดับเกียรติบัตร จำนวน 1 แห่ง ระดับพื้นฐาน จำนวน 3 แห่ง EHA 4002 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ระดับเกียรติบัตร จำนวน 1 แห่ง EHA 6000 การจัดการเหตุรำคาญ ระดับเกียรติบัตร จำนวน 3 แห่ง ระดับพื้นฐาน จำนวน 1 แห่ง EHA 7000 การจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ระดับเกียรติบัตร จำนวน 4 แห่ง EHA 9001 การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น ระดับพื้นฐาน จำนวน 1 แห่ง EHA 9003 การออกใบอนุญาต ระดับพื้นฐาน จำนวน 1 แห่ง

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อคุณภาพระบบการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ย	S.D.	เกณฑ์ประเมิน
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
ด้านการนำองค์กร						
1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในองค์กรเห็นความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม	22 (68.75)	2 (6.25)	8 (25)	2.44	0.8637	ปานกลาง
2.องค์กรมีนโยบายโครงการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ช่วยขับเคลื่อนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	20 (62.50)	4 (12.50)	8 (25)	2.38	0.8569	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม				2.41		ปานกลาง
ร้อยละ				80.20		
ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์						
3. องค์กรมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญและจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีความสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม	19 (59.38)	7 (21.88)	6 (18.75)	2.41	0.7849	ปานกลาง
4. ผู้บริหารองค์กรมีการสื่อสารและทำความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงานให้กับบุคลากร	22 (68.75)	6 (18.75)	4 (12.50)	2.56	0.7043	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม				2.48		ปานกลาง
ร้อยละ				82.81		



ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อคุณภาพระบบการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ย	S.D.	เกณฑ์ประเมิน
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
ด้านการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ (ภาคีเครือข่าย)						
5. ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เช่น รพ.สต. สสอ. การประสานส่วนภูมิภาค เป็นต้น ช่วยให้การพัฒนา EHA ประสบความสำเร็จ	15 (46.88)	11 (34.38)	6 (18.75)	2.28	0.7699	ปานกลาง
6. การร่วมดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนในพื้นที่ ช่วยให้การพัฒนา EHA บรรลุเป้าหมาย	18 (56.25)	6 (18.75)	8 (25)	2.31	0.8454	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม				2.30		ปานกลาง
ร้อยละ				76.56		
ด้านการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้						
7. EHA เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้องค์กรพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	18 (56.25)	6 (18.75)	8 (25)	2.31	0.8454	มาก
8. การพัฒนา EHA เป็นการเฝ้าระวังผลกระทบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	15 (46.88)	12 (34.38)	6 (18.75)	2.28	0.7597	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม				2.30		ปานกลาง
ร้อยละ				76.56		
ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล						
9. จำนวนบุคลากรที่เพียงพอทำให้การพัฒนา EHA ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายองค์กร	9 (28.13)	13 (40.63)	10 (31.25)	1.97	0.7699	ปานกลาง
10. การได้รับการอบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ช่วยขับเคลื่อนงาน EHA ให้ได้ตามเป้าหมาย	13 (40.63)	6 (18.75)	13 (40.63)	2.00	0.9013	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม				1.98		ปานกลาง
ร้อยละ				66.14		
ด้านการจัดการกระบวนการ						
11. การพัฒนา EHA ต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงาน	17 (53.13)	6 (18.75)	7 (21.88)	2.19	0.9822	ปานกลาง
12. กระบวนการ EHA มีความยุ่งยากซับซ้อนต่อการดำเนินงาน	12 (37.50)	14 (43.75)	6 (18.75)	2.19	0.7261	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อคุณภาพระบบการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ย	S.D.	เกณฑ์ประเมิน
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
13. ประเด็น EHA มีความสอดคล้องต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่	16 (50)	4 (12.50)	12 (37.50)	2.13	0.9270	ปานกลาง
14. เอกสาร/หลักฐาน ที่ใช้ประกอบการประเมินมีความเหมาะสมเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน	15 (46.88)	6 (18.75)	11 (34.38)	2.13	0.8926	ปานกลาง
15. รูปแบบการประเมิน EHA มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน	15 (46.88)	6 (18.75)	11 (34.38)	2.13	0.8926	ปานกลาง
16. ผู้ให้คำปรึกษาในพื้นที่มีความรู้และให้คำปรึกษา/แนะนำแนวทางการประเมิน EHA ได้อย่างถูกต้องและชัดเจน	16 (50)	6 (18.75)	10 (31.25)	2.19	0.8816	ปานกลาง
17. ทีมประเมินมีความรู้ความสามารถในการประเมิน	16 (50)	16 (50)	0 (0)	2.50	0.5	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม				2.21		ปานกลาง
ร้อยละ				73.51		
ด้านผลลัพธ์การดำเนินการ						
18. ผลคะแนนของ EHA มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน	18 (56.25)	7 (21.88)	7 (21.88)	2.34	0.8143	ปานกลาง
19. ผลคะแนนของ EHA ในการประเมิน LPA มีความเหมาะสมและเพียงพอ	18 (56.25)	7 (21.88)	7 (21.88)	2.34	0.8143	ปานกลาง
20. การสร้างขวัญกำลังใจและประกาศเกียรติคุณจากการผ่านการรับรองในเวทีระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ มีผลต่อการปฏิบัติงาน	28 (87.50)	4 (12.50)	0 (0)	2.88	0.3307	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม				2.52		มาก
ร้อยละ				84.02		

จากตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อคุณภาพระบบการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้านการนำองค์กร ค่าเฉลี่ยรวม 2.41 ระดับปานกลาง โดยที่ข้อย่อยที่ได้ระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในองค์กรเห็นความสำคัญ

และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์ ค่าเฉลี่ยรวม 2.48 ระดับปานกลาง โดยที่ข้อย่อยที่ได้ระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือ ผู้บริหารองค์กรมีการสื่อสารและทำความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงานให้กับบุคลากร ค่าเฉลี่ยรวม 2.56 ระดับมาก ด้านการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ

(ภาคีเครือข่าย) ค่าเฉลี่ยรวม 2.30 ระดับปานกลาง โดยที่ข้อย่อยที่ได้ระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนในพื้นที่ ช่วยให้การพัฒนา EHA บรรลุเป้าหมาย ค่าเฉลี่ย 2.31 ระดับปานกลาง ด้านการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ค่าเฉลี่ยรวม 2.30 ระดับปานกลาง โดยที่ข้อย่อยที่ได้ระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือ EHA เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้องค์กรพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 2.31 ระดับปานกลาง ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ค่าเฉลี่ยรวม 1.98 ระดับปานกลาง โดยที่ข้อย่อยที่ได้ระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือ การได้รับการอบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ช่วยขับเคลื่อนงาน EHA ให้ได้ตามเป้าหมาย ค่าเฉลี่ย 2.00 ระดับปานกลาง

ด้านการจัดการกระบวนการ ค่าเฉลี่ยรวม 2.21 ระดับปานกลาง โดยที่ข้อย่อยที่ได้ระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือ ทีมประเมินมีความรู้ความสามารถในการประเมิน EHA ค่าเฉลี่ย 2.50 ระดับมาก

ด้านผลลัพธ์การดำเนินการ ค่าเฉลี่ยรวม 2.52 ระดับมาก โดยที่ข้อย่อยที่ได้ระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือ การสร้างขวัญกำลังใจและประกาศเกียรติคุณจากการผ่านการรับรองในเวทีระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ มีผลต่อการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 2.88 ระดับมาก

ในการประชุมกลุ่มกลุ่มโดยใช้แนวคำถามของผู้วิจัย โดยกลุ่มที่ 1 กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครการประเมินระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเทศบาลบาล จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วยเทศบาลตำบลนาอาน เทศบาลตำบลน้ำสวย เทศบาลตำบลนาดีนคำ และเทศบาลตำบลท่าลี่ โดยการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 4 ครั้ง ในพื้นที่ของเทศบาลทั้ง 4 แห่ง เพื่อข้อมูลที่ได้นำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 2 กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่ได้สมัครการประเมิน

ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลตำบลปากปวน เทศบาลตำบลนาแห้ว เทศบาลตำบลภูกระดัง และเทศบาลตำบลศรีสองรัก และนำข้อค้นพบในประเด็นขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินรับรองเพื่อนำพัฒนาให้กับเทศบาลทั้ง 4 แห่งที่ยังไม่เข้าร่วมการพัฒนา ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ 1 ใช้แนวคำถามของผู้วิจัยสรุปประเด็นได้ดังนี้คือ ประเด็นเรื่องการสมัครเข้าร่วมโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยแจ้งหนังสือเชิญชวนเทศบาล สมัครเข้าร่วมโครงการโดยตรง และกำชับจากกลุ่มไลน์ในเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยงานของเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล ทุกแห่งในจังหวัดเลย ประเด็นงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ท่านสมัครเข้าร่วมโครงการ เหตุผลหลักในการเลือกประเด็นคะแนนที่ได้ใช้ประกอบการให้คะแนนการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment) ในปีงบประมาณ 2565 คือ โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ด้านๆละ 5 คะแนน คือ ด้านประเด็นงาน EHA 1000 ถึง EHA 4000 และด้านประเด็น EHA 5000 ถึง EHA 9000 ทำให้เทศบาลหลายๆแห่งสนใจเลือกประเด็นมากขึ้น ประเด็นบุคลากรในหน่วยงานของท่านให้ความสนใจการพัฒนา ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(EHA)สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ผ่านการอบรม ออกติดตามแนะนำประเด็นระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ของเทศบาล ประเด็นการประเมินตนเองตามงานพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ท่านสมัครเกณฑ์กระบวนการตามเงื่อนไขที่กำหนดในคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Standard

Operating Procedure : SOP) ในประเด็นงานที่สมัครเป็นหลักประเด็นการการจัดทำรายงานผลการประเมินตนเองและจัดเตรียมเอกสารหลักฐานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ผ่านการอบรมการประเมินระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) แนะนำพัฒนางานและเตรียมเอกสารให้กับผู้รับผิดชอบงานในเรื่องนั้น การเรียนรู้ร่วมกัน ประเด็นในการมอบเกียรติบัตรพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องในปีงบประมาณ 2563 - 2564 ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ซึ่งเป็นพี่เลี้ยงในการจัดเวทีเชิดชูเกียรติแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับใบประกาศเกียรติคุณนั้น ติดปัญหาสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัส 2019 จึงไม่สามารถจัดเวทีเชิดชูเกียรติได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จึงได้จัดมอบเกียรติบัตรแก่เทศบาลที่ได้รับรางวัลแก่เทศบาลตำบลท่าลี่ เทศบาลตำบลนาดินดำ และเทศบาลตำบลนาอานที่ประชุมกรรมการจังหวัดเลย โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเลย เป็นผู้มอบใบประกาศเกียรติคุณ ในวันที่ 31 มีนาคม 2565 ณ ห้องประชุมศรีสองรักษ์ ศาลากลางชั้น 5 จังหวัดเลย

ผลการประชุมถอดบทเรียน ในกลุ่มที่ 2 ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเด็นทั้ง 6 ประเด็นได้แก่ การสมัครเข้าร่วมโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยแจ้งหนังสือเชิญชวนเทศบาล แต่เนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยตรง จึงไม่ได้ดำเนินการสมัครเข้าร่วมโครงการ กอปรกับภารกิจงานที่ผ่านมีการประเมินสมรรถนะของบุคลากรในงานด้านต่างๆ อยู่แล้ว จึงไม่ได้ให้ความสำคัญของการประเมินระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ ถึงแม้ว่าจะมีคะแนนที่ได้ใช้ประกอบการให้คะแนนการประเมินประสิทธิภาพ

ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment) ในปีงบประมาณ 2565 คือ โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ด้านๆละ 5 คะแนน คือ ด้านประเด็นงาน EHA 1000 ถึง EHA 4000 และด้านประเด็น EHA 5000 ถึง EHA 9000 ซึ่งมีคะแนนค่อนข้างน้อยเมื่อต้องใช้บุคลากรและการเตรียมเอกสารราชการ ซึ่งต้องไปทำงานอื่นๆที่สำคัญกว่าที่ทำได้ง่าย และเอกสารไม่ยุ่งยากซับซ้อนทำให้เทศบาลไม่มีความพร้อมในการเตรียมเอกสาร ประเด็นบุคลากรในหน่วยงานของท่านทำความเข้าใจการพัฒนาพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าเจ้าหน้าที่ของเทศบาลไม่ได้เข้าร่วมประชุมรับการชี้แจงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ประเด็นการประเมินตนเองตามงานพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดในคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Standard Operating Procedure : SOP) พบว่าได้ทำการศึกษาเองบางส่วนและดูเอกสารแล้วพบว่าไม่มีความพร้อมในการจัดทำให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ถ้ามีโอกาสได้เรียนรู้และพัฒนาพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น น่าจะสามารถนำมาพัฒนางานและเตรียมเอกสารให้กับผู้รับผิดชอบงานในเรื่องนั้นๆได้ ทั้งนี้อาจต้องปรึกษางานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อ การเรียนรู้ร่วมกัน ประเด็นในการมอบเกียรติบัตรพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าได้เข้าร่วมกิจกรรมและได้รับเกียรติบัตรรับรอง อยากไปปรับใบประกาศเกียรติคุณที่ส่วนกลางจัด เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติในระดับประเทศ และได้พบปะเครือข่ายในลำดับต่อไป

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการในการรับรองคุณภาพระบบ

บริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของจังหวัดเลย ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ทำให้ทราบถึงข้อมูลในการวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลยในด้านความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็นการบริหารงานภาครัฐ จำนวน ๗ ประเด็นงานคือ ด้านการนำองค์กร ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์ ด้านการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ (ภาคีเครือข่าย) ด้านการวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ด้านการจัดการกระบวนการ และด้านผลลัพธ์การดำเนินการ พบว่าความคิดเห็นที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ใน 7 ด้าน ในด้านผลลัพธ์การดำเนินการ จะมีความคิดเห็นที่ให้ความสำคัญมากในเรื่อง การสร้างขวัญกำลังใจและประกาศเกียรติคุณจากการผ่านการรับรองในเวทีระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ มีผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะให้ความสำคัญมาก รองลงมาคือด้านการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ด้านพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้องค์กรพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรมอนามัย(2563) การมีแนวทางปฏิบัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในเชิงวิชาการ และเชิงกฎหมาย สนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่และสอดคล้องกับชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย และคณะ (2561) ผลความพึงพอใจสูงสุด ลำดับแรก คือเกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นการพัฒนางานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานภาครัฐ 7 ประเด็นงานเพื่อวิเคราะห์ถึง

ปัจจัยในรายละเอียดได้ดำเนินงาน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อการมีส่วนร่วมการพัฒนากระบวนการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตั้งเป้าหมายและผลงานเพื่อการรับรองมาตรฐานเกียรติบัตรการประเมินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่จะได้รับประโยชน์จากการพัฒนางานคุณภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การศึกษาวิเคราะห์และเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการในการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย ทำให้ทราบข้อมูลความคิดเห็นการบริหารงานภาครัฐต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ยังเป็นโอกาสการพัฒนาและทำการปรับปรุง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพต่อไป ทั้งนี้ผลการเปรียบเทียบอุปสรรคและกระบวนการต่อการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเลย สามารถนำไปส่งเสริมให้เทศบาลมีดำเนินงานสมัครรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการประสานความร่วมมือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพต้องมีความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สำคัญการเตรียมข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่ของตนเอง เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหา รวมถึงการพัฒนาได้ตรงประเด็นกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงานให้เป็นไปตามกำหนดระยะเวลา และทันต่อการเปลี่ยนแปลงได้ก็เป็นเรื่องที่สำคัญ ในด้านผลกระทบอาจจะมีประเด็นเทศบาลที่ยังไม่สมัครเข้าร่วมประเมิน

รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้อง
พัฒนางานให้มีผลลัพท์มากยิ่งขึ้น

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกขั้นตอนเพื่อให้เกิดการ
ประสานความร่วมมือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและ
ประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการที่นำรูปแบบพัฒนาคุณภาพระบบ
บริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ของจังหวัดเลย ไปใช้กับองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องมีการสื่อสารกับภาค

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือและ
สนับสนุนการดำเนินงานจากหลายฝ่ายซึ่งร่วม
ดำเนินการ ให้การสนับสนุนรวมถึงข้อเสนอแนะอื่น
ๆ นักวิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(Environmental Health Accreditation:EHA): 2558.
2. กรมอนามัย .แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ฉบับที่ 3 พ.ศ.2560 –
2564.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2560.โรงพิมพ์ศูนย์บริการวิชาการมหาวิทยาลัยศรี-นครินทรวิโรฒ.2560.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561). คู่มือการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation : EHA). (ออนไลน์) ; ที่มา
<http://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2020/12-5027-20201228143559/4a6c5c5b8554de27008775275c0629a1.pdf>
4. กรมอนามัย. สรุปผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม(EHA) ปีงบประมาณ 2563.
(Environmental Health Accreditation:EHA): 2558.
5. จารุวรรณ ทับเที่ยง และคณะ.การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของเทศบาลในประเทศไทย ปี 2555.วารสารการ
ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.38(1).75-88.
6. ชนนาด เจริญรักษ์. (2556). ความคิดเห็นของประชาชนต่อผลการปฏิบัติงานของเทศบาลตำบลเกวียนหัก
อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัย
การบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, เอกชัย ชัยเดช, และอารยา วงษ์ป้อม. (2561). ความพึงพอใจการพัฒนาคุณภาพระบบ
บริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(EHA) (Provider: สสจ./สสอ., End User: อปท.).
วารสารสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, (9), 6-9.
8. ดาวลอย แก่นจันทร์. (2554). ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการให้บริการของฝ่ายใบอนุญาต ขัรบถ
สำนักงานขนส่งจังหวัดระยอง. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป,
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. นวรัตน์ อภิชัยนันท์. การวิเคราะห์กระบวนการมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ปีงบประมาณ พ.ศ.2558.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย.
10. บุญแสง ชีระภากร. ภาวะผู้นำและการบริหารของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.ภาคนิพนธ์ปริญญา
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.กรุงเทพมหานคร.
11. ปณิตดา บรรเลง.การจัดทำแผนพัฒนาเทศบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในเทศบาลนคร
เชียงใหม่ (พ.ศ.2545- 2549).วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเมือง.บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2548.



12. พิสิทธิ์ อุดชาชน, นัตรชัย ศรีแก้ว, คำหล้า ทามะวง, และบุษบาวรรณ โพธิ์ศรี. (2558). **ความคิดเห็นของประชาชนต่อการใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารงานของ เทศบาลตำบลบ้านฝาง อำเภอ บ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา รัฐศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์การปกครอง, มหาวิทยาลัยมกุฏราชวิทยาลัย.**
13. ไพศาล ไกรรัตน์ และคณะ. **ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.วารสารชุมชนวิจัย ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561.**
14. ศุภลักษณ์ ร่วมจิตร. (2556). **ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเข้าร่วมกิจกรรมนักศึกษา มหาวิทยาลัย ราชภัฏรำไพพรรณี. วิทยานิพนธ์ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.**
15. สุภัสสรา สุนันตะ. (2561). **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(1), 98-107.**
16. สุมาลี ประทุมมา. (2554). **ความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการเรียนรู้สาระพลศึกษาตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช ๒๕๔๔ ของนักเรียนช่วงชั้นที่ ๓ ในโรงเรียนสาธิต สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานครและโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ปีการศึกษา 2553. วิทยานิพนธ์ปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.**
17. อรสา หนูกระแสร. (2557). **ความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการบริการของ ธนาคารอมสินสาขา จันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.**
18. อารยา อินตะ. (ม.ป.ป.). **การวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอาเรีย อินตะ. (ม.ป.ป.). การวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9. (ออนไลน์) ; ที่มา http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1531464590.pdf**
19. อารยา อินตะ และสมรัฐ นัยรัมย์ . **การประเมินผลรองการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.ปีที่ 13 ฉบับที่ 32 กันยายน - ธันวาคม 2562.**
20. อุบล จันทรเพชร (ม.ป.ป.). **การประเมินความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมของบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 5. (ออนไลน์) ; ที่มา https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20200921172231_2905/20200921172259_3032.pdf**

การพยาบาลผู้สูงอายุป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา Nursing care of hip surgery patients and comorbidities: a case study

(Received: March 27,2023 ; Revised: March 29,2023 ; Accepted: : March 30,2023)

กาญจนา น้อยสุข¹
Kanjana Noisuk¹

บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ สาเหตุหลักเกิดจากการหกล้ม วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกที่หักและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จะช่วยบรรเทาอาการปวด และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อสะโพกได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนั้นมีความสำคัญทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและรวดเร็ว การฟื้นฟูสภาพและคำแนะนำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ผู้ป่วยเริ่มเดินและลงน้ำหนักได้เร็วขึ้น และมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตได้ดีใกล้เคียงก่อนป่วย

การพยาบาลผู้สูงอายุและมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหัก และโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รวมทั้งมีความรู้ทางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักการและกระบวนการพยาบาล นอกจากนี้ต้องพัฒนาตนเอง และศึกษาหาความรู้และประสบการณ์เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

Abstract

Hip fractures are common among the elderly. The main cause is due to falls. Methods for fixing broken bones and hip arthroplasty will help relieve pain and the patient can move the hip joint quickly Reduce complications from staying in bed for a long time Caring for patients undergoing hip replacement surgery is important at every stage. starting from preparing the patient before surgery Accurate and fast preoperative, intraoperative and postoperative nursing care Correct rehabilitation and advice will save the patient from complications. Length of stay in hospital is less The patient began to walk and lose weight faster. And have the opportunity to return to live well near before the illness

Nursing care for the elderly and those with comorbidities undergoing hip replacement surgery Nurses must be knowledgeable about hip fractures. and comorbidities that the patient is having as well as knowledge of nursing Experienced in nursing practice in accordance with nursing principles and processes In addition, self-development is required. and always seeking additional knowledge and experience in order to take care of patients effectively Safe and free from complications

Keyword : Nursing care of hip replacement surgery patients

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น



บทนำ

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุและมีโรคร่วมถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบได้บ่อย ข้อสะโพกหักผู้ป่วยจะมีอาการปวดมาก จนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเป็นภาระครอบครัว ประมาณร้อยละ 5-20 ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี พบว่าอัตราการตายจะสูงสุดใน ช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหัก สาเหตุจากโรคประจำตัวกำเริบ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจะเกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม บางรายเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหมดหวังได้ การรักษา 2 วิธี คือ การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกที่หักและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมี 2 แบบ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนแบบสองชิ้น (Bipolar hemiarthroplasty) ซึ่งวิธีนี้กระดูกอ่อนที่เข้าสะโพกยังติดอยู่ และการผ่าตัดเปลี่ยนทั้งหัวสะโพกและเข้าเทียม (Total hip arthroplasty) การรักษาแบบนี้เนื่องจากมีการเสื่อมของกระดูกอ่อนที่เข้าสะโพก การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพที่บริเวณข้อสะโพก แก้อาการปวดกระดูกผิดรูป ดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจความเข้าใจ การวางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกรับและก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ตลอดจนการวางแผนการจำหน่าย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นหลักในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขในใกล้เคียงก่อนเจ็บป่วยมากที่สุด

รวมทั้งโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้เป็นศูนย์รับส่งต่อในเขตโซนใต้ของจังหวัดขอนแก่นและ

เป็นโรคหลักหนึ่งใน Service Plan ของศูนย์สุขภาพเขต 7 ด้วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก จึงเริ่มมีการรับส่งต่อมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษารื่องดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย : อายุ 81 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อาการสำคัญ หกล้มขาขวากระดูกแตกหัก ปวดสะโพกขวา ปวดต้นขา ก่อนมา ร.พ. 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ก่อนมา ร.พ. 1 วัน หกล้มขาขวากระดูกแตกหัก ปวดข้อสะโพกด้านขวา ปวดต้นขาขวามาก เดินลงน้ำหนักไม่ได้

สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีสีหน้าวิตกกังวล แสดงสีหน้าเจ็บปวดเมื่อขยับตัว ปวดสะโพกและขาขวา ปวดมากเวลาขยับตัว pain score 6 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพแรกรับได้ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 98 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/72 มิลลิเมตรปรอท ทำ EKG 12 lead , ส่งเอกซเรย์ปอด กระดูกสะโพกและต้นขาขวา เจาะ DTX ที่ ER = HI. ให้ RI 10 unit state เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้ยา Morphine 3 mg. vein for pain prn. ทุก 4 ชม. ให้และ Admit เพื่อดูแลรักษาเรื่องความเจ็บปวด และวางแผนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกด้านขวา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไม่สุขสบายปวดสะโพกข้างขวาเนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก ข้อมูลสนับสนุน 1. บ่นปวดสะโพกข้างขวา ต้นขาขวาบวม ประเมิน pain score 5-8 คะแนน 2. หน้ามืดวิงเวียนเวลาขยับตัว วัตถุประสงค์ 1. เพื่อบรรเทาอาการปวด 2. ให้ผู้ป่วยสุขสบาย	1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดสะโพกและต้นขาขวา โดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามอาการปวด โดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการปวดที่มากขึ้น เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม 2. On Skin traction ขาข้างขวา 2 กก. ดูแลให้ Skin traction ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการปวด โดยการจัดให้ขาอยู่นิ่ง 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือน เพื่อไม่ให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดสะโพกและต้นขา พูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ แสดงออกด้วยท่าทาง เห็นอกเห็นใจ เข้าใจถึงความเจ็บปวด 6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Paracetamol (500 mg) 1½ tab ทุก 4-6 ชั่วโมง , Morphine 3 mg vein for severe pain ทุก 4 hr. ประเมินซ้ำหลังให้ยา Morphine 15 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน การกดการหายใจ แน่นหน้าอก โดยการประเมินการหายใจ ≤ 10 ครั้งต่อนาที หากมีอาการผิดปกติให้การแก้ไขโดยให้ออกซิเจนและรายงานแพทย์ การประเมินผล 1. อาการปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
มีภาวะ Hyperkalemia ข้อมูลสนับสนุน 1. ค่า Potassium 5.41 mEq/L 2. อ่อนเพลีย อ่อนแรง วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyperkalemia	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม. สังเกตลักษณะการเต้นของหัวใจ 2. ประเมินอาการของภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อ่อนแรง เหน็บชา หัวใจเต้นช้า 3. ดูแลให้ Kalimate 10 gm.+น้ำ 50 ml. oral ทุก 2 ชม. X 3 dose 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะเกลือแร่ในร่างกาย ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ การประเมินผล 1. ค่า Potassium อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.04 mEq/L 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อ่อนแรง หัวใจเต้นช้า
เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือด	1. จัดทำแผนผู้ป่วยนอนราบไม่หุนหัน



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
สูง ข้อมูลสนับสนุน 1. DTX 200-HI mg% (18-21 กรกฎาคม 2565) 2. ผู้ป่วยบอกว่ามีใจสั่น กระหายน้ำบ่อย 3. FBS 799 mg/dl (18 กรกฎาคม 2565) วัตถุประสงค์ 1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2.ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ	2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ 3. สังเกตอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย หอบ ชีพผิดปกติ 4. ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ Regular insulin ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินผล -ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง -ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง DTX 155-300 mg/dl
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน 1. สีหน้าเคร่งเครียด 2. ผู้ป่วยและญาติ บอกว่าไม่สบายใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซักถามอาการและแผนการรักษา วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	1.สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ญาติ ซักถามข้อสงสัย และตอบข้อสงสัยด้วยความเต็มใจ 2.ประสานให้ผู้ป่วยและญาติได้รับฟังภาวะเจ็บป่วย แผนการรักษาจากแพทย์ และร่วมตัดสินใจ ในการวางแผนการรักษาพยาบาล 3.ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ 4.ให้กำลังใจโดยการให้ความสนใจ แสดงความห่วงใย ให้ความมั่นใจว่าให้การรักษาดูแลที่ดีที่สุด รับฟังปัญหา และแสดงความเห็นอกเห็นใจ 5.อธิบายถึงผลเสียของความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อการหายของโรค 6.แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง การประเมินผล -ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หน้าตาสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
ขาดความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1.สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการผ่าตัด หลังผ่าตัดจะเดินได้ปกติไหม 2.กลัวอันตรายจากการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น 3.สอบถามการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัว 2.ให้ข้อมูลเหตุผลในการรักษาด้วยการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดแบบคร่าว ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 3.อธิบายให้ทราบถึงการเตรียมตัว สำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การงดน้ำงด อาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการอาเจียนและสำลักเศษอาหาร ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายและถึงกับชีวิตได้ 4.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สอนวิธีการหายใจ การไออย่างมี ประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว 5.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลบาดแผล การออก กัมลาังกายา การฝึกกายภาพบำบัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6.ดูแลทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นก่อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	วันผ่าตัด เพื่อลด แหล่งสะสมเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อ 7.ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 8 ชั่วโมงในคืนก่อนวันผ่าตัด 8.ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน 9.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 10.เตรียม Cefazolin 1 gm. ไปฉีดที่ห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา 11.วัดสัญญาณชีพก่อนเข้าห้องผ่าตัด การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
แผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ เนื่องจาก การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty Rt. HIP ขณะผ่าตัดมี blood loss 400 ml. 2.Hct. 27 vol% 3.มีเลือดออกจากขูด Radivac drain 50 ml. 4.แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเปื้อน 5.ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก	1. ประเมินอาการผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ภาวะซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มีเลือดซึมจากแผลมาก ต้นขาบวมมากขึ้น อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น เพื่อประเมินภาวะช็อก และให้การช่วยเหลือได้ทันที่ 2.วัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชม. จนกระทั่งคงที่ then ทุก 4 ชั่วโมง ,วัดปริมาณออกซิเจนในเลือด ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ 3.ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9 % 1,000 cc. vein drip 80 cc./hr. ตามแผนการรักษา 4.เจาะ Hct. at ward และ serial ทุก 12 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 5.สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวน Content จาก Radivac Drain หากออกมากกว่า 200 cc. ใน 1 ชม.ให้รายงานแพทย์ทราบทันที 6.ดูแลการให้ Levophed (4:250) vein drip 5 µd/hr. titrate keep BP ≥ 90/60 mmHg 7.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O2 canular 3 LPM 8.Record I/O การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60-117/60 มิลลิเมตรปรอท วัด O2 sat 96-98 % เจาะ Hct at ward 27-32 vol% แผลผ่าตัดมี Bleeding ซึมเล็กน้อย ไม่มี Active Bleeding ปัสสาวะออก 300-500 มล.ต่อ 8 ชม.



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่ขาขวา ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับ ปวดแผลผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty Rt. HIP 2.ประเมินความรุนแรงการเจ็บปวด pain score 5-8 คะแนน 3.สังเกต สีหน้า หน้ามืดตัวเขียว วัตถุประสงค์ 1.เพื่อบรรเทาอาการปวด 2.นอนหลับพักผ่อนได้	1.ประเมินอาการเจ็บปวดจากสีหน้าท่าทาง และซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating Scale เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม 2.อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล อาการปวดจะมีระยะเวลา 12-36 ชม.แรก และจะทุเลาลงใน 48 ชม.หลังผ่าตัด พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจแสดงออกด้วยท่าที่เห็นอกเห็นใจ 3.ฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ สลับกับพ่นออกยาว ๆ ขณะมีอาการปวด 4.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่าเพียงพอ 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morphine. 3 mg. vein ทุก 4 ชั่วโมง พร้อม สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน หายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ 4. ลงบันทึกทางการพยาบาลเพื่อประเมินอาการครั้งต่อไป 5. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย โดยกางขาข้างผ่าตัดออกเล็กน้อยใช้หมอนวางไว้ระหว่างขา 2 ข้าง ในกรณีที่ต้องการพลิกตะแคงตัว จัดท่าพลิกตะแคงตัวทับขาข้างซ้ายที่ไม่ได้ผ่าตัด โดยใช้ผ้าดันซ้ายกดลงกับพื้น ยกกันลอยขึ้น และเอียงตัวเล็กน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อสะโพกอยู่ในท่าเหยียดมากเกินไป การประเมินผล -ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด pain score 5 - 8 คะแนน ได้รับMorphine.3 mg. vein ทุก 4 hr. แรกหลังผ่าตัด อาการปวดทุเลาลง ปวดมากเมื่อเคลื่อนไหว pain score 3-5 คะแนน นอนหลับได้เป็นพักๆ
เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่ต้นขาขวา ข้อมูลสนับสนุน -หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม Bipolar hemiarthroplasty Rt. HIP -มิใช่ภายใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด 37.6 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์ -เพื่อป้องกันการติดเชื้อ	1.ประเมินแผลผ่าตัด ลักษณะของบาดแผลมี discharge ซึม มีอาการปวด บวม แดง ร้อน หรือไม่ 2.ทำความสะอาดแผล อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มทำแผลสะอาดก่อน ทำแผล Radivac drain หลัง ตามยี่ห้อหลักปราศจากเชื้อ 3.ตรวจวัดสัญญาณชีพและบันทึก 4.ดูแล Radivac drain อยู่ในระบบสุญญากาศ 5.แนะนำไม่แกะเกาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ 6.แนะนำรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล 7.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Cefazolin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม ,Ciprofloxacin (500 mg.) 1 เม็ด เข้า เย็น หลังอาหาร การประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เนื่องจากต้นขาขวาหัก หลังผ่าตัดยังไม่สามารถลงน้ำหนักได้ ข้อมูลสนับสนุน -ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกขวาเทียม ต้องนอนกึ่งขาโดยใช้ไว้ตลอดเวลา -ช่วยเหลือตนเองได้น้อย -ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย วัตถุประสงค์ -ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง ปอดบวม และแผลกดทับ	-วัดอุณหภูมิได้ 36.8-37 องศาเซลเซียส -แผลไม่มี discharge ชีม แผลแห้งดี ติดดี ไม่มีบวม แดง ร้อน 1.การพยาบาลเพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรง และข้อติด 1.1กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน การรับประทานอาหาร จัดโต๊ะข้างเตียงสำหรับวางสิ่งของเครื่องใช้ใกล้เตียงในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถหยิบเองได้ 1.2 กระตุ้นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพก ข้อเท้า ขา 2 ข้าง ควรปฏิบัติดังนี้ -การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา -การออกกำลังกายข้อสะโพก ด้วยการยกขาขึ้นตรงๆ พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อขา -การออกกำลังกายข้อเท้า โดยการกระดกเท้าขึ้นลง และหมุนออกด้านในด้านนอก ช่วยป้องกันการเกิดข้อเท้าตก (foot drop) จะทำให้การเดินลำบาก 1.3 ส่งปรึกษา กายภาพบำบัด ช่วยสอนการแก้อาการกล้ามเนื้อ และการฝึกใช้ wheel chair 2.การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดบวม 2.1 ประเมินลักษณะการหายใจ ฟังปอดโดยใช้หูฟัง (Stethoscope) 2.2 จัดท่านอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยให้หายใจสะดวก 2.3 กระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ โดยหายใจเข้าเต็มที่ยาวๆ และผ่อนลมหายใจออก ทางปากช้าๆ ในลักษณะการเป่าปาก เหมือนผิวกา เพื่อให้ออกขยายตัวได้เต็มที่ ถุงลมในปอดมีการยืดขยาย ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี 2.4 กระตุ้นให้อาบน้ำอุ่น โดยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ 4-5 ครั้ง พอดี๋ยุ่ ท้ายสุดลมหายใจเข้าเต็มที่แล้วกลืนเอาไว้ และไอออกมาจากส่วนลึกเป็นการกระตุ้นและการขับเอาเสมหะออก 2.5 ดูแลการดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 แก้ว เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่าย 2.6 กระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวไม่ควรนอนในท่าเดียวนานๆ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหว ร่างกาย 2.7 วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย เพื่อประเมินการติดเชื้อ การประเมินผล - ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง กล้ามเนื้อมีกำลังในการหดตัวดี ไม่เกิดแผลกดทับ แต่ยังไม่สามารถใช้ wheel chair ได้
ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อข้อหลุด หรือข้อสะโพกเคลื่อน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีท่านอนที่ไม่ถูกต้อง	1. จัดท่านอนของขาข้างที่ทำผ่าตัด ให้ผู้ป่วยนอนกึ่งขาออก 30-45 องศา และใช้หมอนเล็กหนุน เข้า 2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป X-ray หลังผ่าตัด



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยมีข้อสะโพกเทียมด้านซ้าย วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของข้อหลุดหรือข้อสะโพกเคลื่อน	3. เลื่อน Stretcher เทียบกับเตียงและปรับระดับให้เท่ากันลือลือเตียงให้มั่นคง 4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อต้องมีการขยับหรือเคลื่อนย้ายร่างกาย 5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องให้สัญญาณและเคลื่อนย้ายพร้อมกัน 6. ใช้หมอนสี่เหลี่ยมคางหมูไว้ระหว่างขาและเขย็ดไว้ห้ามหุบขาทุกครั้งทีเคลื่อนย้าย การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของข้อสะโพกหลุดหรือเคลื่อน
พร้อมความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมือกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยถามว่ากลับบ้านแล้วต้องมาพบแพทย์อีกหรือไม่ 2. ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะเดินได้เมื่อไหร่ ต้องใช้ไม้ค้ำเดินหรือไม่ จะลงน้ำหนักได้เมื่อใด วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมือกลับไปอยู่บ้าน	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงภาวะและความก้าวหน้าของโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติในการเผชิญปัญหา 2. แนะนำให้ออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาและการเคลื่อนไหวของข้อ 2.1 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา 2.2 การทำ range of motion ของข้อนี้เท้า 2.3 การเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก ขมิบหุรัดบริเวณทวารหนัก 200 ครั้ง/วัน 3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น บาดแผลมีอาการปวดมาก บวม แดง ร้อน ผิดรูป มีไข้ 4. แนะนำการเตรียมบ้านที่อยู่อาศัย ควรเป็นชั้นล่าง ไม่ต้องมีบันได พื้นราบเรียบ ไม่เปียก ห้องน้ำสะอาด เพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม 5. ถ้ามีสีผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง บริเวณผ่าตัด ให้มาพบแพทย์ 6. แนะนำให้พักผ่อนเพียงพอ 7. แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัด 8. แนะนำรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ที่มีวิตามิน ซี เช่น ส้ม เพื่อช่วยในการสร้างfiber ของกระดูกที่หักและส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น 9. ห้ามอยู่ในท่าที่จะทำให้ข้อสะโพกเทียมหลุด เช่น นอนไขว้ขา การนั่งไขว่ห้าง นั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ 10. แนะนำญาติหาเก้าอี้นั่งเจาะรูตรงกลางใช้ในการนั่งถ่ายอุจจาระ 11. แนะนำการใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง การเดินต้องใช้ walker ช่วยในการพยุง ในระยะแรกห้ามลงน้ำหนักขาขวา 11. ประสานทีม HHC.ติดตามเยี่ยม เพื่อให้กำลังใจ สาธิตและแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่มั่นใจ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัว เมือกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องและพร้อมจะกลับบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 81 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาโรงพยาบาลด้วยอาการ หกล้ม ขาขวากระแทกพื้น ปวดต้นขาขวา เดินไม่ได้ 1 วัน ก่อนมา มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และกำลังรักษาโรคหัวใจจากการตรวจร่างกายและผลการถ่ายภาพเอกซเรย์ แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกขวาหักแบบปิด รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 ปฏิบัติต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพเมื่อแรกรับ อุณหภูมิ 37 °C ชีพจร 98 /min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 136/72 มม.ปรอท ได้รับการรักษาโดยการถ่วงน้ำหนักขาขวา 2 กก. ชนิด Skin traction ระยะเวลา 2 วันก่อนผ่าตัด ได้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด แพทย์ผู้ดูแลพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด เป ลี ย น ขั อ สะ โ พ ก เ ที ย ม (Bipolar hemiarthroplasty) ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 เวลา 11.45 น. เข้ารับการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty under spinal block หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อก ความดันโลหิต 79/51 มม.ปรอท ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก และย้ายไปสังเกตอาการที่แผนกผู้ป่วยหนัก(ICU) แพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Levophed (4:250) vein drip 5 µd/hr. titrate keep BP ≥ 90/60 mmHg. ได้รับยาแก้ปวด Morphine 2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวดมาก ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือด

ดำ ทุก 6 ชั่วโมง serial DTX ทุก 4 ชม. Keep 80-200 mg% ระดับน้ำตาลในเลือดยังคงสูง DTX มีค่าช่วง 158-345 mg% ดูแลให้ RI ตามแผนการรักษาของแพทย์ Retain Foley's cath urine flow ดี ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ วันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก แพทย์หยุดให้ยา Levophed พิจารณาย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ชาย On 0.9 % NSS 1000 ml. vein drip 60 cc/hr., Morphine 2 mg. vein for severs pain ทุก 4 hr. serial DTX premeal + hs. DTX มีค่าช่วง 155-237 mg% สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ O2 sat room air 95 % บันทึกปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งในขวดสุญญากาศ วันละครั้ง วันที่ 25 กรกฎาคม 2565 ปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งในขวดสุญญากาศไม่ออก แพทย์ให้ถอดสายระบายเลือดและขวดสุญญากาศพร้อมทั้งสายสวนปัสสาวะออกได้ ส่งตรวจ Urine Analysis พบ WBC 20-30 cell แต่ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แพทย์พิจารณาไม่ให้การรักษาเพิ่มเติมใด ๆ เริ่มให้ยารักษาเบาหวาน Mixtard 20-0-12 u sc. ac. เจา ะ DTX. premeal + hs. วันที่ 26 กรกฎาคม 2565 ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการหัดยืน และฝึกเดินด้วยเครื่องช่วยพยุงเดิน นักกายภาพบำบัดฝึกลูกนั่งบนเตียงและฝึกเดินแต่ผู้ป่วยทำไม่ได้ จึงสอนญาติเรื่อง pattern แบบ PWB with walker ปรึกษาทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมบ้านและชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง และฝึก Ambulation ต่อที่บ้าน วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน นัดติดตามวันที่ 4 สิงหาคม 2565 และนัดติดตามอาการ การรักษา วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 10.00 น. ในระหว่างที่รับไว้ในความดูแล และแก้ไขปัญหาด้านการพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม

และอโรปิติกส์ชาย โดยมีการวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 รวม 9 วัน ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 11 ข้อ ได้รับการแก้ไข ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงภายหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดมีภาวะช็อกได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา จนปลอดภัยจากภาวะช็อก หลังจากการได้รับการผ่าตัด และรักษาตามกระบวนการของแพทย์แล้ว ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อสะโพกข้างขวาลดลง ความวิตกกังวลลดลง พุดคุยกับญาติยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น ได้รับยา ปฏิชีวนะตามแผนการรักษา จึงไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถขยับตัวได้ แต่ลุกนั่งไม่ได้ ได้รับการดูแลโดยการพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชม. ผู้ป่วยไม่มีผลกดทับ ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากแพทย์และพยาบาล อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ทำให้ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขและบรรลุลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

วิเคราะห์กรณีศึกษา

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุและมีโรคร่วม เป็นปัญหาที่สุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง พบว่าอัตราการตายจะสูงสุดใน ช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหัก และมีอัตราการรอดชีวิตลดลงประมาณร้อยละ 20 ผู้รอดชีวิตยังมีจำนวนมากที่สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่แย่งลง เป็นภาระต่อญาติและครอบครัวในการดูแล โดยพบว่าภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกหักร้อยละ 22 ของผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากมี

อาการปวดข้อสะโพกเป็นๆ หายๆ หากทำการรักษา ต้องใช้เวลานาน และต้องการคนดูแล รวมทั้งแต่เดิม การเปลี่ยนข้อสะโพกเป็นการเสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องชำระเงินค่าข้อสะโพกเทียมเอง ทำให้การเปลี่ยนข้อสะโพกไม่มีแพร่หลาย เมื่อมีการประกันสุขภาพคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการเปลี่ยนข้อสะโพกก็มีการเปลี่ยนมากขึ้น แต่ข้อจำกัดหลังการเปลี่ยนมีผลต่อการดำรงชีวิต และอาชีพ

ดังเช่นกรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และวัณโรคปอด ที่อยู่ในช่วงรับการรักษา ต้องทำการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นทำให้มีความวิตกกังวล ก่อนป่วยผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ แต่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้ หลังรักษาต้องเป็นผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทีมรักษาได้เตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ตั้งแต่เริ่มเข้าอนรรักษาในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้านโดยผู้ป่วยและลูกสาวมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์และพยาบาลที่ดูแลต้องใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการนำกระบวนการรักษาพยาบาลมาประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยมีความปลอดภัยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามอรรถภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หลังแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แพทย์จะนัดผู้ป่วย เพื่อติดตามอาการทุก 1 เดือน จนกว่าผลการ x-ray มีการแสดงของการสร้างกระดูกใหม่ขึ้นปกคลุมแนวกระดูกที่หักเดิม แต่หากกรณีมีอาการผิดปกติก่อน เช่น มีอาการปวดบวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด หรือปวดสะโพกปวดขาข้างที่ผ่าตัดมาก ซา เคลื่อนไหวขาข้างที่ผ่าตัดไม่ได้ มีไข้ ต้องรีบกลับมาพบแพทย์ การติดตามเยี่ยมด้วยวิธีสื่อสารทางโทรศัพท์ ช่องทางในการติดต่อสอบถามจึงมีความจำเป็นในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน

2. จัดทำแนวทางคู่มือโปรแกรมการดูแลตนเอง หรือการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยกระดูกและข้อสะโพกหักเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ดียิ่งขึ้น และเป็นการป้องกันกระดูกหักซ้ำ

3. จัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เป็นแนวทางที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร เป็นการเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

- 1.กฤษฎา สาเขตร์. (2551). ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักบริเวณ Intertrochanter. พุทธชินราชเวชสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2551, หน้า 500-508.
- 2.จอมศรี โพธิสาร. (2554). ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก : ประเด็นท้าทาย ในการป้องกัน. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 16(1), 5-13.
- 3.ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- 4.บรรณฤทธิ์ จักรโพธิ์ และคณะ. (2556). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- 5.พรศิริ พันธสี. (2557). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
- 6.วรรณ สัตยวิวัฒน์ และคณะ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรส.
- 7.ศิริเอมอร วิชาชาติ. (2552). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในหอพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 8.สภายาบาล. (2551). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก : CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES. กรุงเทพฯ : บริษัทจุด



รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
Model of health promotion behaviors for the elderly in Janlan Sub-district, Kuchinarai District
Kalasin Province.

Received: March 27,2023 ; Revised: March 29,2023 ; Accepted: March 30,2023)

สุมาลี อำนวย¹
Sumalee Amnauy¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ และรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน มีนาคม 2565 – เดือน กันยายน 2565 รวม 7 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ หมู่บ้านแจนแลน หมู่ที่ 7 ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 130 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ พอใช้ และหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก

และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the health behaviors of the elderly. and a model to promote health behaviors for the elderly in Jan Lan Sub-district, Kuchinarai District Kalasin Province It is an action research with a study period from March 2022 - September 2022, totaling 7 months. Sample size were 130 elderly people, Janlan Village, Moo 7, Janlan Sub-district, Kuchinarai District Kalasin Province, Collecting data from questionnaires. Data were analysis by Content Analysis: Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Dependent t-test.

The study found that Desirable health behaviors of the elderly before proceeding The overall and each side were at fair level and after the operation, it was found that the overall and each side were at a very appropriate level. And desirable health behaviors of the elderly There was a statistically significant difference between before and after operation at the .05 level ($p < .05$), where the mean score after operation was higher than before

Keywords: the elderly, health promotion health behavior

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย ทางสมอง ทางอารมณ์และทางสังคม จึงเป็นวัยที่คนส่วนมากกลัว ดังนั้นการได้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าวก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ปรับตัวได้ดี ยิ่งขึ้นรวมทั้งบุตรหลานหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนสำคัญมากในการช่วยให้ท่านปรับตัวได้อย่างมีความสุข¹ จาก รายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น ในปี 2562 จำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 1 พันล้านคน จำนวนนี้จะเพิ่มเป็น 1.4 พันล้านภายในปี 2573 และ 2.1 พันล้านภายในปี 2593 การเพิ่มขึ้นนี้เกิดขึ้นในอัตราที่ไม่เคยมีมาก่อนและจะเร่งตัวขึ้นในทศวรรษต่อไป โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับโครงสร้างทางสังคมในทุกภาคส่วน ตัวอย่างเช่น การดูแลสุขภาพและสังคม การคมนาคมที่อยู่อาศัย และการวางผังเมือง การทำงานเพื่อทำให้โลกเป็นมิตรกับผู้สูงวัยเป็นส่วนสำคัญและเร่งด่วนของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์²

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและรักษา เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคไต โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ดังนั้น จุดประสงค์หลักของ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก็คือการทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีอิสระ และมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยหรือมีโรคประจำตัวอยู่ก็ตาม โดยหน้าที่ของผู้ดูแลคือทำให้ ผู้สูงอายุ เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุนั้นประกอบไปด้วย (1) การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี (2) การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม โดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด (3) การมีความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม³

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁴ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงนั้นมีสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.1 ของประชากรทั้งจังหวัดในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.8 ในปี 2560 ตามนิยามของสังคมผู้สูงอายุซึ่งประเทศไทยได้เริ่มเข้าก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 โดยพิจารณาจากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10.0 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2567 นั่นคือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 20.0 เมื่อพิจารณาทางด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง/ไม่มีผู้ดูแล/ถูกทอดทิ้ง จาก 180 คน ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 2,584 คน ในปี 2560 และจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาระต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน จากจำนวน 289 คน ในปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1,758 คน ในปี 2560 ซึ่งแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง/สภาพที่อยู่ไม่เหมาะสมกับการพักอาศัย สำหรับผู้สูงอายุด้านนี้ มีแนวโน้มไม่คงที่ จากจำนวน 266 คน ในปี 2559 ลดลง เป็นจำนวน 253 คน ในปี 2560⁵ ตำบลแกลงแล่น สถานการณ์ผู้สูงอายุ ปัจจุบันประชากรขององค์การบริหารส่วนตำบลแกลงมีประชากรทั้งสิ้น 5,878 คน มีผู้สูงอายุจากข้อมูลของการขึ้นทะเบียนใช้สิทธิเบี้ยยังชีพ จำนวน 951 คน และผู้สูงอายุที่ไม่เบิกเบี้ยยังชีพเนื่องจากเป็นข้าราชการเกษียณอายุ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ประชากร

ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังพบว่ามีประชากรที่มีอายุจะเข้าสู่ 60 ปีจำนวนมาก (อายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 886 คน) สะท้อนให้เห็นแนวโน้มในอนาคตของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น⁶

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นกิจกรรมหรือขั้นตอนในการขับเคลื่อนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของตำบลแจนแลนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁷ มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน มีนาคม 2565 – เดือน กันยายน 2565 รวม 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ หมู่บ้านแจนแลน หมู่ที่ 7 ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยและกิจกรรมทางสังคม ด้วยวิธีการ บรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁷

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.894

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์
จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
ดังต่อไปนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการ
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. การจัดทำโครงร่างการวิจัยรูปแบบการ
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน
อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัย จาก
คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกาฬสินธุ์
4. การจัดทำเครื่องมือการวิจัยรูปแบบการ
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน
อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
5. จัดทำรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์
จังหวัดกาฬสินธุ์
 - 5.1 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 5.2 การสังเคราะห์กิจกรรมหรือขั้นตอนใน
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 5.3 การดำเนินการกิจกรรมหรือขั้นตอนใน
การขับเคลื่อนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 5.4 การสรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
(Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ

พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t
- test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์
จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย
จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS.76/2564

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ พอใช้
และหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ใน
ระดับ เหมาะสมมาก
2. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ มีเนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติตัวของ
ผู้สูงอายุในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุ การออก
กำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพช่องปาก
การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยและกิจกรรม
ทางสังคม ด้วยวิธีการ บรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ และ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึง
ประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ
(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การกิน	3.28	0.27	4.63	0.26	126	-32.773	.000	-1.43054	-1.26762
ออกกำลังกาย	3.32	0.35	4.61	0.28	126	-26.403	.000	-1.37402	-1.18241
สภาพแวดล้อม	3.20	0.25	4.65	0.26	126	-40.414	.000	-1.51032	-1.36932
ช่องปาก	3.28	0.29	4.62	0.27	126	-32.398	.000	-1.42035	-1.25682
รวม	3.27	0.14	4.63	0.12	126	-69.984	.000	-1.38964	-1.31321

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ พอใช้ และหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ เหมาะสมมากและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ยุพิน ทรัพย์แก้ว (2559)⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราชผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย = 3.70, S.D. = 0.52) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (เฉลี่ย = 4.61, S.D. = 0.45) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยุวดี รอดจากภัย (2557)¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุที่พึงตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ทั้งนี้เนื่องจาก มีการจัดทำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลแจนแลน อำเภอกุฉิ

นารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยและกิจกรรมทางสังคม ด้วยวิธีการ บรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยประยุกต์จากคู่มือสูงวัย สุขภาพดี ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ของกรมอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลำไพ สุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สุ่มหนองบัว (2565) ได้ศึกษาผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ภายใต้อุดมคติ “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” กลยุทธ์ในแต่ละกิจกรรม ตลอดจนแนวทางการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน สร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงาน การสร้างสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเป้าหมายหลัก คือ “ผู้สูงอายุสุขภาพดีดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมี 6 ประเด็นที่ต้องการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหว 2) โภชนาการ 3) สิ่งแวดล้อม 4) สุขภาพช่องปาก 5) สมอที่ดี และ 6) มีความสุขทั้ง 5 มิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย บุญเลิศ และคณะ (2559)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคกอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและ

ประเมินหลังการปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในครั้งนี้ เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่าน แนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้ รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง

สูงวัย สุขภาพดี ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ของกรมอนามัย ทำให้มีเนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติ ตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพ ช่องปาก การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยและ กิจกรรมทางสังคม ด้วยวิธีการ บรรยาย สาธิต ฝึก ปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ควรมีการจัดทำรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพผู้สูงอายุ โดยกำหนดเนื้อหาจากการประยุกต์ ผ่านคู่มือมาตรฐาน ซึ่งในการศึกษานี้ ประยุกต์จากคู่มือ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ในระยะยาว เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2565). อยู่อย่างไรให้เป็นสุขในวัยสูงอายุ <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/06162014-1444>
2. WHO.(2022). Ageing and health. [ออนไลน์] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> สืบค้นเมื่อ พฤศจิกายน 2565
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ (2565). การดูแลผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] <https://www.dop.go.th/th/know/15/741> สืบค้นเมื่อ พฤศจิกายน 2565
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Elderly 2017. Bangkok: Printery Company Limited; 2016.
5. สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์. (2561). มอญมสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์.
6. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านจานแสน จังหวัดกาฬสินธุ์ (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุตำบลจานแสน จังหวัดกาฬสินธุ์
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University; 1988.
8. Best, John W. (1981) Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall
9. ยุพิน ทรัพย์แก้ว (2559) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2
10. ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยุวดี รอดจากภัย (2557) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. รายงานการวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
11. กรมอนามัย. (2565). สูงวัย สุขภาพดี ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย. [ออนไลน์]. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201791> สืบค้นเมื่อ พฤศจิกายน 2565
12. ลำไพ สุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สู่หนองบัว (2565). ผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ. วารสารพยาบาลและ สาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. 1(1) 28-34
13. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แฉวเพีย (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคกอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 23(2) 79-87