

วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2566

VOL8 NO.2 April - June 2023

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยทั่วไปและนำไปสู่การพัฒนางานของบุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ) นายแพทย์สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อดิศักดิ์ สิงห์สีโว	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	พญ.ปวีณา พันตัน	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.ไพฑูริย์ ลิ้มมณี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ทพญ.วารี สุดกรยุทธ	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทร์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	พญ.นพพร ต้นตึงรังสี	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
ผศ.ดร.วรรณศักดิ์พิจิตร บุญเสริม	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	พญ.รุสนี ปิ่นบาโง	โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี
ผศ.ดร.จุไรรัตน์ ครูโคตร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.ศิริศักดิ์ พรหมแพน	โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.นำทิพย์ คำแร่	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
อ.ดร.วุฒิสักดิ์ บุญแน่น	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.สุรศักดิ์ หันชัยศรี	เทศบาลตำบลฆ้องชัยพัฒนาจังหวัดกาฬสินธุ์
อ.ดร.ปิตินันท์ ไสยาบ	มหาวิทยาลัยนครพนม	ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นพ.จารึก ประคำ	โรงพยาบาลนมน จังหวัดกาฬสินธุ์	พญ.พานิช จันทจร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นพ.ประธาน ศรีจุลฮาด	โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	ดร.ลัดดา อะโนศรี	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
นพ.สรรคเพชร หอมสมบัติ	โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย	ตะวัน เขตปัญญา	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
นพ.ทิว อุดชาชน	โรงพยาบาลโคกโพธิ์ชัย จังหวัดขอนแก่น	อังคณา วังทอง	โรงพยาบาลหนองจิกจังหวัดปัตตานี
นพ.ธนธิป บัวกล้า	โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี	ภก.กฤษฎา โชติการณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.เอกภักดิ์ ระหว่างปาม	รพศ.อุดรธานี	ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.เอกวัฒน์ ศรีภูมิสวัสดิ์	โรงพยาบาลเล	อวิชชัย ยุบลเขต	สำนักงานสาธารณสุขอำเภออนาคูจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.จักรกริช เกื้อนคำแสน	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	ทพญ.ธีรารัตน์ สุทธิประภา	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
นพ.ธนฤต โปรยกลาง	โรงพยาบาลมหาสารคาม		

ฝ่ายจัดการ

นายสิทธิชัย วรรณ

นายปิยะ จันทร์หอมทุ่ง

โรงพยาบาลฆ้องชัย

เลขที่ 223 หมู่ 11 ตำบลฆ้องชัยพัฒนา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 46130 โทร. 043-131100

บทความและรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็นและการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะกรรมการ และไม่มี
ความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลฆ้องชัยจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพเขตสุขภาพที่ 4	1
ศิริรินทร์ ปัญจะทองคำ	
การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	9
สมบัติ บุญโต	
การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี	18
สุทัศน์ สีทน	
การเปลี่ยนแปลงค่าทางโลหิตวิทยาในผู้ป่วย COVID – 19	32
ราตรี สงวนนาม	
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติด อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี	42
เพ็ญเพ็ญ บุญมาธรรม	
ผลของการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วต่อระดับน้ำตาลในเลือดและค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์	50
วชิรญาณ การเกษ	
ประสิทธิผลการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี ...	62
สุกมล วงศ์คุณ	
ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียูโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร	72
ปรียา สันธะวิทย์	
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	82
ประครอง ใบงาม	
ผลโปรแกรมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี	89
กัญญณัฏฐ์ สุวรรณศรี	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	101
ธัญญารัตน์ สิงห์แดง ,ไพฑูรย์ พรหมเทศ	
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม	110
อิสราล อันยาวารธร ,อรอุมา แก้วเกิด ,เจริญชัย หมั่นท้อ	
การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	117
อรุณ โพธิ์งาม	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม	127
ชมพูพูนท วังษาเนา ,วรวิทย์ วงศ์ศรีชา ,วรรณนิภา แสนสุภา	
การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิงห์บุรี	138
ภูริต นุชเยี่ยมปลา	
ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ	147
วินัย อารีย์	
รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	155
วิไลรัตน์ สุทธิประภา	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย	164
โฉมธิดาภา ศิริมา	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต	
ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง.....	173
อดิสร อุดรทักษ์ ,ยุวดี คาดีวี	
การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี	
ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์	181
คำแปลง ศรีซัง	
การพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์	194
ชุติกาญจน์ ปิยะศิลป์ ,ภาวดี น้อยอาษา ,นวลปรางค์ ดวงสว่าง	
การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม	200
นันทรี เมืองศรี ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์	
ความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม	210
พัชรพร วรรณสุ ,พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ ,นันทนา วรรณสุ	
ผลการรักษาน้ำในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดีในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	220
พีรพล พรหมไธ	
ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน	
โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี	229
วลัยพร รุ่งเรือง	
การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์	237
เอื้อการณ์ บุตรโพธิ์ศรี	
ผลการประเมินกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็ก จังหวัดกาฬสินธุ์	245
คงฤทธิ วันจรรยา	
ผลการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA)ต่อระดับ	
ความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	259
บวรลักษณ์ อินทรประจ	
การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนเป็นฐาน	268
รัตนาวลี ภักดีสมัย	
การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับลูกดอง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย	275
สมจิตร์ บุญยง	
ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการป้องกันการลัดตกหกล้มผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล	283
ธนิดา สุขรมย์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา	292
ชลดา รัตนสุวรรณ	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตบ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation: กรณีศึกษา	301
สร้อยสน พามา	
การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงร่วมกับคลอดก่อนกำหนด	309
กิตติยาพร ขจรไชยา	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย	319
ดวงภรณ์ กุลใบ	
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	
สมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD): กรณีศึกษา 2 ราย	330
ประวีณา ศรีบุตรดี	
ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	339
วิไล วงศ์แก้ว ,อิศรา สพสมัย	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง	351
พิมพ์ชนก เอกวอลล์	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับ การผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	361
อรุณี พัวโสพิศ	
การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับ บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	371
มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์	
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กรณีศึกษา	383
เอื้อการย์ ธนาเดชากุล	
ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์	390
ยุวดี คาศีวี ,อดิสร อุดรทักษ์	
การพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ รักษนก ถวิลการ ,อัษฎาฐ สอนพรม ,อดิสร อุดรทักษ์	397
กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมตำบลสกลเปือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์	407
วิชชุณี ละม้ายศรี	
อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาที่โนโฝเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง	416
ดารณี มุกดา	
การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอขามเฒ่าจังหวัดกาฬสินธุ์ . เนรมิตร์ ทิพย์สมบัติ	425
การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีกลุ่มผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์	432
วิชัย อ่อนสะอาด	
การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มาใช้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น วลีรัตน์วัตร	442
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง	455
สุนทร คงทองสังข์	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด นฤมล สบายสุข ,ลำพวรรณ แสนบั้ง	465
ผลของการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	478
เสาวภาศย์ สุขเกษม	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	488
อารี ศาสตราวหา	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอศรีสมเด็จ	500
ศิริพร เฝ้าภูธร	
การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : CHATU MODEL โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด .. อักษรมัก บัวศรี	512
ประสิทธิ์ผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงบันดาลใจทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม	522
จิตราณูช เขียวทิพย์	
การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองผู้ป่วยซีดีไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ	534
เพลิน สูงโคตร	
รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ กิตติภัทร ออบอุ่น	539
การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก กิติเวช โคตรวงศ์	546

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 30 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา เมษายน – มิถุนายน 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงาน การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงค่าทางโลหิตวิทยาในผู้ป่วย COVID – 19 การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด การจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วและค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต การเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบคลินิกห่อหุ้มรอบครัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า การเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจต่อการรับทราบวางแผนล่วงหน้า การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง การรักษาน้ำตาลในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี การให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็ก การเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA)ต่อระดับความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนเป็นฐาน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระบบบริการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยสูงอายุที่รับรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน มะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation ผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงร่วมกับคลอดก่อนกำหนด ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



ความรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงาน
ในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4
Health literacy prevents diabetes and Hypertension. Working age in health
promotion establishments, Health Region 4.

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

ศิรินทร ปัญจะทองคำ¹

Sirintorn Panchathongkarm

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 30 โรงงาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัยทำงานอายุ 18-59 ปี จำนวน 460 คน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.44 ปี เกินครึ่งของวัยทำงาน มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ มีเพียงร้อยละ 23.91 ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก และพบว่า เพศ ระดับการศึกษา ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของวัยทำงานในสถานประกอบการ (p-value <0.05)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, วัยทำงาน, สถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ

ABSTRACT

This research is a descriptive study. have a purpose to study the level of health literacy in preventing diabetes and hypertension among 30 working age workers in health promotion establishments in Health Region 4. Data were collected by using questionnaires of 460 working-age people aged 18-59 years.

Results: The sample group had an average age of 42.44 years, more than half of working age. Poor to fair level of health literacy Only 23.91 percent had health literacy. was at a very good level and found that sex, education level Channels for accessing information, news and knowledge on health practices and food consumption behavior There was a correlation with health literacy to prevent diabetes and hypertension among working-age people in the workplace (p-value <0.05).

Keyword: Health literacy, Working age, Health promotion establishments.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกในปัจจุบัน คือ ปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs: Noncommunicable diseases) ทั้งในจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค ไม่ติดต่อ

เรื้อรัง ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

¹ เขตสุขภาพที่ 4



กับสถานการณ์ระดับโลก⁽¹⁾ โดยประเทศไทยนั้นพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ร้อยละ 10.9⁽²⁾ มีพฤติกรรมบริโภค อาหารหวานและอาหารไขมันสูง โดยเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าจากเดิม ใน พ.ศ. 2554 โดยบริโภคอาหารทอดเฉลี่ย 5 วัน/สัปดาห์ และบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยกะทิเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ มีจำนวนน้อยเพียง ร้อยละ 29.73⁽³⁾ สถานการณ์ประชาชนวัยทำงานทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากการทำงานที่ทำให้ภาวะสุขภาพแย่ลง ซึ่งจะเห็นได้ว่าวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี เป็นประชากรกลุ่มใหญ่เป็นกำลังหลักของประเทศ และเป็นกำลังสำคัญที่จะต้องดูแลครอบครัว

สำหรับประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565 มีจำนวน 2,715,366 คน ประกอบด้วย ชาย จำนวน 1,323,758 คน และหญิง จำนวน 1,391,608 คน มีสถานประกอบการประเภทโรงงาน จำนวนทั้งสิ้น 9,094 โรงงาน ซึ่งมีโรงงานขนาดใหญ่ (≥ 200 คน) จำนวน 1,705 แห่ง และส่วนใหญ่อยู่ในสถานประกอบการ จากรายงานข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า วัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ในปี

2562-2564 กลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติเพียง ร้อยละ 49.5, 49.09 และ 47.56 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า มากกว่าร้อยละ 50 วัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 มีภาวะอ้วนลงพุง⁽⁴⁾ รวมถึงผลการสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน ด้านการทานผัก การออกกำลังกาย การนอน และการแปรงฟันก่อนนอน ผลที่ได้ ร้อยละ 14.81, 38.62 และ 36.93 ยังไม่ผ่านเป้าหมาย ร้อยละ 40 ที่อยากให้วัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽⁵⁾ และจากรายงานของสำนักป้องกันและควบคุมโรค ปี 2563-2565 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 2.66, 2.69 และ 0.90 สำหรับโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 2.21, 6.21 และ 2.21 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ⁽⁶⁾ จากการสำรวจข้อมูลประชาชนในปี 2562 ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 17,530 คน พบว่า ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ร้อยละ 80.91 แสดงให้เห็นว่าคนไทย ร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ที่จะมีส่วนร่วมหรือการใช้ประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจะได้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ซึ่งการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพให้ได้ผลและยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขได้นิยามความหมายของคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี⁽⁷⁾ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพประชาชน ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้และรับรู้ข้อมูล



สารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บเบื้องต้นด้วยตนเอง และการป้องกันโรค⁽⁸⁾

จากข้อมูลสถิติข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินความสามารถของวัยทำงานในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงได้นำองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องมีของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึง 2) ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ 3) ทักษะการไต่ถาม 4) ทักษะการตัดสินใจ และ 5) ทักษะการนำไปใช้⁽⁹⁾ มาใช้ประกอบการแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำผลที่ได้ มาวางแผนการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเลือกแหล่งข้อมูลและค้นหาข้อมูลทางสุขภาพอย่างรู้เท่าทันสื่อ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองพร้อมทั้งเลือกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างยั่งยืนต่อไป⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 ในกลุ่มอายุ 18-59 ปี ที่ทำงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ (200 คนขึ้นไป) จำนวน 30 โรงงาน ในช่วงเดือนธันวาคม 2565 - มกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี เพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย ที่ทำงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ (200 คนขึ้นไป) ที่สมัครเป็นสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 30 โรงงาน มีจำนวนพนักงานทั้งหมด 102,364 คน

กลุ่มตัวอย่าง: วัยทำงานในสถานประกอบการ ที่มีอายุ 18-59 ปี ที่แพทย์มีได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง: วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽¹¹⁾ นำมาเปรียบเทียบกับขนาดตัวอย่างของการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อเทียบตารางจะได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 384 ตัวอย่าง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผู้วิจัยได้ปรึกษากับที่ปรึกษา และคณะกรรมการสอบโครงร่างเห็นสมควร ให้เก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรเป้าหมายเพิ่มอีก 20 % เป็นจำนวน 460 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามที่ได้ประยุกต์และพัฒนา งานวิจัยต่างๆตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบและ



เดิมข้อความ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ 1) ทักษะการเข้าถึงจำนวน 4 ข้อ 2) ทักษะการเข้าใจ จำนวน 4 ข้อ 3) ทักษะการไต่ถามจำนวน 4 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ทักษะการนำไปใช้ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความเหมาะสมด้านภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา ทดสอบค่าความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.773 - 0.940

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดต่อขออนุมัติหนังสือลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี สถานประกอบการเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลให้สถานประกอบการเป้าหมายรับทราบและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3) ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ google form โดยการชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามข้อกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก กับ HR หรือ จป. หลังจากได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จริยธรรมงานวิจัย

เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือ 594/2565 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2566 ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ Multiple Binary Logistic Regression พร้อมทั้ง 95% CI of OR

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของวัยทำงานในสถานประกอบการกลุ่มตัวอย่าง วัยทำงานในสถานประกอบการ เขตสุขภาพที่ 4 ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 460 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง เกือบร้อยละ 90 มีอายุมากกว่า 30 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 42.44 ปี วัยทำงานเกินกึ่งหนึ่งมีตำแหน่งงานในปัจจุบันมากกว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานอยู่แผนกฝ่ายผลิต รองลงมาคือผู้บริหาร/ผู้จัดการ และฝ่ายบุคคล (HR), จป. ตามลำดับ ในส่วนของระดับการศึกษาเกือบครึ่งมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาระดับอนุปริญญา/ปวส. และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. สำหรับรายได้ต่อเดือนของวัยทำงานมากกว่าครึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000 – 30,000 บาทต่อเดือน รองลงมาคือมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท และวัยทำงานเกือบทั้งหมดมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ และแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจากเว็บไซต์สุขภาพเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูป) ตามลำดับ

2. ทักษะความรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหลักของทักษะความรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของวัยทำงานในสถานประกอบการแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ทักษะที่อยู่ในระดับดีมาก



ลำดับแรกได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการเข้าใจ ตามลำดับ ส่วนทักษะที่วัยทำงานทำได้ในระดับไม่ดี ได้แก่ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการเข้าใจ และทักษะการตัดสินใจ ตามลำดับ

3. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระดับคะแนนโดยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า เกินครึ่งของวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดียังพอใช้ มีเพียงร้อยละ 23.91 ที่วัยทำงานในสถานประกอบการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก

4. พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของวัยทำงานในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า วัยทำงานเกินครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี มีเพียงร้อยละ 18.7 ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีถึงดีมาก พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าวัยทำงานมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 70.43 ไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 29.57 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.91 แต่พบว่าร้อยละ 16.09 ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ และวัยทำงานยังใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 39.78 ไม่ได้ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 60.22 ในส่วนของการพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ พบว่า วัยทำงานยังดื่มแอลกอฮอล์ถึง ร้อยละ 50.22 และพบว่าวัยทำงานในสถานประกอบการเมื่อมีความเครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิดแล้วยากที่จะผ่อนคลายลงได้ถึง ร้อยละ 25.87

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า วัยทำงานในสถานประกอบการ เขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.87 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (กินผักและ

ผลไม้, ลดหวาน มัน เค็ม) อยู่ในระดับไม่ดี มีเพียงร้อยละ 18.7 ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และไม่ออกกำลังกายร้อยละ 29.57 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส. ของประชาชนวัยทำงาน พ.ศ. 2558⁽¹²⁾ พบว่า ในภาพประเทศนั้นวัยทำงานทานผักผลไม้ทุกวันเพียง ร้อยละ 18.7 และไม่ดื่มเค็มเลย ร้อยละ 21.2 และวัยทำงานภาคกลางไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 37.4 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากวัยทำงานในสถานประกอบการยังมีความสุขภาพที่แข็งแรง ยังไม่มีความตระหนักเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), ความเร่งรีบในการเดินทาง, ทำงานเป็นกะ และข้อจำกัดของเมนูอาหารที่จะเลือกบริโภคมีน้อย เครื่องดื่มหวานมันที่เข้าถึงได้ง่าย และอาหารเพื่อสุขภาพมีราคาแพงขึ้น ทำให้ต้องบริโภคอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วเพื่อให้ทันในการทำงานต่อไป รวมถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ส่วนใหญ่วัยทำงานจะตอบว่าไม่มีเวลา และแค่ทำงานก็เหนื่อยมากแล้ว สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า วัยทำงานไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.91 แต่เกือบร้อยละ 40 อยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากถึง ร้อยละ 50.22 แตกต่างจากการศึกษา พฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัยของประชาชน แต่ละกลุ่มวัย อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม พ.ศ.2563 พบว่า กลุ่มอายุ 20-59 ปี ไม่มีการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ร้อยละ 39.51 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.28 อาจเป็นเพราะว่าสถานประกอบการมีการรณรงค์งดสูบบุหรี่ เช่น การติดป้ายรณรงค์งดสูบบุหรี่ ดื่มสุราในสถานประกอบการ เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เกิดการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และวัยทำงานมีข้อจำกัดเรื่องเวลาพัก และสถานที่สำหรับการสูบบุหรี่ เมื่ออยู่ใน บริเวณสถานประกอบการ รวมถึงบางแผนกที่มีกฎไม่รับพนักงานที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เข้าทำงาน สำหรับวัยทำงานเมื่อเครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิดแล้วยากที่จะผ่อนคลายลงได้



ร้อยละ 25.87⁽¹³⁾ แตกต่างจากการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐ 2ส ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 58.00⁽¹⁴⁾

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของวัยทำงาน ในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ระดับคะแนนโดยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 30.00 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 26.30 แตกต่างจากการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽¹⁵⁾ และการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส. ของประชาชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน อยู่ระดับปานกลาง แต่มีความสอดคล้องกันที่รายด้านที่มีค่าอยู่ในระดับมาก คือ การเข้าถึงข้อมูล รองลงมาคือ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เนื่องจากวัยทำงานในปัจจุบันมีการช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ และแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ได้ทุกที่ทุกเวลาจากสมาร์ทโฟนของตนเอง เช่น เว็บไซต์สุขภาพ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูบ) เป็นต้น⁽⁴⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ดังนั้น เพศชาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ORadj 2.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ (95%CI: 1.7417 - 5.0735) ระดับการศึกษา พบว่า มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. เป็นปัจจัยป้องกันที่มีผล ต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ORadj 0.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95%CI: 0.0271 - 0.2163) ซึ่งมีความแตกต่างกับการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ รายได้ สอดคล้องกันในเรื่องช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ และแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เว็บไซต์สุขภาพ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ORadj 4.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95%CI: 2.5281-6.8741) สื่อวิดีโอทัศน์ เป็นปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ORadj 52.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95%CI: 7.4445-373.5601)⁽¹⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส. ของประชาชน จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยผ่านสื่อมวลชน สื่อออนไลน์ (อินเทอร์เน็ต ไลน์) 2) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยผ่านทางสื่อออนไลน์ (ไลน์ ทวิตเตอร์ และอินสตาแกรม) และสื่ออื่น ๆ ดังนั้น การใช้สื่อโซเชียลอาจจะมีผลต่อประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายในเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดี เรื่องการบริโภคอาหาร ในระดับดี (คะแนน 70% - 79%) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ORadj 3.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95%CI: 1.9670 - 7.7124) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี ความรอบรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน อยู่ระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส. พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁴⁾ ซึ่งอาจจะแปลผลได้ว่า ผู้ที่มีความรู้ อาจจะไม่ได้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนก็เป็นได้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย



ผลการวิจัยพบว่า เกินครึ่งของวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถึงพอใช้ การพัฒนาทักษะความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยตามบริบทและความเหมาะสม โดยเฉพาะวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่ในทุกพื้นที่ และมีประชากรวัยทำงานเป็นจำนวนมาก ควรส่งเสริมให้ผู้ประกอบการโรงงานอุตสาหกรรมทุกแห่งทุกระดับ นำเครื่องมือ 10 Packages การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการมาใช้ จะช่วยปูพื้นฐานให้กับวัยทำงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโรคจากการประกอบอาชีพ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อวัยทำงานในอนาคตจะได้เข้าสู่การเป็นผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการดำเนินการศึกษาในลักษณะเดียวกัน แต่เป็นการศึกษาก่อนและหลังการนำเครื่องมือ 10 Packages การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการไปใช้ พร้อมทั้งควรมีการพัฒนาทักษะความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับพนักงาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [อินเทอร์เน็ต].2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13865&tid=&gid=1-015-005>.
- 2.กรมควบคุมโรค. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention). [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
- 3.ปาจร่า โพธิ์หัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/253998>.
- 4.พัชรินทร์ มณีพงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/256722>.
- 5.ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- 6.ธัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิ์ศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/75827>.
- 7.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/250646/173505>.
- 8.มณฑกา ชีรชัยสกุล, วรรณศิริ นิลเนตร และ อานนท์ วรยิ่งยง. (2557). การสำรวจการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4377>.



- 9.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. เครื่องมือประเมิน Health Literacy. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hepa.or.th/assets/file/index/1.File>
- 10.Nilnate, W. (2014). Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok (Doctoral of Philosophy). Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- 11.Robert V. Krejcie and Eayrle W. Morgan. Educational and Psychological Measurement, 1970 : 608-609.
- 12.สุภาวิณี แสงเรือน. (2558). การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของประชาชนวัยทำงาน. กลุ่มเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ: [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://hed.go.th/news/4729>.
- 13.สายันต์ มั่นใจ. (2564). ระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส.และพฤติกรรมสุขอนามัยของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม พ.ศ.2563. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช,1(1). 99-111.
- 14.นาลยา ขุนแก้ว. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ. นาลยา ขุนแก้ว. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [http://do10.hss.moph.go.th:8081/DO10WEB/Computer-Act/งานวิจัย/เผยแพร่วิจัยนาลยา% 20ขุนแก้วส่งจนทิตบส10.pdf](http://do10.hss.moph.go.th:8081/DO10WEB/Computer-Act/งานวิจัย/เผยแพร่วิจัยนาลยา%20ขุนแก้วส่งจนทิตบส10.pdf).
- 15.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/250646/173505>.



การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอห้วยซำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Enhancement of health literacy in solving elderly mental health problems among village health volunteers Non Laem Thong Subdistrict Sahatsakhan District Kalasin Province.

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 17,2023 ; Accepted: June 18,2023)

สมบัติ บุญโต¹

Sombut Boonto

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอห้วยซำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอห้วยซำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t - test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอห้วยซำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอห้วยซำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This study was action research aimed to study health literacy in solving elderly mental health problems of village health volunteers and health literacy enhancement in solving elderly mental health problems of village health volunteers. Non Laem Thong Subdistrict Sahatsakhan District Kalasin Province. There is a study period between June 2022 to September 2022, totaling 4 months. Sample size were 100 Village health volunteers Non Laem Thong Subdistrict Sahatsakhan District Kalasin Province, collect data from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and Dependent t-test.

The results of the study revealed that the health literacy in solving mental health problems of the elderly among village health volunteers. Non Laem Thong Subdistrict Sahatsakhan District Kalasin Province before proceeding Overall and each aspect was at a moderate level. and after operation Overall and each aspect was at the highest level. Comparative results of health literacy in solving elderly mental health problems of village health volunteers Non Laem Thong Subdistrict Sahatsakhan District Kalasin Province Before and after the operation was significantly different at the .05 level ($p < .05$), where the mean score after the operation was higher than before.

Keywords : health literacy Village health volunteers elderly mental health

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนแหลมทอง อำเภอห้วยซำ จังหวัดกาฬสินธุ์



บทนำ

ผู้สูงอายุ ตามคำจำกัดความขององค์การสหประชาชาติ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดย “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ซึ่งปัจจุบันสังคมไทยนับได้ว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” แล้ว เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ และนอกจากประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน¹ ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและรักษา เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคจอประสาทตา เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ดังนั้น จุดประสงค์หลักของการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือการทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีอิสระ และมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยหรือมีโรคประจำตัวอยู่ก็ตาม¹

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดต่ำลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้นประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ

2 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2021 ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20 ทวีปอื่นๆ เป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด ยกเว้นแอฟริกา ทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคม เยาว์วัย คือ มีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลี ร้อยละ 30 และโปรตุเกสร้อยละ 30^{1,2}

ประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565 นี้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยังมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ย ถึงร้อยละ 7 ต่อปี¹

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระ และเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้ ความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถอ่านหรือฟังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ สามารถวิเคราะห์เนื้อหาสาระของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ว่าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ และสามารถเลือกนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใดไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานคือทักษะการอ่าน การเขียน และคำนวณได้ การสื่อสารซึ่งเป็นทักษะขั้นสูงขั้นที่ทำให้บุคคลแยกแยะข้อมูลได้ หมายความว่า

จากการสื่อสารในแบบที่ต่างกันได้ ได้ตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นทักษะขั้นสูงสุดที่บุคคลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณและเลือกใช้ข้อมูลได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงน่าพาให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาในการฟังและอ่าน เช่น ต้องการอ่านฉลากยาแต่มองไม่เห็นตัวอักษร ฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แต่ไม่ค่อยได้ยิน มีการสูญเสียความจำและความสามารถในการคิด เช่น อ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย ลืมหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ได้ เมื่อไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้³

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีความครอบคลุมทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือตนเอง ทักษะคิดในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงความรู้ในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำอาจส่งผลกระทบต่อการจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเชิงป้องกันและการระบุตัวผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นซึ่งอาจส่งผลให้ประชาชนประสบกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่ยากต่อการรักษาได้⁴

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ ต้องให้ความสำคัญกับทักษะซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ถูกต้องได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งมักจะมีบริบท

เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมอยู่เสมอ การมีส่วนร่วมถือเป็นกระบวนการสำคัญ ซึ่งเป็นรูปแบบหรือวิธีการในขณะจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ และมีประสบการณ์มาหลากหลาย ดังนั้นในขณะจัดกิจกรรมต้องอาศัยการมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนระหว่างกันและกัน อันได้แก่ 1) ร่วมรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) ร่วมคิดวางแผนดำเนินการพัฒนาสุขภาพ 3) ร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหาเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ 4) ร่วมรับผิดชอบในปัญหาสุขภาพ 5) ร่วมประเมินผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ 6) ร่วมรับผลประโยชน์ที่ผู้สูงอายุควรได้รับจากการพัฒนา⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. คือบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชน ไม่ว่าจะเป็น การประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้น สำหรับผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง การพัฒนา Health literacy อาสาสมัครจะต้องมุ่งที่ “ทักษะ” ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ถูกต้องได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงซึ่งมักจะมีบริบทเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมอยู่เสมอโดยการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็น



รูปแบบหรือวิธีการในขณะจัดกิจกรรมสำหรับ ผู้สูงอายุ เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ และมี ประสบการณ์มาหลากหลาย ดังนั้นในขณะจัด กิจกรรมผู้จัดหรือวิทยากรต้องมุ่งเน้นผู้สูงอายุเป็น ศูนย์กลาง โดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมและ แลกเปลี่ยนระหว่างกันและกัน อันได้แก่ 1) ร่วมรับรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) ร่วม คิดวางแผนดำเนินการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน 3) ร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหาเมื่อเกิดปัญหา สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ 4) ร่วมรับผิดชอบในปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 5) ร่วมประเมินผลของ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และ 6) ร่วมรับผลประโยชน์ที่ผู้สูงอายุควรได้รับการ พัฒนา⁵

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความ สนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนน แหยมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็น แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่ สอดคล้องกับสภาพปัญหา บริบทพื้นที่ และการมี ส่วนร่วมของชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหยมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนน แหยมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนน แหยมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนน แหยมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลา การศึกษา ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 ถึง เดือน กันยายน 2565 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหยมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหยมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 100 คน รายละเอียดดัง ตาราง 3.1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจที่ก่อให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิต และการสังเกตปัญหาสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขในชุมชน ตำบลโนนแหยมทอง อำเภอส หัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขในชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ ⁶		
คะแนนเฉลี่ย	แปลผล	
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด	
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก	
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง	
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย	
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด	

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.938

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. กำหนดแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. ดำเนินการและติดตามประเมินผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. สรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กำหนดแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
 - 2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังดำเนินการ
 - 2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่
 - 2.2.1 Dependent t – test ในการเปรียบเทียบรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหา



สุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS.091/2564

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 ปัญหาผู้สูงอายุและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้าน

เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

2. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กรอบเนื้อหาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกำหนดกรอบในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

โดยมีกำหนดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ระยะเวลา	เนื้อหา
สัปดาห์ที่ 1	กำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน
สัปดาห์ที่ 2	แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต
สัปดาห์ที่ 3	แนวคิดจิตอาสา
สัปดาห์ที่ 4	การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 5	การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 6	การเปลี่ยนแปลงทางด้าน สังคม ของผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 7	การเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 8	การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ

3. ผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง

อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการพบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย	2.97	0.25	4.88	0.19	99	-46.904	.000*	-1.98767	-1.82633
การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต	3.07	0.24	4.84	0.16	99	-45.546	.000*	-1.84661	-1.69243
ทางด้านสังคม	3.05	0.35	4.84	0.25	99	-31.350	.000*	-1.90684	-1.67983
ทางด้านอารมณ์และจิตใจ	3.09	0.25	4.84	0.17	99	-42.327	.000*	-1.82755	-1.66388
การสังเกตปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	2.85	0.31	4.91	0.17	99	-48.557	.000*	-2.14210	-1.97390
รวม	2.99	0.18	4.87	0.14	99	-62.796	.000*	-1.93529	-1.81673

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ภาคิน บุญพิชา และคณะ (2565) ได้ศึกษาความรอบรู้

ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางใจ ($r = .457, p < .001$) จากผลการศึกษาดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นไปตามแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในผู้สูงอายุ^{5,8} และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ⁹ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน



การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง
อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ
โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และก่อน
และหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่
หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า
ก่อนดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ
อรุณทัย ปาทาน และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์.
(2563)⁹ ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้าง
เสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เทศบาลเมืองปทุมธานี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้
ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองใน
กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย
อสม. เทศบาลเมืองปทุมธานี 60 คน เป็นกลุ่ม
ทดลอง และ อสม. เทศบาลท่าโขลง 60 คน เป็น
กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบวัด
ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ของ อสม. 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การ
ตัดสินใจ และการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและ ค่าสัดส่วน ผลการศึกษา
พบว่า 1) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ใน
กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ด้าน
การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ($\bar{X}=63.75$, $SD=9.98$)
สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}=39.78$, $SD=8.39$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) และ 2)
อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้
ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วม
โปรแกรม ($\bar{X}=63.75$, $SD=9.98$) สูงกว่าก่อน
ทดลอง ($\bar{X}=41.65$, $SD=9.37$) อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษา
ของ ญัฐภา ราชบุตร และคณะ (2560)¹¹ ศึกษา
โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรค
ซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม ในผู้สูงอายุตำบล

ดอนมนต์อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย
การให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตและ
ป้องกันโรคซึมเศร้า รวมทั้งกิจกรรมการออกกำลังกาย
ประกอบเพลงพื้นเมืองประยุกต์ การรวมกลุ่ม
รับประทานอาหาร ติดตามเยี่ยมบ้านและจัด
ประกวดแข่งขันการออกกำลังกายซึ่งผลการวิจัย
พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ
การศึกษาของ กันต์ฤทัย ปานทอง (2559)¹² ศึกษา
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่
เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลัง
ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้น
การฝึกสติมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำ
กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$)
โดยโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อ
ภาวะซึมเศร้า สามารถช่วยได้ด้วยการจัดการกับ
ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมได้เหมาะสมและลด
ภาวะซึมเศร้าลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การศึกษา การเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล
โนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
มุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไข
ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้และกำหนดแนวทางการดำเนินการร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่
เกิดจากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง
อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย.
<https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- 2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่ 'สังคมผู้สูงอายุ' อย่างสมบูรณ์แบบ. สืบค้นเมื่อ 19
ธันวาคม 2563 จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
- 3.Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health
Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- 4.Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British
Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi:10.1192/bjpp.177.5.396
- 5.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2564). คู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับ
เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล กรุงเทพฯ: บริษัท นิวธรรมดาการพิมพ์ จำกัด
- 6.Best, John W. *Research in Education*. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
- 7.บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
- 8.สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ
(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- 9.ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์ และ บุญประดิษฐ์, ป. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต:
แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *เชียงใหม่เวชสาร*, 53(3), 163-172.
- 10.อรุณทัย ปาทาน และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์.(2563) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต
ผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*
12(2). 215 -231
- 11.ณัฐภา ราชบุตร จุลจิรา จันทะมุงคุณ จารุภา แซ่ฮ่อ (2560) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคม
และวัฒนธรรม ในผู้สูงอายุตำบลอนมนต์อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสาร มฉก.วิชาการ*. 20(4). 115-25
- 12.กัณฑ์ทัย ปานทอง (2559) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี Development of the Health Care New Normal Model for Elderly Muangubonratchathani Distric, Ubon Ratchathani Province

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

สุทัศน์ สีทน¹
Suthat Sithon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการโดยการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ระยะดำเนินการวางแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 2.1) วางแผน 2.2) ปฏิบัติการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 2.3) ติดตามประเมินผล 2.4) สะท้อนผล 3) ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 3 กลุ่ม คือ 1) การศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน 2) กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบฯ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จำนวน 42 คน 3) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.82 - 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และ Paired Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยืดชีวิต (อาหาร,ออกกำลังกาย,อารมณ์) 4.5) ห่างไกลโควิด 5) จัดบริการในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 7) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

2. หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบฯ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ความสามัคคี กิจกรรมที่ชัดเจนปฏิบัติได้จริง การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การแนวปฏิบัติที่ดี จัดอาสางานการทำงานชุมชน งบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ การมีเป้าหมายเป้าหมายเดียวกัน ข่าวสารที่เชื่อถือได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่

Abstract

This action research aimed to development of the health care new normal model for elderly Muangubonratchathani distric, Ubon Ratchathani province. The study was conducted in 3 phases 1) Preparatory phase to study the framework of health care for the elderly 2) The action plan for health care activities is 2.1) Planning 2.2) action 2.3) observation 2.4) reflection 3) model development evaluation phase. There were 3 groups of samples in this research: 1) a study of the context of caring for the elderly, 385 members of the elderly club, 2) Target groups for the development of the model were 30 stakeholders, and 3) the sample group in the model evaluation 50 elderly people by simple random. The data were collected by using focus group discussion and questionnaire(the confidence value between 0.82 - 0.88). The quantitative data were mainly analyzed through descriptive statistics and a statistical paired t-test and the qualitative data were mainly analyzed through content analysis. The results showed that:

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. The health care new normal model for elderly Muangubonratchathani distric, Ubon Ratchathani province which consists of 8 activities :1) propose a policy for elderly health care. 2) analyzing health problems of the elderly 3) prepare a database for the elderly 4) organize health care activities, 5 new normal life health care activities for the elderly, which are (1) healthy menu (2) stretch a little each day (3) combine positive thinking energy (4) 3 aspects (food, exercise and emotion) and (4) far away from COVID-19.5) provide services in public health facilities 6) provide proactive health care services in the community. 7) developing the potential of the elderly care network 8) Developing the Potential of the Elderly Club

2. After the development of the model, it was found that knowledge, health care behaviors, a new way of life for the elderly. after model development better than before the development of the model statistically significant ($P < 0.001$). Satisfaction with the model was at a high level ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$). Furthermore, the success factors the including Muangubon : management activity, network, good practice, undertake, budget, objective and news.

คำสำคัญ : Elderly, Health Care New Normal

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรภายใต้ภาวะสังคมสูงวัย (Aging Society) โดยในปี ค.ศ.2015 จำนวนประชากรโลกกว่า 620 ล้านคน มีอายุมากกว่า 65 ปี และจะกลายเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในอีก 35 ปีข้างหน้า⁹ เช่นเดียวกับประเทศไทยซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 66,413,979 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10,666,803 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 ของประชากรไทย แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยอันดับจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ คือ กรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุจำนวน 1,020,917 คิดเป็นร้อยละ 17.98 และมี 4 จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงรองลงมา ได้แก่ นครราชสีมา เชียงใหม่ ขอนแก่น และอุบลราชธานี² ทั้งนี้จากสถานการณ์ ประชากรประเทศไทย พบว่าประชากรวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่วัยเด็กและวัยทำงานลดลง อันจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาสังคม ทั้งมิติคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย และใจ การใช้ชีวิต ในสังคม การรับภาระของประชากรวัยแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนสูงขึ้น³¹

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และต้องพึ่งพิงการดูแลจากครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุจำแนกเป็น 3 ระดับคือ ระดับแรกการดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้ และมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ระดับที่สองการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรงจากโรคประจำตัวหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับที่สาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนซึ่งต้องการการดูแลเป็นการเฉพาะจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ บางรายอาจจะต้องนอนติดเตียง ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) รายงานว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 47 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 8 อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 6 เป็นผู้พิการ ปัญหาสุขภาพที่พบมากคือ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคของกล้ามเนื้อและข้อ และปัญหาสุขภาพฟัน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, ม.ป.ป.) และพบว่า ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 26 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 40 ไม่ทราบว่าตนเองมีโอกาสเป็นเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนมากที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังบางส่วนยังขาดความรู้ ขาดความเข้าใจและ



ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้รับรู้ปัญหาและมองเห็นอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายนั้น รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในตนเอง อีกทั้งในปัจจุบันพบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โดยการเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์การสวมหน้ากากอนามัยและมีการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์การใช้แอปพลิเคชันไลน์มากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่มนุษย์จะต้องเรียนรู้และปรับตัวให้อยู่รอดภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ จำนวน 189,150 คน คิดเป็นร้อยละ 10.61 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2564) อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ จำนวน 20,035 คน คิดเป็นร้อยละ 10.59 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี, 2564) ซึ่งบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver) ต้องอาศัยกลุ่มจิตอาสาในหมู่บ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นครั้งคราวตามโอกาสสำคัญ เช่น วันผู้สูงอายุ แต่ยังขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ชัดเจน การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์เพียงอย่างเดียว⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร ที่ใช้ในการศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุ และการประเมินผลรูปแบบฯ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 9,035 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน โดยใช้สูตรตารางเลขสุ่มของ ทาโรยามานะ (Yamane, 1970) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling)

กลุ่มเป้าหมาย ในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 42 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่

รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จาก สสอ.เมืองอุบลราชธานี และ รพ.สต. จำนวน 20 คน บุคลากร อปท. จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5 คน ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน จำนวน 5 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ตัวแทน อสม. จำนวน 5 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีความสามารถรับรู้สื่อความหมายความเข้าใจอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้ 3) มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ย้ายออกนอกเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี ระหว่างการวิจัย 3) เป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลหนองบ่อ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 50 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลาก จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบ่อ มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) มีความสามารถรับรู้สื่อความหมายความเข้าใจอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้ 4) มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ย้ายออกนอกเขตพื้นที่ตำบลหนองบ่อ ระหว่างการวิจัย 3) เป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 โดยการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน เพื่อประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพและสังคมกับกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในการนำสู่การจัดลำดับความสำคัญการแก้ปัญหาและการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและเตรียมชุมชน เตรียมเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ

2. ระยะดำเนินการ

เป็นการร่วมกันวางแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุและนำกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุไปใช้ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการนำรูปแบบที่พัฒนาได้โดยการสนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข ภาควิชาเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 42 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 วางแผน (Planing)

2.1.1 นำข้อมูลจากระยะเตรียมการมาใช้สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

2.1.2 สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ โดยมีการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน

2.2 ปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้



- กิจกรรมที่ 1 เรื่อง “เมนูสุขภาพ”
- กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ออกกำลังกายวันละนิด”
- กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “สร้างสรรค์พลังคิดบวก”
- กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “3 อ. ยืดชีวิต”
- กิจกรรมที่ 5 เรื่อง “ห่างไกลโควิด”

2.3 ติดตามประเมิน (Observation) ผู้วิจัยมี
ติดตามประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดย
การสังเกตสัมภาษณ์ สอบถามทุกสัปดาห์และประชุม
ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างทุก 2 สัปดาห์

2.4 สะท้อนผล (Reflection) สรุปและ
ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล
สุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งสะท้อนผล
เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

3. ระยะประเมินผล หลังใช้รูปแบบการดูแล
สุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ ทำการประเมินผล
ความรู้การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ พฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ และความพึง
พอใจต่อการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อสร้าง
รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิด
ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย
แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพ
วิถีชีวิตใหม่ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2
ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้
0 คะแนน

การแปลความหมายระดับความรู้ แบ่งเป็น 3
ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80-100 (16-20 ข้อ) หมายถึง
มีคะแนนความรู้ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 (12 – 15 ข้อ) หมายถึง
มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0-59 (0-11 ข้อ) หมายถึง มี
คะแนนความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพวิถี
ชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัด
อุบลราชธานี จำนวน 36 ข้อ

โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรม/
ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำ ให้ค่าคะแนน
เท่ากับ 5

ปฏิบัติส่วนมาก หมายถึง มีพฤติกรรม/ปฏิบัติ
กิจกรรมในเรื่องนั้นเกือบทุกวัน ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรม/ปฏิบัติ
กิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้ง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ
3

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรม/
ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆครั้ง ให้ค่าคะแนน
เท่ากับ 2

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่มีพฤติกรรม/ไม่
เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
วิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน
(คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้น (Best,
1977; Daniel, 1995, อ้างถึงใน วิรัตน์ ปานศิลา,
2544) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรม/การ
ปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรม/
การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรม/
การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการ
ดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale)
5 ระดับ 5 ตัวเลือกประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปาน

กลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ

5 = มากที่สุด หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ มากที่สุด

4 = มาก หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ มาก

3 = ปานกลาง หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ ปานกลาง

2 = น้อย หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ น้อย

1 = น้อยที่สุด หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบฯ น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (Best, 1977; Daniel, 1995, อ้างถึงใน วิรัตน์ ปานศิลา, 2544) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง พึงพอใจมาก

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทำการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม เป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด Index of Item Objective Consistency หรือ IOC จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มีค่าคะแนน 0 กับ 1 ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 : KR-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่ง

มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ การดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์สถิติแบบ Paired Samples t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ SSUB/2565-86 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2565

สรุปผลการวิจัย

1. บริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 บริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี พบว่า ปี 2565 มีจำนวนทั้งหมด 20,842 คน ได้รับการคัดกรองการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทั้งหมด 19,414 คน คิดเป็นร้อยละ 93.15 โดยพบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL12-20) มากที่สุด จำนวน 18,098 คน คิดเป็นร้อยละ 93.22 กลุ่มติดบ้าน (ADL5-11) จำนวน 1,069 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.91 และติดเตียง (ADL0-4) จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 1.29 การ



ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน 1) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมที่จำเป็น 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) มีทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ให้การดูแล และการติดตามเยี่ยมของทีมนสวิชาชีพ 3) การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองอุบลราชธานี แบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การดูแลภายในครอบครัว 2) การดูแลการดูแลโดยชุมชน 3) การดูแลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญคือ 1) การจัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ 2) ขาดการติดตามกำกับ และประเมินผลที่ต่อเนื่อง 3) งบประมาณล่าช้า 4) ด้านบุคลากร ขาดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน 5) ด้านอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนขาดสื่อและคู่มือในการสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 6) ด้านผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ดูแลผู้สูงอายุ จากแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 65.45 รองลงมา มีคะแนนความรู้ในระดับสูง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.45$) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=3.76$, $SD=0.53$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.57$)

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มี 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ

3) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ 4) สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ 6) นำแผนไปปฏิบัติ ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 6.1) เมนูสุขภาพ 6.2) ออกกำลังกายวันละนิด 6.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 6.4) 3 อ. ยึดชีวิต 6.5) ห่างไกลโควิด 7) ติดตาม สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน 8) ประเมินผลหลังการศึกษาวิจัย 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยึดชีวิต 4.5) ห่างไกลโควิด 5) จัดบริการในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 7) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

4. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

4.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมา มีคะแนนความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 หลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมา มีคะแนนความรู้ในระดับสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ดีขึ้นมากกว่าก่อน

การพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL =1.45-2.54, $t = 7.42$, $P < 0.001$)

4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06$, $SD = 0.28$) หลังการพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.24$) ภายหลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CL =10.95-0.99, $t = 98.04$, $P < 0.001$)

4.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$) ข้อที่พึงพอใจมากที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.95$)

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี คือ Muangubon ประกอบด้วย M : Management คือการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ U : Unity คือ ความสามัคคีของคนในชุมชน และภาคีเครือข่าย A : Activity : คือ กิจกรรมที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง N: Network คือ การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน G คือ Good Practice คือ มีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน U : คือ Undertake คือ อาสาสมัคร จิตอาสาในการทำงานชุมชน B : Budget คืองบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ O : Objective คือ การมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน N : News คือข่าวสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้และทันต่อสถานการณ์

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มี 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ 3) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ 6) นำแผนไปปฏิบัติ ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 6.1) เมนูสุขภาพ 6.2) ออกกำลังกายวันละนิด 6.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 6.4) 3 อ. ยืดชีวิต 6.5) ห่างไกลโควิด 7) ติดตาม สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน 8) ประเมินผลหลังการศึกษาวิจัย 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยขั้นตอนการวางแผนผู้วิจัยได้นำกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A-I-C มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) โดยการ 1.1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 1.2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ 1.3) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประชุมคณะทำงานเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการอยู่เดิม และกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) เพื่อร่วมกันระดมความคิด สร้างกิจกรรม/เพื่อตอบสนองการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ และ 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบเพื่อ



จัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประทุม กงมหา และกรรณิการ์ หาญสูงเนิน (2560) ศึกษาแบบการสร้างเสริมภาวะพหุผลในผู้สูงอายุใช้การมีส่วนร่วมพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุผล โดยใช้เทคนิค Appreciation Influence Control (AIC) มีขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพ 4) การลงมือปฏิบัติตามแผน 5) การติดตามประเมินผล พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุใช้เทคนิค Appreciation Influence Control (AIC) ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพ 4) การลงมือปฏิบัติตามแผน 5) การติดตามประเมินผล จากขั้นตอนการวางแผนโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A+C ซึ่งนำไปสู่การนำแผนไปปฏิบัติ ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 1) เมนูสุขภาพ 2) ออกกำลังกายวันละนิด 3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4) 3 อ. ยืดชีวิต 5) ห่างไกลโควิด ติดตาม สนับสนุน สังเกต การดำเนินงาน ประเมินผลหลังการศึกษาวิจัย และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แพรววิภา รัตนศรี (2560) ศึกษาแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า กระบวนการพัฒนารุ่นนี้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาสาเหตุและการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การจัดทำแผน 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตามสรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการ เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ

ดูแลผู้สูงอายุและเกิดกิจกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมกระบวนการ

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ศึกษา/วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.4) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยืดชีวิต 4.5) ห่างไกลโควิด 5) จัดบริการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน 7) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า จากการศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี การดูแลผู้สูงอายุ จากเดิมเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน 1) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมที่จำเป็น 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) มีทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ให้การดูแลและการติดตามเยี่ยมของทีมสหวิชาชีพ 3) การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมืองอุบลราชธานี แบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ 1) การดูแลภายในครอบครัว 2) การดูแลการดูแลโดยชุมชน 3) การดูแลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญคือ 1) การจัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ 2) ขาดการติดตามกำกับ และประเมินผลที่ต่อเนื่อง 3) งบประมาณล่าช้า 4) ด้านบุคลากร ขาดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน 5) ด้านอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนขาดสื่อและคู่มือในการสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 6) ด้านผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ได้รับการดูแลไม่ถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย มากที่สุด ร้อยละ 55.58 ในการ

พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ได้มีการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้น โดยมีการสำรวจและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และสำรวจความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนการดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบ โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และนำกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม A+C มาใช้กระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการ เสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลสุขภาพ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้มและสันติภาพ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์ (2562)⁴ ศึกษาการดูแลสุขภาพระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3)

บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ ดีขึ้นกว่า ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL = 1.45-2.54, $t = 7.42$, $P < 0.001$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL = 10.95-0.99, $t = 98.04$, $P < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$) อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการศึกษาริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุโดยชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ได้การดำเนินการอยู่เดิมร่วมกันระดมความคิดสร้างกิจกรรมเพื่อตอบสนองการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จึงได้รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานีที่มีประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ดีขึ้นกว่า ก่อนการพัฒนาแบบ และเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ สอดคล้องกับผลการวิจัยของอุบลรัตน์ วิเชียร, ดำรงค์ศักดิ์ สอนแจ้ง และ เจษฎา บุญราศรี (2562)³⁶ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และช่วยในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น ก่อนและหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังใช้กิจกรรมเท่ากับ 2.85 และ 4.67) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังใช้กิจกรรมเท่ากับ 3.20 และ 4.14) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังใช้กิจกรรมเท่ากับ 2.92 และ 3.31 ตามลำดับ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของแพรววิภา รัตนศรี (2560) ศึกษาแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า กิจกรรมกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean=2.95, SD.=0.18) โดยสรุปการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมคือ การเปิดโอกาสให้ภาคเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบและร่วมดำเนินการโดยมี กลไกการปลูกฝังให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้สึก เป็นเจ้าของและพร้อมที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี คือ MUANGUBON ประกอบด้วย M : Management คือการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ U : Unity คือ ความสามัคคีของคนในชุมชน และภาคีเครือข่าย A : Activity : คือ กิจกรรมที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง N: Network คือ การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน G คือ Good Practice คือ มีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน U : คือ Undertake คือ อาสาสมัคร จัดอาสาในการทำงานชุมชน B : Budget คืองบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ O : Objective คือ การมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน N : News คือข่าวสารที่ถูกต้องเชื่อถือได้และทันต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา แก้วเมือง (2563)³³ ศึกษาการพัฒนาแบบ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายเดียวกันของทีม การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย การประสานงานของทีม และการสื่อสารกับชุมชน การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของทีมอีกกุดรัง

โดยสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 4) จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม คือ 4.1) เมนูสุขภาพ 4.2) ออกกำลังกายวันละนิด 4.3) สร้างสรรค์พลังคิดบวก 4.4) 3 อ. ยืดชีวิต 4.5) ห่วงไกลโควิด 5) จัดบริการในสถานบริการ 6) จัดบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 7) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 8) พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบฯ มีประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.49$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ MUANGUBON (Management การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ Unity ความสามัคคีของคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย Activity กิจกรรมที่ชัดเจนปฏิบัติได้จริง Network เครือข่ายที่เข้มแข็ง Good Practice มีแนวปฏิบัติที่ดี Undertake จัดอาสาในชุมชน Budget งบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ Objective การมีเป้าหมายที่ชัดเจน และ News ข่าวสารที่เชื่อถือได้และทันต่อสถานการณ์ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ไปใช้ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายกัน โดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจน
2. ควรประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้สึกรับผิดชอบและพร้อมที่จะแก้ปัญหาด้วยกัน
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับระดับปานกลาง ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุยังมีน้อย จึงควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในหมู่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก
5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

อำเภอเมืองอุบลราชธานี คือ เครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การมีแนวปฏิบัติที่ดี เป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน การมีอาสาสมัครจิตอาสาในการทำงานชุมชน ดังนั้น ควรสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6. ควรพัฒนาทีมต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน
7. ควรจัดทำคู่มือดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรศึกษาการพัฒนาและขยายเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2551). “ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 14 (3) (กันยายน-ธันวาคม 2551) : 385-399.
- 2.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2561. ออนไลน์ 2562 สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2565. จาก <http://www.dop.go.th/download>
- 3.กิตติกา ณะขำ. (2551). “เครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชน”, วารสารวิจัยทางพยาบาล.12 (4) (ตุลาคม-ธันวาคม 2551) : 243-258.
- 4.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์. (2562). “รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงอำเภอมือ จังหวัดอุบลราชธานี,” มนุษยสังขมสาร. (มสส.) 17,1 (มกราคม - เมษายน 2562) : 1-20.
- 5.กาญจนา ทองทั่ว และคณะ. (2563). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยหนุนเสริมการสร้างระบบกลไกและพื้นที่รูปธรรม รองรับสังคมผู้สูงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- 6.จิราภรณ์ หลาบคำและคณะ. (2562). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการเตรียมความพร้อมของชุมชนชนบทเพื่อรองรับสังคมสูงวัย : กรณีศึกษาชุมชนตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพฯ: สำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม.
- 7.ขลิท สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารี ศรีสุพล. (2560). “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย,” วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ (เมษายน 2559) : 387-405.
- 8.ณัฐวุฒิ เพชรคง. (2558). ผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (ปริญญาโทบริหารการพยาบาลมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.



- 9.ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2561). สังคมสูงวัยกับความท้าทายของตลาดแรงงานไทย. (ออนไลน์) 2561 สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2562. จาก <https://www.bot.or.th>
- 10.ธีรวัณ ฤกษ์กุล. (2553). การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research). อุบลราชธานี: บริษัทยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป จำกัด.
- 11.นภาพรณ วัฒนานนท์ และ ธีรวัลย์ วรรณโณทัย. (2552). ทิศทางใหม่ของการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- 12.บรรลุ ศิริพานิช. (2548). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้านประทุม กงมหา และ กรรมการจัดหาสูงเนิน. (2560). รูปแบบการเสริมสร้างภาวะพลพลงใน
- 13.ผู้สูงอายุ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, ฉบับพิเศษการ ประชุมพยาบาลครั้งที่ 25 : 151-159.
- 14.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2557). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2556. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- 15.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2559. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- 16.รศ.ยานกิต พลเสก และ เบญจวรรณ วัฒนชัยวิช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ.4 (3) (กันยายน-ธันวาคม 2560) : 135-150.
- 17.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- 18.วิรัตน์ คำศรีจันทร์ เกียรติศักดิ์ ชื้อล้อม และเรณวิญญ์ นิลโคตร (2550). การจัดการของชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพลเมืองอาวุโส. หน้า 95-128. ใน ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล.
- 19.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536). รายงานการวิจัย ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.
- 20.วัชริน สันธวานนท์. “ พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน,” วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1,2 (มีนาคม - มิถุนายน 2552) : 48-51.
- 21.ศดิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2540). การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง. กรุงเทพฯ:แอล ที เพรส.
- 22.ศศธร สุมน. (2562). การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ทางจิตของผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ปรินญาณิพนธ์ปริญญาคุฎิบัณฑิต มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- 23.ศิริภาณี ศรีทากาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2556). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- 24.ศิริพร จิรวรรณกุล. (2555). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ส. เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- 25.ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ. (2552). รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.).
- 26.สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนเวทีเสวนา ‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน’ ครั้งที่ 824 เมษายน 2555. นครปฐม :สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
- 27.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- 28.สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2555). รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. Mental Health and Psychiatric Nursing, 39(2), 94-99.
- 29.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- 30.สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.



- 31.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 32.สุพัตรา ศรีวิชชากรและคณะ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- 33.สุพัตรา แก้วเมือง. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม . ปริญญาสาทรณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาทรณศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- 34.องอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- 35.องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัย:วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 36.อุบลรัตน์ วิเชียร, ดำรงค์ศักดิ์ สอนแจ้ง และ เจษฎา บุญราศี. (2562). “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทรา,” วารสารพยาบาลทหารบก 22, 3 (กันยายน – ธันวาคม 2564) : 151-159.
- 37.Johnson AP. (2008). A Short Guide to Action Research (3 ed.). Boston: Pearson Education.
- 38.Kemmis S , & McTaggart R. (1988). The Action Research Planer (3 ed.). Victoria: Deakin University.
- 39.World Health Organization. (2000). Home-Based Long-Term Care: Report of a WHO study Group. Geneva: WHO.
- 40.World Health Organization. (2003). Collection on long-term care: Key policy issues in longtermcare. Geneva: WHO.

การเปลี่ยนแปลงค่าทางโลหิตวิทยาในผู้ป่วย COVID – 19

Hematological changes in COVID -19 patients

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

ราตรี สงวนนาม¹Ratree Sanguannam¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลพังงา เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบระบบ (Systematic Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด Complete Blood Count (CBC) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลพังงา ในกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่มคือ กลุ่มหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) กลุ่มห้องแยกโรค (Isolation room) และกลุ่มโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) ของกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) สูงกว่ากลุ่มห้องแยกโรค (Isolation room) และกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) แต่ปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC) ฮีโมโกลบิน (Hb) ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) เกล็ดเลือด (PLT. count) เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) เม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (Monocyte) และเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) ของกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) ต่ำกว่ากลุ่มห้องแยกโรค (Isolation room) และกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital)

คำสำคัญ ค่าทางโลหิตวิทยา, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstracts

This research aimed to study and compare the hematologic values among patients with the novel coronavirus disease 2019, Phang Nga Hospital. It is a cross-sectional analytical retrospective study. using historical data Between October 2021 to March 2022, a group of 300 subjects, cluster sampling, and systematic sampling, collected data from Complete Blood Count (CBC) hematology results. by descriptive statistics and one-way analysis of variance (ANOVA) at a significance level of 0.05.

The results showed that in Comparison of hematologic values among patients infected with coronavirus disease 2019 Phang Nga Hospital In the 3 groups of patients, Cohort ward, Isolation room, and Field hospital, there was a statistically significant difference ($P < 0.05$) by the white blood cell count (WBC) and neutrophil of patients in the cohort ward were higher than those in the isolation room and the field hospital patients. But Red blood cells (RBC), hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct), platelets (Plt), lymphocytes, monocyte, and eosinophils of patients in the cohort ward was lower than those in the isolation room and field hospital patients.

Keywords: Hematological values, Coronavirus disease 2019

¹ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพังงา

บทนำ

เชื้อก่อโรคไวรัส SARS-CoV-2 จัดอยู่ในตระกูลของเชื้อไวรัสโคโรนา ระยะแรกพบว่าก่อโรคปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อนที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เรียกว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (2019 novel coronavirus; 2019-nCoV) วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และ 11 กุมภาพันธ์ 2563 ได้ตั้งชื่อโรคที่เกิดขึ้นใหม่ว่า Coronavirus disease 2019 (COVID19) โดยเชื้อไวรัสที่ก่อโรคให้ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)⁽¹⁾ และประกาศเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง มาตรการการวิธีการและเครื่องมือรักษาพยาบาล ป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ รองรับผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽²⁾ การติดต่อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอย (Droplet transmission) เข้าระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย อาจมีอาการจุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่รับรส ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย บางรายอาจมีอาการรุนแรงเกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งพบในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว⁽³⁾

ระบบเลือดเป็นระบบหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้บ่อยในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยระบบเลือดเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ไวของการตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2⁽⁴⁾ ทั้งนี้หากร่างกายได้รับเชื้อ SARS-CoV-2 เข้าสู่ร่างกายจะเกิดกลไกการทำลายเชื้อด้วยเม็ดเลือดขาวเป็นหลัก⁽⁵⁾ รวมถึงเชื้อ SARS-CoV-2 จะจับกับเม็ดเลือดแดง (Red blood cells [RBCs]) ในระบบขนส่งออกซิเจน ส่งผลให้มีความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนในผู้ป่วยโควิด-19 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์ใช้ในการวินิจฉัยโรคเมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้เฉียบพลัน คือ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) เป็นการตรวจ

ปริมาณและลักษณะของเม็ดเลือดทั้งสามชนิด ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด โดยเป็นการตรวจพื้นฐานทั้งเพื่อการตรวจร่างกายประจำปี และการตรวจเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย การตรวจนับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (White blood cell count; WBC), การตรวจนับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดแดง (Red blood cell count ; RBC) การตรวจปริมาณฮีโมโกลบิน (Hemoglobin ; Hb) การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit ; Hct) การนับแยกชนิดของเซลล์เม็ดเลือดขาว (White blood cell differentiation) การตรวจดูสัณฐานวิทยาหรือลักษณะรูปร่างของเซลล์เม็ดเลือดแดง (Red blood cell morphology) และการตรวจดูจำนวนและความผิดปกติของเกล็ดเลือด ซึ่งในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะติดเชื้อผู้ป่วยมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงผิดปกติมากที่สุด ร้อยละ 60.5 หลังจากรักษาพบความผิดปกติลดลงเหลือร้อยละ 40.7 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 48.5 รองลงมา พบความผิดปกติของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินร้อยละ 59.3 และ 43.2 ค่าเฉลี่ยของปริมาตรของเม็ดเลือดแดง ฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ อีโอซิโนฟิลและเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้าม ในขณะติดเชื้อผู้ป่วยมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง การกระจายตัวของขนาดเม็ดเลือดแดง โมโนไซต์ และนิวโทรฟิลลดลงกว่าหลังรักษา⁽⁶⁾ ผู้ที่ติดเชื้อมีจำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อ lymphocyte และ neutrophil ในกลุ่มผู้ติดเชื้อมีจำนวนต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ แต่ไม่พบความแตกต่างของจำนวนเกล็ดเลือดระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาที่แตกต่างออกไปในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายพันคนที่มีอาการรุนแรง กล่าวคือผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและจำนวนจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงจนถึงเสียชีวิต และมีจำนวน neutrophil เพิ่มขึ้น แต่ lymphocyte

monocyte และ eosinophil มีจำนวนลดลง โดยเฉพาะ lymphocyte ที่มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾ ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงยังมีรายงานจำนวนเกล็ดเลือดและระดับของฮีโมโกลบิน^(8,9) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการไม่รุนแรง จะเห็นได้ว่า การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count : CBC) จะช่วยในการพยากรณ์ความรุนแรงของการดำเนินโรคสำหรับจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอาการรุนแรงเพื่อจะได้ติดตามและให้การดูแลอย่างเหมาะสมได้ในสถานะที่มีทรัพยากรทางสาธารณสุขจำกัด

จากเหตุผลดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) ตามระดับอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) ห้องแยกโรค (Isolation room) โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ความคุ้มค่าและไม่ใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลืองมากเกินไปจนเป็นภาระหนักถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างสมเหตุสมผล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) จากระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกโรงพยาบาลพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค COVID-19 หอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) ห้องแยกโรค (Isolation room) โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 จำนวน 982 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค COVID-19 และมีข้อมูลผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยสูตร Compare multiple mean จาก application Statistics and Sample size กำหนดค่า Alpha = 0.05, Beta = 0.2 Effect size = 0.5 Number of Group = 3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 77 คน/กลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีก 20 % $n = 96.25 \approx 100$ คน/กลุ่ม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 300 คน สุ่มตัวอย่าง 2 แบบคือการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบระบบ (Systematic Sampling)

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค COVID-19 และเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 2) มีผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) ได้แก่ ปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC), ปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC), ปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb), ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct), ปริมาณเกล็ดเลือด (PLT. count),

ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil), ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte), ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์, ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) และปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดเบโซฟิล (Basophil) ครบถ้วน ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากข้อมูลผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) จากระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลพังงา ประกอบด้วยแบบบันทึก 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบคัดลอกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนที่ 2 แบบคัดลอกข้อมูลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) ได้แก่ ปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC), ปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC), ปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb), ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct), ปริมาณเกล็ดเลือด (PLT. count), ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil), ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte), ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์, ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) และปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดเบโซฟิล (Basophil) โดยความเชื่อมั่นของห้องปฏิบัติการผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2565

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบข้อมูลจากระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565
2. ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูล ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบคัดลอกข้อมูลการตรวจทางความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC)

4. ตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัย และวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าทางสถิติวิทยาในกลุ่มผู้ป่วย COVID-19 : กลุ่มผู้ป่วยหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) กลุ่มผู้ป่วยห้องแยกโรค (Isolation room) และกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05.

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา เลขบันทึกที่ REC NO 04/2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 300 คน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 100 คน ได้แก่ หอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) เป็นเพศชาย 39 คน เพศหญิง 61 คน อายุเฉลี่ย 73.71 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี และอายุสูงสุด 98 ปี ห้องแยกโรค (Isolation room) เป็นเพศชาย 25 คน เพศหญิง 75 คน อายุเฉลี่ย 47.98 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี และอายุสูงสุด 90 ปี โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) เป็นเพศชาย 44 คน เพศหญิง 56 คน อายุเฉลี่ย 49.30 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 90 ปี ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม	เพศ			อายุ (ปี)	
	ชาย	หญิง	เฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด
Cohort ward	39	61	73.71	24	98
Isolation room	25	75	47.98	19	90
Field hospital	44	56	49.30	18	90
รวม	108	192	57.0	18	98

ผลการวิเคราะห์ค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 กลุ่มตามเกณฑ์ระดับความรุนแรงของโรคของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ หอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) ห้องแยกโรค (Isolation room) โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) พบว่าปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) มีค่าเฉลี่ย $11.12 \times 10^3/\mu\text{L}$ ปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย $4.86 \times 10^6/\mu\text{L}$ ปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย 13.48 g/dL ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย 40.42 % ปริมาณเกล็ดเลือด (PLT. count)

สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย $247.53 \times 10^3/\mu\text{L}$ ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิล (Neutrophil) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) มีค่าเฉลี่ย 73.71 % ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย 38.89 % ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (Monocyte) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย 7.01 % ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย 3.83 % ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดเบโซฟิล (Basophil) สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีค่าเฉลี่ย 0.20 % ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ค่าทางโลหิตวิทยา	Cohort ward		Isolation room		Field hospital	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
WBC	11.12	4.14	7.24	3.07	6.13	1.69
RBC	4.04	.85	4.76	.62	4.86	.68
Hb	10.82	2.21	12.31	2.12	13.48	1.93
Hct	32.48	6.33	37.06	6.13	40.42	5.54
PLT. count	216.25	82.44	227.13	74.73	247.53	71.57
Neutrophil	73.71	15.91	63.44	14.42	50.12	12.53
Lymphocyte	19.99	11.95	26.52	13.60	38.89	12.64
Monocyte	5.73	3.51	6.16	3.15	7.01	2.41
Eosinophil	1.31	1.88	2.58	2.91	3.83	4.86
Basophil	.13	.26	.18	.31	.20	.21

การเปรียบเทียบค่าทางโลหิตวิทยา ปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) ปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC) ปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb) ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ปริมาณเกล็ดเลือด (PLT. count) ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิล (Neutrophil) ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์

(Lymphocyte) ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (Monocyte) และปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดเบโซฟิล (Basophil) ไม่แตกต่างกัน ($P > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
WBC	1375.955	2	687.977	70.207	.000
RBC	40.149	2	20.075	38.646	.000
Hb	356.915	2	178.458	40.885	.000
Hct	3180.755	2	1590.377	44.03	.000
PLT. count	50432.427	2	25216.213	4.322	.014
Neutrophil	27980.057	2	13990.029	67.871	.000
Lymphocyte	18424.231	2	9212.115	56.722	.000
Monocyte	85.17	2	42.586	4.550	.011
Eosinophil	317.530	2	158.765	13.360	.000
Basophil	.245	2	.123	1.745	.176

Significant = P-value $< .05$

โดยกลุ่มผู้ป่วย Cohort ward ปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) และปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิล (Neutrophil) สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม Isolation room และกลุ่มโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) แต่ในทิศทางตรงกันข้ามมีค่าปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC) ปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb) ปริมาตรเม็ดเลือด

แดงอัดแน่น (Hct) ปริมาณเกล็ดเลือด (PLT. count) ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (Monocyte) และปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่ม Isolation room และกลุ่มโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายคู่

ค่าทางโลหิตวิทยา	ผลการเปรียบเทียบ
WBC และ Neutrophil	1. Cohort ward > Isolation room > Field hospital 2. Isolation room > Field hospital
RBC, Hb, Hct, PLT. Count, Lymphocyte, Monocyte และ Eosinophil	1. Cohort ward < Isolation room < Field hospital 2. Isolation room < Field hospital

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่มคือ กลุ่มหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) กลุ่มห้องแยกโรค (Isolation room) และกลุ่มโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เนื่องจากพารามิเตอร์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) เปลี่ยนแปลงไปตามระดับอาการ ความรุนแรงของโรค ตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย จนถึงรุนแรงมาก หรือเสียชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้ป่วย Cohort ward มีปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) สูงกว่า กลุ่ม Isolation room และกลุ่ม Isolation room มีค่าปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) สูงกว่า กลุ่ม Field hospital เนื่องจากเม็ดเลือดขาวเป็นส่วนสำคัญของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immune system)⁽¹⁰⁾ มีหน้าที่หลักในการกำจัดเชื้อโรค ไม่ว่าจะเป็นเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส รา หรือปรสิต รวมถึงสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้ามาในร่างกาย การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เนื่องจากไวรัสจะไปกดการสร้างเม็ดเลือดขาวจากไขกระดูกทำให้เม็ดเลือดขาวที่ตรวจพบทางห้องปฏิบัติการมีจำนวนลดลง จึงทำให้ค่าปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC) ในผู้ป่วยกลุ่ม Field hospital มีปริมาณต่ำ เมื่อผู้ป่วยมีปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำมากๆ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือ Sepsis Induced Coagulopathy (SIC) ทำให้สามารถตรวจพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาวที่สูงกว่าปกติ ผู้ป่วยกลุ่ม Cohort ward เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหนักกว่ากลุ่ม Isolation room และกลุ่ม Field hospital ทำให้ความผิดปกติของปริมาณเม็ดเลือดขาวรวมและปริมาณ neutrophil ก็มักจะพบว่าสูงขึ้นสัมพันธ์กับอาการที่รุนแรงและการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward)

กลุ่มผู้ป่วย Cohort ward มีค่าปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC), ปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb), ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct), ต่ำกว่า กลุ่ม Isolation room และกลุ่ม Isolation room มีปริมาณเม็ดเลือดแดง (RBC) ต่ำกว่า กลุ่ม Field hospital เนื่องจากเมื่อติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ไวรัสจะไปกดการสร้างเม็ดเลือดแดงจากไขกระดูกทำให้เม็ดเลือดแดงที่ตรวจพบทางห้องปฏิบัติการมีจำนวนลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง โดยอาจจะพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำลงในผู้ป่วยบางรายที่มีการติดเชื้อรุนแรงหรือต้องนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ทั้งนี้มีการรายงานเกี่ยวกับการตรวจพบภาวะโลหิตจางรุนแรงในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากการที่ร่างกายผู้ป่วยสร้างแอนติบอดี หรือโปรตีนที่สร้างจากระบบภูมิคุ้มกันต่อเม็ดเลือดแดงของตัวผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง สอดคล้องกับ Thomas⁽¹¹⁾ ได้ศึกษา CBC กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 พบว่าเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเนื่องจากเชื้อ SARS-CoV-2 จะไปจับโปรตีน S1 Spike และโปรตีน Band-3 บนเยื่อหุ้มเม็ดเลือดแดง ไปเพิ่มขบวนการย่อยสลาย RBC glycolytic จะมีความเชื่อมโยงกับความสามารถของ Hb ในการกำจัด (Off-load) ออกซิเจนเมื่อออกซิเจนลดลง ส่งผลให้เกิดการปรับหน้าที่ของการทำงานของ Allosteric ด้วยการเพิ่มส่วนประกอบของสารฟอสเฟตที่มีพลังงานสูง (High-energy phosphate) ทำให้ Deoxyhemoglobin เสถียร ซึ่งเป็นกลไกในการต่อต้านการขาดออกซิเจนจากการติดเชื้อได้ แต่ในทางกลับกัน เม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด -19 อาจไม่ตอบสนองต่อกลไกนี้ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดง

กลุ่มผู้ป่วย Cohort ward มีค่าปริมาณเกล็ดเลือด (PLT. count) ต่ำกว่า กลุ่ม Isolation room และกลุ่ม Isolation room มีปริมาณเกล็ดเลือด (PLT. count) ต่ำกว่า กลุ่ม Field hospital เนื่องจากเมื่อเชื้อไวรัส SARCoV2 เข้าสู่ร่างกายจะไปกดการสร้างเกล็ดเลือดที่ไขกระดูก ทำให้ตรวจพบจำนวนเกล็ดเลือดลดลง และเกล็ดเลือดอาจถูกทำลายจากไซโตไคน์ในระบบภูมิคุ้มกันที่

ตอบสนองภาวะการอักเสบของร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้ออย่างรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการมีลิ่มเลือดอุดตันจากการติดเชื้อ หรือ sepsis induced coagulopathy (SIC) การศึกษาของ Guo G และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าการติดเชื้อ SARS-CoV-2 กระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยอาการรุนแรงที่มี multiple organ dysfunction syndrome (MODS) ซึ่งมักพบว่ามีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากภาวะที่มีการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือดมากเกินไป (hypercoagulable state) ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดทั้งชนิด micro-circulatory thrombosis และ macro-circulatory thrombosis ส่งผลให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ ตามมา

กลุ่มผู้ป่วย Cohort ward มีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ต่ำกว่ากลุ่ม Isolation room และกลุ่ม Isolation room มีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ต่ำกว่ากลุ่ม Field hospital เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเมื่อร่างกายมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จะมีการหลั่งของไซโตไคน์ (cytokine) หรือสารโปรตีนจากเซลล์ต่างๆ ในระบบภูมิคุ้มกันเพื่อตอบสนองภาวะการอักเสบของร่างกายจะไปยับยั้งการเพิ่มจำนวนหรือทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง มีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ลดลง และพบ reactive lymphocyte ได้บ่อยในสเมียร์เลือดของผู้ป่วย COVID-19 นอกจากนี้ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte ยังช่วยในการติดตามผู้ป่วยและพยากรณ์โรคได้เพราะปริมาณ lymphocyte เป็นตัวสะท้อนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งปริมาณ lymphocyte ต่ำจะแสดงถึงระบบภูมิคุ้มกันที่ต่ำไม่เพียงพอต่อการต้านและทำลายเชื้อโรค นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Zahorec R⁽¹³⁾ เพื่อดูสัดส่วนของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลและลิมโฟไซต์ (neutrophil-to-lymphocyte ratio : NLR) เพื่อบอกความรุนแรงของโรคพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมี NLR สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง การ

ตรวจพบเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ที่ต่ำในผู้ป่วยใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคที่รุนแรงของโรค และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ

กลุ่มผู้ป่วย Cohort ward มีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (Monocyte) ต่ำกว่ากลุ่ม Isolation room และกลุ่ม Isolation room มีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (Monocyte) ต่ำกว่ากลุ่ม Field hospital เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์มีทำหน้าที่ทำลายดักจับกิน เชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย มักมีปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่อร่างกายมีการติดเชื้อ และตอบสนองต่อภาวะติดเชื้อไวรัส จึงทำให้ตรวจพบปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ในผู้ป่วยกลุ่ม Field hospital ได้สูงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้อง Caroline Junqueira et.al.⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบปริมาณเม็ดเลือดขาวโมโนไซต์ในผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 22 ราย เทียบกับคนปกติจำนวน 19 ราย พบว่า เมื่อมีความเสียหายของเยื่อหุ้มเซลล์และมีการกระตุ้นการอักเสบ โมโนไซต์จะแสดงสัญญาณ pyroptosis และทำหน้าที่เป็นตัวแทนตอบสนองต่อการติดเชื้อในระยะแรก การศึกษาของ Lakshmi Supriya⁽¹⁵⁾ พบว่าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ประมาณ 10% โมโนไซต์เหล่านี้จะตายไปและนำไปสู่การปล่อยไซโตไคน์ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 ที่รุนแรงและวิกฤติ

กลุ่มผู้ป่วย Cohort ward มีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) ต่ำกว่ากลุ่ม Isolation room และกลุ่ม Isolation room มีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล (Eosinophil) ต่ำกว่ากลุ่ม Field hospital ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมากที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิลต่ำ (eosinopenia) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิลเป็น biomarker สำหรับการประเมินและพยากรณ์โรค โดยเฉพาะภาวะ eosinopenia เป็นตัวชี้บ่งความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19



ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของปริมาณอีโอสิโนฟิลบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่เพิ่มขึ้นรวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่ลดลง (Carlo Lombardi และคณะ⁽¹⁶⁾) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับอีโอสิโนฟิลในเลือดและอัตราการตายจากโควิด-19 ของ Bingdi Yan และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าระดับของเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิลลดลงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง นอกจากนี้ระดับเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของเกล็ดเลือดและระดับ D-dimer แต่ผกผันกับระดับค่า Uric , Creatinine , AST, LDH และ CPK

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) กลุ่มห้องแยกโรค (Isolation room) และกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม (Field hospital)

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาค่าทางโลหิตวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามกลุ่มอายุของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) ควรศึกษาค่าทางโลหิตวิทยาภายหลังกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าทางโลหิตวิทยา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 19]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
2. World Health Organization Emergency Committee. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแล รักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650518154445PM_CP_G_COVID-19_v.23_n_20220518.pdf
4. Tantanate, C. (2020). Complete blood count in COVID-19. Retrieved from https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20200519042313_Sysmex%20Educationa%20Article%20Complete%20Blood%20Count%20in%20COVID%20.pdf [in Thai]
5. Thaenkaew, S., & Wongkham, S. (2016). Application of using blood neutrophil to lymphocyte ratio for prognosis. Srinagarind Medical Journal, 31(5), 332-338. [in Thai]

6. สมชาย แพรพิรุณ และณาน ปัทมะ พลอยง. การเปลี่ยนแปลงค่าความสมบูรณ์ของเลือดในขณะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหลังจากการรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เขตมาบตาพุด จังหวัดระยอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565;4:78-90
7. Ferrari D, Motta A, Strotlo M, Banfi G, Locatelli M. Routine blood tests as a potential diagnostic tool for COVID-19. Clin Chem Lab Med. 2020. doi: 10.1515/cclm-2020-0398.
8. Henry BM, de Oliveira MHS, Benoit S, Plebani M, Lippi G. Hematologic, biochemical and immune biomarker abnormalities associated with severe illness and mortality in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. Clin Chem Lab Med. 2020. doi: 10.1515/cclm-2020-0369.
9. Fan BE, Chong VCL, Chan SSW, Lim GH, Lim KGE, Tan GB, et al. Hematologic parameters in patients with COVID-19 infection. Am J Hematol.. 2020. doi: 10.1002/ajh.25774.
10. Thaenkaew, S., & Wongkham, S. Application of using blood neutrophil to lymphocyte ratio for prognosis. Srinagarind Medical Journal 2016; 31(5), 332-338. [in Thai]
11. Thomas, T., Stefanoni, D., Dzieciatkowska, M., Issaian, A., Nemkov, T., Hill, R. C., Francis, R. O., Hudson, K. E., Buehler, P. W., Zimring, J. C., Hod, E. A., Hansen, K. C., Spitalnik, S. L., & D'Alessandro, A. (2020). Evidence of structural protein damage and membrane lipid remodeling in red blood cells from COVID-19 patients. Journal of Proteome Research, 19(11), 4455-4469
12. Guo G, Ye L, Pan K, Chen Y, Xing D, Yan K, et al. new insights of emerging SARS-CoV-2: epidemiology, etiology, clinical features, clinical treatment, and prevention. Front Cell Dev Biol 2020; 8:410.
13. Zahorec R. Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) Is a Promising Predictor of Mortality and Admission to Intensive Care Unit of COVID-19 Patients [Internet]. 2022 [cited 2023 May 19]. Available from: Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) Is a Promising Predictor of Mortality and Admission to Intensive Care Unit of COVID-19 Patients - PMC (nih.gov)
14. Caroline Junqueira et al. FcγR-mediated SARS-CoV-2 infection of monocytes activates inflammation [Internet]. 2022 [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41586-022-04702-4>
15. Lakshmi Supriya. Triple mutation in SARS-CoV-2 seen in second wave of COVID-19 in India [Internet]. 2021 [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.news-medical.net/news/20210427/Triple-mutation-in-SARS-CoV-2-seen-in-second-wave-of-COVID-19-in-India.aspx>
16. Carlo Lombardi, Diego Bagnasco, Giovanni Passalacqua. COVID-19, Eosinophils, and Biologicals for Severe Asthma [Internet]. 2021 [cited 2023 May 7]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35769563/>
17. Bingdi Yan,a, Junling Yang,a, Yan Xie,b and Xiaolei Tangc,d. Relationship between blood eosinophil levels and COVID-19 mortality [Internet]. 2021 [cited 2023 May 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7877210/>



การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด อำเภอัญญาศิริ จังหวัดขอนแก่น

Community Participation in Caring of substance induced psychosis patients

at Mancha Khiri district, Khon Kaen Province

(Received: May 21,2023 ; Revised: June 10,2023 ; Accepted: June 11,2023)

เพ็ญเพ็ญ บุญมารธรรม¹

Peangpen Bunmatham¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross- sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดในพื้นที่อำเภอัญญาศิริ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอัญญาศิริ จำนวน 137 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.7 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 13.9 และระดับสูง ร้อยละ 12.7 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชสารเสพติดในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 9.5 และมีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 8.7 ในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.7 รองลงมาคือในระดับต้องดี และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 9.4 และ 5.9 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การศึกษา การมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วย ตำแหน่งในชุมชน ความรู้ และทัศนคติ

คำสำคัญ : โรคจิตเวชสารเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research is a cross-sectional survey research aimed at studying community involvement in the care of patients with substance abuse psychiatric comorbidities. The sample used in the study was people living in Mancha Khiri district. A total of 137 people collected data using questionnaires and analyzed data using SPSS package. The statistics used were percentage, mean, standard deviation, chi-square. The results showed that the majority of respondents, 84.7 percent, were moderately involved in the care of patients with psychiatric comorbidities. This was followed by lows of 13.9 per cent and high levels. In terms of knowledge about co-morbidity, the majority of respondents had moderate knowledge (81.8%), followed by low knowledge (9.5%) and good knowledge (8.7%) in terms of attituded towards patients with substance abuse psychiatric comorbidities. It was found that most of the respondents had a moderate attitude towards patients. 73.7 per cent, followed by good and low at 9.4 and 5.9 per cent, respectively. Factors that correlated with community involvement in the care of people with substance abuse disorders with statistical significance at a level of 0.05 were: Having a family member as a patient Community positions, knowledge and attitudes.

Keywords: substance induced psychosis, Community participation

¹ โรงพยาบาลมัญญาศิริ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

จังหวัดขอนแก่น พบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกตำบลในพื้นที่ ซึ่งประเภทยาเสพติด ที่มีการระบาดมากที่สุดคือยาบ้า เนื่องจากประชาชนเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย เพราะมีผู้จำหน่ายรายย่อย กระจายในเกือบทุกหมู่บ้านที่ มาตรการปราบปรามไม่ทั่วถึง เมื่อมีผู้ค้ายาในชุมชน และไม่ได้รับการดำเนินคดี ทำให้ชุมชนมองว่าการค้ายาไม่ใช่เรื่องเสี่ยงอันตรายต่อการถูกจับ รวมทั้งผู้ค้ามีสถานะความเป็นอยู่ดีขึ้น จึงเกิดการทำตามกันได้ง่าย จึงมีผู้ขายรายย่อยเกิดขึ้นมาก รวมทั้งยาเสพติดมีราคาถูก จากเดิมนั้นราคาเม็ดละ 100-300 บาท ปัจจุบันราคาเม็ดละ 30-40 บาท จึงทำให้มีการเสพยาบ้าได้ง่าย และเสพครั้งละหลายเม็ด ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย หรือ อาการถอนพิษยาบ้ามากขึ้นด้วย ซึ่งอาการส่วนใหญ่จะแสดงออกด้วยอาการสับสน ก้าวร้าว รุนแรง มีการทำลายข้าวของ หรือทำร้ายผู้อื่น เป็นภาวะคุกคามต่างร่างกาย ซิวิต ทรัพย์สิน ของคนในครอบครัวและชุมชนด้วย ทั้งนี้ ผู้เสพยาส่วนใหญ่ จะไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย และไม่ยินยอมเข้าสู่กระบวนการรักษา ญาติหรือครอบครัว ไม่สามารถพาผู้ป่วยมารักษาได้ มีความกลัวเกรงผู้ป่วยซึ่งก้าวร้าว ไม่เชื่อฟัง และไม่มีเครื่องมือในการควบคุมตัวผู้ป่วยมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลได้ ส่งผลกระทบให้ครอบครัว เกิดความเครียด วิตกกังวลต่ออันตรายที่จะมีต่อครอบครัวตนเองและชุมชน รวมทั้งเมื่อชุมชนได้รับผลกระทบ ก็จะมีการร้องเรียนไปที่ครอบครัวของผู้ป่วยและผู้นำชุมชน และเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ปัญหาสุขภาพกายและจิต จึงรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ สร้างความไม่ปลอดภัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินของคนในชุมชนด้วย

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วย SMIV ที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี ในปี 2562 -2564 พบว่า มีแนวโน้มจำนวนมากขึ้น คือ มีผู้ป่วย SMIV 4 รายในปี 2562 เพิ่มขึ้น 35 รายในปี 2563 และ มีจำนวน 60 ราย ในปี 2564 และมีการส่งต่อ ผู้ป่วย SMIV เข้าด้วยอาการเดิม จาก

ปัญหาผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง จำนวน 1 ราย ในปี 2562 เป็น 10 ราย ในปี 2563 และ 15 ราย ในปี 2564 ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นทุกปี ใน ด้านชุมชน พบว่า ยังไม่มีระบบประสานงาน หรือมีหน่วยงานเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง

ผลกระทบอันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของตนเองและผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะด้อยลงจากการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากประสบการณ์การปฏิบัติงาน ด้านยาเสพติดในชุมชนของผู้ศึกษา พบว่า ปัญหาอันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีหลายรูปแบบ และมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นของคนในชุมชนที่แตกต่างกัน บางชุมชนเลือกที่จะปฏิเสธผู้ป่วย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน ส่งผลให้ญาติได้รับผลกระทบ และมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งผู้ป่วย หรือบางครั้งอยากจะให้โรงพยาบาลรับไว้รักษาเป็นเวลานาน หรือส่งเข้าสถานสงเคราะห์ บางรายผู้ป่วยก็หนีหายจากชุมชนกลายเป็นคนเร่ร่อนไร้บ้าน ในบางชุมชนพบว่า คนในชุมชนมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัว และญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกันในชุมชนได้ ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบได้ หรือแม้แต่ในรายที่ผู้ป่วยไม่มีญาติผู้ดูแลหลัก คนในชุมชนก็สามารถช่วยเหลือดูแล จนผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการรักษา และอาการทางจิตดีขึ้นตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าชุมชนมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมดังกล่าว โดยทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 131 ราย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ผล



การศึกษาที่ได้ สามารถนำไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต รวมถึงลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (purposive sampling technique) คือประชาชน อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป ที่สามารถสื่อสารได้ หรืออ่านออกเขียนได้ และ ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน จำนวน 137 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยได้ปรับใช้และพัฒนาเครื่องมือมาจากแบบสอบถามที่มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาไว้แล้ว และนำเครื่องมือวัดนั้นมาปรับข้อ

คำถามบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องและเข้ากับบริบทที่ทำการศึกษาซึ่งแบบสอบถาม เรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เป็นแบบทดสอบแบบ Rating Scale การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach (1970) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา

1. ลักษณะประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.8 มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีฐานะในระดับพอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ คิดเป็นร้อยละ 55.5 มีญาติหรือคนในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 67.9 และเป็นดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.6 มีบทบาทในชุมชนในด้านการเป็นอาสาสมัครต่าง คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ เป็นผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 35.0 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิหรือปราชญ์ชาวบ้าน ร้อยละ 8.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบทบาทใดๆในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 12.4

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 9.5 และมีความรู้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 8.7 เมื่อพิจารณาความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน พบว่า

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 85.4

รองลงมา คือระดับต่ำ ร้อยละ 9.5 และระดับดี ร้อยละ 5.1

ด้านความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.3 รองลงมาคือระดับต่ำและระดับดี คิดเป็นร้อยละ 14.6 และ 5.1 ตามลำดับ

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 85.4 รองลงมาคือระดับต่ำและระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10.2 และ 4.4 ตามลำดับ

3.ทัศนคติต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวล ด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.7 รองลงมา คือระดับต่ำ ร้อยละ 15.3 และระดับดี ร้อยละ 11.0 เมื่อพิจารณาทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวล จำแนกรายด้าน พบว่า

ด้านสติและเหตุผล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.8 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 13.1 และระดับดี ร้อยละ 11.0

ด้านความรู้สึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.9 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 14.6 และระดับดี ร้อยละ 9.5

ด้านพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.5 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 13.9 และระดับดี ร้อยละ 3.6

4.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

จิตเวชสารเสพติด ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.7 รองลงมา คือระดับดี ร้อยละ 9.4 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 5.9 เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล จำแนกตามระดับของการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า

ระดับข้อมูลข่าวสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 12.4 และระดับดี ร้อยละ 9.5

ระดับให้ความคิดเห็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.2 รองลงมา คือระดับดี และระดับต่ำ ในจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 5.9 ระดับเข้ามามีบทบาท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 20.4 และระดับดี ร้อยละ 8.8

ระดับสร้างความร่วมมือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมา คือระดับดี ร้อยละ 12.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.4

ระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 20.4 และระดับดี ร้อยละ 12.4

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติด

ตัวแปร	χ^2	P-value
เพศ	2.8655 (df=4)	0.581
การศึกษา	1.1744 (df=2)	0.041*
สถานภาพสมรส	2.2443 (df=2)	0.326
อาชีพ	0.1982 (df=2)	0.906
ฐานะทางเศรษฐกิจ	3.9118 (df=4)	0.418
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	3.9067 (df=2)	0.013**
บทบาทในชุมชน	2.8426 (df=2)	0.032*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากรกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติด โดยใช้สถิติไคสแควร์ χ^2 test พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

บทบาทในชุมชน ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติด

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	0.0734	0.174
ความรู้	0.1318*	0.045
ทัศนคติ	0.3453**	0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้ และทัศนคติ กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พบว่า

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

ความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.1318$, p -value=0.174)

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.3453$, p -value=0.000)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตัวแปรในการพยากรณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ตัวแปร	B	beta	t	p-value
การศึกษา	0.2346	0.2757	0.703	0.483
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	0.4654	0.0504	0.639	0.524
บทบาทในชุมชน	-0.2259	-0.1952	-1.658	0.992
ความรู้	0.8518	0.0629	0.781	0.436
ทัศนคติ	0.0170	0.0134	0.152	0.879

Constant=107.1803

$R=0.2163$ $R^2=0.0468$ $R^2 \text{ adj}=0.0108$

$F=1.3001$ $P\text{-value}=0.2601$

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุพบว่า ตัวแปรทุกตัวที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ได้แก่ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บทบาทในชุมชน ความรู้ และทัศนคติ ไม่สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อำเภอแม่จาง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.7 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 9.4 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 5.9 เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม

จิตเวชสารเสพติดจำแนกตามระดับของการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า

ระดับข้อมูลข่าวสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 12.4 และระดับดี ร้อยละ 9.5

ระดับให้ความคิดเห็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.2 รองลงมาคือระดับดี และระดับต่ำ ในจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 5.9

ระดับเข้ามามีบทบาท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 20.4 และระดับดี ร้อยละ 8.8

ระดับสร้างความร่วมมือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด



ติด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมา คือระดับดี ร้อยละ 12.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.4

ระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 20.4 และระดับดี ร้อยละ 12.4

ผลการวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อติญา โพธิ์ศรี (2562)¹³ ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วย ตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึก ว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระครอบครัว สามารถไปเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เวชในชุมชน โดยแก้วตา มีศรี และคณะ (2555) ที่พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน และความใกล้ชิด ผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า การมีโอกาสดี้ ช่วยเหลือผู้อื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัด ปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน และการรื้อยใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซับซ้อนในชุมชน เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ (2557) พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อตนเองในด้านลบ เช่นตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่าตนเองไร้ สมรรถภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้ คุณค่า คุณค่า การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้

เกียรติ ไม่ล้อเลียนหรือทำให้อับอายเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วน ใหญ่มุ่งหวังและภาคภูมิใจ

2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บทบาทในชุมชน ความรู้ และทัศนคติ แสดงให้เห็นว่า การศึกษาส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ทำให้เกิดทัศนคติเชิงบวกกับ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด นอกจากนี้ การที่มีคนใน ครอบครัว หรือญาติเป็นผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด จะทำ ให้บุคคลที่ความสนใจที่จะหาแนวทางในการดูแล พร้อม ที่จะให้ความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ ก้าวร้าว หรือ สร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน

ดังนั้น การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ในทุกระดับของการมีส่วน ร่วม ได้แก่ ระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือและ ระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

3.การพยากรณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด การวิเคราะห์การถดถอย พหุ พบว่า ตัวแปรทุกตัวที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วน ร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ได้แก่ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บทบาทใน ชุมชน ความรู้ และทัศนคติ ไม่สามารถร่วมกันพยากรณ์ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยบางตัวมี ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด แต่ในทางสถิติไม่

สามารถสร้างสมการเพื่อพยากรณ์การมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติด อำเภอ
มัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งหาวิธีในการเสริมสร้างการมี

ส่วนร่วมของชุมชน โดยพิจารณาให้ความสำคัญกับ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน
ได้แก่ ระดับการศึกษา ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชสาร
เสพติด หรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ
อย่างยิ่ง กลุ่มจิตอาสาต่างๆ อาสาสมัครต่างๆ และผู้ที่มี
บทบาทในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล
ผู้ป่วยร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์. (2558).บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย
อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1ตารางการจัด กลุ่มโรค. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- 2.เชิดศักดิ์ โฆษณาสันต์. (2520). การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร .
- 3.นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. (2549). สังคมสงเคราะห์จิตเวช.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 4.บรรศักดิ์ บุญศิริ จันศิริมงคล, สวัสดิ์ สรุ ยะฉาย, พัทธชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง,สรสพร จวงษ์, และอุณจิตร คุณารักษ์.
(2556). โรคเรื้อรังจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- 5.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์, ธณินทร์ กองสุข , วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ล้างเพิ่มพูน, วรารณ จุฑา, และ เกษราภรณ์ เคนบุผา. (2551).
ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- 6.พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ . (2559). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย
ระดับชาติ ปี พ.ศ.2556.กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- 7.จิรินทร์ พัดน้อย. (2545). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
กรุงเทพฯ: ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย
- 8.วันชัย วัฒนศัพท์. (2552). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- 9.วงศ์พรรณ มาลารัตน์. (2547). เอกสารทางวิชาการแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- 10.ศรีรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2561).การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.
- 11.สุดาพร สถิตยยุทธการและคณะ (2563).ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง.วารสาร
แพทย์นารี.
- 12.สนาม ปินชัย. (2542). เอกสารทางวิชาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดชัยนาท. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- 13.อติญา โพธิ์ศรี (2562).การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง:กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร.
- 14.อรทัย กิกผล. (2552). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน' สำหรับนักบริหารท้องถิ่น. กรุงเทพ จรัญสินทวงศ์การพิมพ์.
- 15.บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการสร้างสถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545.
- 16.ปรกรณ์ จารักษ์.(2550). ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.
- 17.ประทีป จินนี้. การวิเคราะห์พฤติกรรม และการปรับพฤติกรรม.กรุงเทพฯ. 2540.
- 18.รังสรรค์ สิงห์เลิศ. (2558). ระเบียบวิธีวิจัย และการใช้สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์.บริษัท ทริบเพิลกรุ๊ป จำกัด.



ผลของการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วต่อระดับน้ำตาลในเลือดและค่าใช้จ่ายด้านยา รักษาโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

The Effects of Self-Management with Monitoring Glucose Meter to Blood Glucose and Diabetes Medication costs in Nongki Hospital, Buriram Province.

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

วชิรญาณ์ การเกษ¹
Vachiraya Karakes¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วและเพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานและค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง >130 mg/dl และมีระดับฮีโมโกลบินที่มีระดับน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) $\geq 7.0\%$ รับการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 80 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองจะสามารถประเมินระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จากการติดตามที่ 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานเป็นเงินจำนวน 35,593.50 บาท/ปี ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน/ผู้ดูแลสามารถจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว น้ำตาลในเลือด ค่าใช้จ่ายด้านยา โรคเบาหวาน

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to self-management assessment with glucose meter and to compare fasting blood glucose in diabetic patients and diabetes medication costs. The study sample consisted of diabetic type2 patients with 8-hour fasting blood glucose >130 mg/dl and has a hemoglobinA_{1c} level $\geq 7.0\%$ and received medical services at Out-Patient Department Nongki Hospital Buri Ram Province between 1 October 2019-31 March 2022 selection of a specific sample of 80 patients. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test. The results revealed that the experimental group that received intervention able to self-monitoring assessment blood glucose to promote behavior modification and self management skill to well controlled in blood sugar. Followed at 3 month 6 month and 1 year was significantly decreased the mean level of fasting blood glucose and can reduce the diabetes medication cost was 35,593.50 baht/year. Therefore encouraging diabetic patient/caregivers to self-management with glucose meter monitoring that is the way that diabetic patient can effectively control their fasting blood glucose levels and reduce the burden of medication costs.

Keyword: self- management glucose meter blood glucose medication costs diabetes mellitus

¹ พย.ม. โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคนซึ่งมีอายุระหว่าง 20-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรโลกในกลุ่มอายุเดียวกัน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 700.1 ล้านคน¹ สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น² สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข 3.2 ล้านคน³ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบว่าความชุกของเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2557จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5⁴ ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ (ฮีโมโกลบิน(HbA_{1c}) <7%) ร้อยละ 70.6 และยังพบภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังดังนี้ ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 8.5 ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 6.3 เป็นแผลที่เท้าร้อยละ 1.7 ได้ตัดอวัยวะร้อยละ 0.1⁵ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันพบร้อยละ 1.63⁶ จากรายงานปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรปี พ.ศ.2557 พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อมีสัดส่วนมากที่สุดคือร้อยละ 59.39 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 6⁷ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวก่อให้เกิดภาระการดูแลรักษาพยาบาลเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งโรคเบาหวานยังคง

เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ³ เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุด เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ⁸

กรมควบคุมโรคได้ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยได้รับการเข้าถึง 5 ประเด็น ดังนี้ 1. การเข้าถึงอินซูลิน เพื่อลดความรุนแรงของโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินซูลิน 2. การเข้าถึงยารักษาโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี 3. การเข้าถึงการติดตามผลการดูแลด้วยตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันสมุดสุขภาพประชาชน (H4U by MOPH) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ผลการปฏิบัติตัวได้เร็วและปรับพฤติกรรมให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4. การเข้าถึงความรู้ และการดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม 5. การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพและสถานที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมให้บริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและออกกำลังกายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน³ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวาน 5 ข้อดังนี้ 1.รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2.ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 3.ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง 4.ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับคนปกติ 5.สำหรับเด็กและวัยรุ่นให้มีการเจริญเติบโตสมวัยเป็นปกติ⁹ การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลาต่างๆ ได้ทุกเวลาที่ต้องการ สะดวก ง่ายต่อการเรียนรู้และปฏิบัติด้วยตนเอง ที่สำคัญ สามารถทราบผลได้ทันที เร็ว และ

เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ป่วยทราบด้วยตนเองว่าสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงใด ทำให้ทราบพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับตนเอง¹⁰ นอกจากนี้ในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานทีมผู้รักษาส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานทำการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดด้วยตนเองที่บ้านเพื่อติดตามผลการรักษาเบาหวาน และสามารถวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในระดับที่ไม่รุนแรงได้เร็ว ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญโดยให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (diabetes self-management) เมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเกิดขึ้น⁹ ซึ่งการวินิจฉัยอาศัยการตรวจเลือดทางหลอดเลือดดำ ในทางปฏิบัตินิยมตรวจจากเจาะเลือดปลายนิ้วซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยรวดเร็วขึ้น¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการตนเองเป็นทักษะที่สำคัญในการพัฒนาตนเองในหลากหลายสถานการณ์และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการประสบผลสำเร็จในชีวิตการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้วยหลักการทางจิตวิทยาจะทำให้บุคคลได้สำรวจและเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง สามารถกำกับอารมณ์ พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขเห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้¹² ทฤษฎีของ Creer¹³ เชื่อว่าการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมตนเองโดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง¹³ จากงานวิจัยของ Rusdiana, Maya savira และ Rina Amelia¹⁴ ได้ศึกษาผลของการจัดการตนเอง

ของโรคเบาหวานต่อระดับต่อระดับ HbA_{1c} และ น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระบบสาธารณสุข เมืองบินจาอี จังหวัดสุมาตราเหนือ ประเทศอินโดนีเซีย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง กลุ่มทดลอง 80 คน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการจัดการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองพร้อมทั้งมีการติดตามผลที่ 3 เดือน พบว่า หลังการทดลองระดับ HbA₁ ระหว่างก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

จากรายงานในปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3,066 คน พบว่ามีกลุ่มที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ร้อยละ 54.50¹⁵ มีอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ 3.75 มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังด้านตาร้อยละ 5.21 ด้านไตร้อยละ 7.87 ด้านเท้าร้อยละ 3.01 ด้านหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.52 และด้านหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 0.06¹⁶ รวมทั้งยังมีมูลค่าการจัดซื้อยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นเงินจำนวน 2,981,317.50 บาท¹⁷ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมโรคและมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังอยู่ในระดับที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย อีกทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาที่มีมูลค่าสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนปัญหาและรูปแบบการจัดการตนเอง จากประสบการณ์ผู้วิจัยได้ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานจำนวน 30 ราย 1.ด้านการตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมได้ร้อยละ 85.91 2.ด้านการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตและบันทึกข้อมูลของตนเองได้ร้อยละ 74.38 3.ด้านการวิเคราะห์และประเมินผลผู้ป่วยไม่สามารถประเมินระดับอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ ร้อยละ 80.01 4.ด้านการตัดสินใจผู้ป่วย

ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและยังขาดเครื่องมือหรืออุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง ร้อยละ 100.5.ด้านการปฏิบัติ หลังจากสังเกตอาการของตนเองแล้วมีการตัดสินใจเกี่ยวกับอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเลือกรับประทานข้าว/ต้มหนม/น้ำหวานก่อนประเมินระดับน้ำตาลในเลือดร้อยละ 95.73 6.ด้านการสะท้อนผลการปฏิบัติหรือการประเมินตนเองผู้ป่วยยังขาดการฝึกทักษะการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเพื่อให้เกิดความชำนาญร้อยละ 100 ปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญและจำเป็นต้องแก้ไขเพราะการจัดการตนเองโดยไม่ทราบระดับน้ำตาลในเลือดเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังขาดรูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีวิธีการจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพเฉพาะรายจึงมีความจำเป็นต้องมีแนวทางการจัดการตนเองจากทีมสหวิชาชีพ มีอุปกรณ์ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไว้ใช้ที่บ้านเป็นของตนเองเพื่อเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการปฏิบัติตัว/ปรับพฤติกรรมให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสนับสนุนของทีมสุขภาพในการวางแผนการรักษาพยาบาลได้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาได้อีกทางหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วโดยเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง

2.เพื่อประเมินค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานก่อนและหลังของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design) มีการเก็บข้อมูลก่อนร่วมกิจกรรมและหลังร่วมกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 12) และติดตามผลที่ 6 เดือน และ 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมด คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ รับการรักษาระหว่างวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 31 เดือนมีนาคม พ.ศ.2565 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 80 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง >130 mg/dl 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และมีระดับฮีโมโกลบินที่มีระดับน้ำตาลเกา(HbA_{1c}) $\geq 7.0\%$
- 2.ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นที่มีผลต่อฮีโมโกลบินที่มีระดับน้ำตาลเกา(HbA_{1c})เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง โรคเลือดจาง และโรคจอประสาทตาเสื่อม
- 3.ยินยอมใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว
- 4.สามารถติดตามการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) ของประชากรดังนี้

- 1.ไม่ยินยอมใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว

2. ไม่สามารถติดตามการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ ได้แก่ การย้ายที่อยู่หรือติดต่อทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทของโรคเบาหวาน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคโลหิตจาง และโรคธาลัสซีเมีย

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง การปฏิบัติตัว การจัดการตนเอง เป็นข้อคำถาม 20 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ประเมินก่อนและหลังให้ความรู้ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom⁽¹⁹⁾ แบ่งระดับคะแนนคำตอบเป็น 2 ระดับคือ ถูก ผิด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะการจัดการตนเองมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer¹³ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินผล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติหรือการประเมินตนเอง ประเมินโดยใช้แบบ Checklist ที่ผู้วิจัยให้คะแนนจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากการปฏิบัติโดยการเยี่ยมบ้านและการบันทึกข้อมูล 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 ระดับน้ำตาลในเลือดการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ได้จากผลการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในวันที่ทำการศึกษา และมีการประเมินผลที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ส่วนที่ 5 สมุดบันทึกผลตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเป็นเครื่องมือเป็นรูปแบบที่มีมาตรฐานของสมาคมโรคเบาหวาน ให้ผู้ป่วยบันทึกค่าระดับน้ำตาล ก่อนอาหารเช้า ก่อนอาหารเย็น ก่อนนอน และเมื่อมีอาการผิดปกติ

ส่วนที่ 6 ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานได้จากผลการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในวันที่ทำการศึกษา และมีการประเมินผลที่ 1 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินผล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติหรือการประเมินตนเอง กลุ่มทดลองได้รับส่งเสริมการจัดการตนเอง ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

-สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวานโดยแพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการพยาบาลจัดการรายการสอนการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ/สูง การออกกำลังกาย การใช้อาหารที่ได้รับประทาน/การใช้อินซูลิน การหลีกเลี่ยงบุหรี่/สุรา การจัดการอารมณ์และการพักผ่อนให้เพียงพอ

-สัปดาห์ที่ 2 นักเทคนิคการแพทย์ฝึกทักษะการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเป็นรายบุคคล ระดับ

น้ำตาลในเลือดระดับต่ำคือ ≤ 70 มก./ดล. ระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ 131-180 มก./ดล.และระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันตราย ≥ 181 มก./ดล⁹ แล้วสอนการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดรวมทั้งสอนการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วแบบพกพา แนะนำการบริการหลังการขายเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วแบบพกพา

-สัปดาห์ที่ 3 พยาบาลจัดการรายการณีสอนการนำข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายรวมทั้งฝึกให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกับอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง

-สัปดาห์ที่ 4 ฝึกผู้ป่วยปฏิบัติจากข้อมูลวิเคราะห์ได้ โดยนักโภชนาการสอนนับคาร์โบไฮเดรต การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ พยาบาลจัดการรายการให้ผู้ป่วยฝึกตัดสินใจว่าหากมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำหรือมีอาการผิดปกติผู้ป่วยจะตัดสินใจอย่างไร ได้ให้คู่มือแนวทางปฏิบัติน้ำตาลในเลือดต่ำโดยรับประทานน้ำตาล 15 กรัมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะมีตัวอย่างน้ำตาล 15 กรัมให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติได้ด้วยตนเองและจัดกระเป๋า “กระเป๋ากู้ชีพหวานต่ำ” ซึ่งในกระเป๋าจะประกอบไปด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว แถบตรวจน้ำตาลในเลือด และลูกอม 3 เม็ด โดยต้องนำติดตัวไว้เมื่อเดินทาง พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง

ในสัปดาห์ที่ 5-8 พยาบาลจัดการรายการณีสอนจะมีการเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์และสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์ใช้เวลา 30 นาที/คน สัปดาห์ละหนึ่งครั้งในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นติดตามเดือนละครั้งมีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว/การบันทึกข้อมูล/การจัดการตนเอง สอบถามปัญหาอุปสรรคการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ชี้แนะให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี จะได้รับการติดตามประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำ

และอาหาร 8 ชั่วโมง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ(HbA_{1c}) และประเมินค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การจัดการตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น การนับคาร์โบไฮเดรต การรับประทานอาหารแบบโลว์คาร์บ การออกกำลังกาย การใช้ยาเม็ดรับประทาน/การใช้อินซูลิน การหลีกเลี่ยงบุหรี่/สุรา การจัดการอารมณ์และการพักผ่อนให้เพียงพอ ด้านการจัดการตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จัดกระเป๋า “กู้ชีพหวานต่ำ”

2.3 แบบบันทึกที่ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพสร้างขึ้น ประกอบไปด้วย ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ก่อนอาหารเช้า ก่อนอาหารเย็น ก่อนนอน และเมื่อมีอาการ การบันทึกอาการที่ผิดปกติและบันทึกวิธีการจัดการตนเอง บันทึกอาการที่รับประทานในแต่ละวัน และวิธีการจัดการตนเองเมื่อมีอาการน้ำตาลต่ำ/สูง

2.4 เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วแบบพกพาที่ผู้ทดลองสนใจซื้อซึ่งมีเครื่อง 1 เครื่องพร้อมแถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้วจำนวน 30 แผ่น และเมื่อแผ่นตรวจหมดสามารถติดต่อซื้อที่โรงพยาบาลหนองกี่ และมีบริการรับประกันเครื่องระหว่างทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ขั้นตอนการสอนและการจัดการตนเองได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน จำนวน 5 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล ผู้จัดการรายการโรคเรื้อรัง 2 คน นักโภชนาการ และนักเทคนิคการแพทย์ ได้ค่า IOC= 0.87 หลังจากนั้นมีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของ



ผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้(Try Out)กับผู้เป็นเบาหวานในอำเภอใกล้เคียง จำนวน 15 คน ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2.เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting blood glucose) และระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ(HbA_{1c}) ใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์มีการควบคุมคุณภาพเครื่องมือที่โรงพยาบาลหนองกี่โดยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Calibration) ปีละ 1 ครั้ง จากศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์ที่ 4 จังหวัดนครราชสีมา และมีการควบคุมคุณภาพ (Quality control) ทั้งภายในและภายนอกทุก 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test for dependent group

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยสำหรับโครงการวิจัยที่

ทำในมนุษย์ (ใบรับรองหมายเลข 2019R-002 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์)

ผลของการวิจัย

จากตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 55 คน (ร้อยละ 68.80) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-59 ปี จำนวน 46 คน (ร้อยละ 57.50) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 100 คน (ร้อยละ 100) และมีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป จำนวน 44 คน (ร้อยละ 55.00)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด(fasting blood glucose) ก่อนทดลอง 177.54 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อมีการติดตามที่ 3, 6 เดือนและ 1 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงใน 3 เดือนและ 6 เดือน 137.74, 152.36 ตามลำดับ ประเมินผลที่ 1 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 153.31 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ(HbA_{1c}) ก่อนทดลอง 9.28 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หลังทดลอง 1 ปี ลดลง 8.70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA_{1c} หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood glucose) ทดลอง ที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ (HbA_{1c})ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลองที่ 1 ปี

ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood glucose)	การเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	SD	paired t-test	
				t	P value
	ก่อนทดลอง	177.54	71.05	-5.77	0.00
	หลังทดลอง 3 เดือน	137.74	34.01		
	หลังทดลอง 6 เดือน	152.36	58.52	-3.13	0.00
	หลังทดลอง 1 ปี	154.31	58.64	-2.67	0.01
ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ (HbA _{1c})	ก่อนทดลอง	9.280	2.05	-2.67	0.01
	หลังทดลอง 1 ปี	8.706	1.97		

p < .05

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่เพิ่มขนาดยาจำนวน 38 คน (ร้อยละ 47.50) ส่วนกลุ่มที่ได้ลดขนาดยาจำนวน 23 คน (ร้อยละ 28.75) และคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานที่สามารถลดค่ายาได้ 35,593.50 บาท/ปี

ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน
หลังการจัดการตนเองโดยใช้เครื่องตรวจ
น้ำตาลปลายนิ้ว

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=80)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขนาดยาเท่าเดิม	19	23.75
เพิ่มขนาดยา	38	47.50
ลดขนาดยา	23	28.75

กลุ่มที่สามารถลดขนาดยาได้สามารถลดค่ายาได้ 35,593.50 บาท/ปี

สรุปและอภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood glucose) ก่อนทดลอง 177.54 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อมีการติดตามที่ 3, 6 เดือนและ 1 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood glucose) ลดลงใน 3 เดือนและ 6 เดือน 137.74, 152.36 ตามลำดับ แต่เมื่อประเมินผลที่ 1 ปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 153.31 จากค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อภิปรายได้ว่าการจัดการตนเองด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วต่อระดับน้ำตาลในเลือดสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดลงสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดได้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวผู้รับบริการ/หรือผู้ดูแลทราบระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลาต่างๆ ได้ทุกเวลาที่ต้องการ สะดวก ง่ายต่อการเรียนรู้และปฏิบัติด้วยตนเอง ที่สำคัญสามารถทราบผลได้ทันทีรวดเร็ว และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ป่วย

ทราบด้วยตนเองว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงใด ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับตนเอง¹⁰ ซึ่งลักษณะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้วิจัยได้เริ่มต้นด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกันและให้ข้อมูลภาวะสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิด วิเคราะห์ภาวะสุขภาพและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านและหรือโทรศัพท์ติดตามมีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ค่าปรึกษา ชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ดีจึงมีระดับน้ำตาลที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ได้กล่าวว่า SMBG เป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้โรคเบาหวานในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจโรคของตนเอง และเป็นเครื่องมือให้ผู้นั้นมีส่วนร่วมในการรักษาด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและยาที่ได้รับตามความเหมาะสมด้วยตนเอง หรือภายใต้การปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ ดวงกมล และคณะ ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²¹

2. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) ก่อนทดลอง 9.28 เปอร์เซ็นต์ เมื่อมีการติดตามหลังการทดลอง 1 ปี ลดลง 8.70 เปอร์เซ็นต์ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง

ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อภิปรายได้ว่าหลังจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองกับภาวะสุขภาพโดยการสังเกตจากระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จึงพยายามลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดโดยการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์การพักผ่อน การรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามแพทย์สั่ง และมีการจัดการตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำด้วยน้ำตาล 15 กรัมจะมีน้ำตาลในปริมาณที่พอเหมาะไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลสูงตามมา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน รวมทั้งยังเป็นข้อมูล/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยสนับสนุนการสั่งการรักษาและการดูแลให้การพยาบาลของทีมสหวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย จากการทบทวนวรรณกรรม ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 เสนอประโยชน์การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง (Self-monitoring blood glucose: SMBG) ดังนี้ 1. ช่วยเสริมข้อมูลของค่า HbA_{1c} ในการประเมินการควบคุมเบาหวาน 2. ช่วยให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนการรักษาโดยใช้ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการทำ SMBG ซึ่งเป็นค่าในช่วงเวลาขณะนั้น (Real time) สะท้อนผลของยาที่ใช้รักษา พฤติกรรมการรับประทาน และการออกกำลังกายต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถติดตามผลการ

ปรับเปลี่ยนนั้นๆ 3. สามารถตรวจค้นหาหรือหาแนวโน้มที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย ป้องกันและแก้ไขทำให้เพิ่มความปลอดภัยและความมั่นใจของผู้ป่วยและเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยการดูแลตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การขับถ่าย⁹ ซึ่งอารีย์ เสนีย์ ได้สรุปความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ประกอบด้วย 1. เป็นเรื่องของ การให้ความรู้ด้านสุขภาพด้านการรักษาหรือการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้น 2. เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน 3. เป็นการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้มีทักษะและความสามารถเพื่อที่จะลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจากความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ²⁰ แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ เป็นกระบวนการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีทักษะความชำนาญและความสามารถในการจัดการตนเองสอดคล้องกับงานวิจัยของเรณู ขวัญยืนและคณะ ศึกษาเรื่อง ผลการใช้การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและ หลังการใช้ SMBG พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการใช้ SMBG น้อยกว่าก่อนการใช้ SMBG อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.67$) และความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการใช้ SMBG มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการใช้ SMBG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณภา สิริธิพานและฉัตรชัย ไข่เกษ ศึกษาเรื่อง ผล

ของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม โดยเปรียบเทียบค่าผลต่างของ การลดลงของระดับน้ำตาลสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองนี้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานไปในทางที่เหมาะสม สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมลงได้มากกว่า เนื่องจากโปรแกรมฯ นี้จะช่วยพัฒนา ให้ผู้ป่วยให้เกิดความรู้ เกิดการวางแผนในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่ม การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมบนพื้นฐานของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ได้ตรงกับปัญหาและเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น²² สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rusdiana Mayasavira และ Rina Amelia¹⁴ ได้ศึกษาผลของการจัดการตนเองของโรคเบาหวานต่อระดับต่อระดับ HbA_{1c} และน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระบบสาธารณสุข เมืองบินจาอิจ จังหวัดสุมาตราเหนือ ประเทศอินโดนีเซีย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง กลุ่มทดลอง 80 คน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับกิจกรรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองพร้อมทั้งมีการติดตามผลที่ 3 เดือน พบว่า หลังการทดลองระดับ HbA_{1c} ระหว่างก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

3. ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานหลังการจัดการตนเองโดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เมื่อมีการติดตามที่ 1 ปี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่เพิ่มขนาดยาจำนวน 38 คน (ร้อยละ 47.50) จากการทบทวนปัญหาและสาเหตุของผู้ป่วยส่วน

ใหญ่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/จัดการตนเองได้เนื่องจากยังมีพฤติกรรมติดหวาน อีกทั้งการมีผลไม่ตามฤดูกาลและมีกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น มีการจัดงานตามความเชื่อและประเพณีหรือพิธีกรรมต่างๆ บ่อยครั้งทำให้การจัดการตนเองและควบคุมพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย ส่วนกลุ่มที่ได้ลดขนาดยาจำนวน 23 คน (ร้อยละ 28.75) จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่า เมื่อมีอุปกรณ์ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วทำให้การตรวจน้ำตาลในเลือดได้สะดวกและรวดเร็วขึ้นและตรวจเมื่อมีอาการคล้ายน้ำตาลต่ำ ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะหรือไม่เกินความจำเป็น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะตระหนักในภาวะสุขภาพและมีความตั้งใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย จึงเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งในกลุ่มที่ได้ลดขนาดยาได้สามารถคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานที่ลดค่ายาได้ถึง 35,593.50 บาท/ปี อีกทั้งผลจากการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วผู้ป่วยได้มีการจดบันทึกทำให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพได้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมเฉพาะบุคคล จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น และลดมูลค่ายารักษาโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบจัดการตนเองไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยเน้นการฝึกทักษะจัดการตนเองซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต
2. นำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางการดูแลรวมทั้งการให้บริการโรคเรื้อรังที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้



3.การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว เพื่อประโยชน์ในอนาคตควรมีการศึกษาเปรียบเทียบและศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มอื่นๆ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกี่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

- 1.World Economic Forum. (2021). We should be worried about global diabetes rates [Internet]. [cited 28 May 2022]. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2021/11/diabetes-burdens-rising-health-global/>.
- 2.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2560). สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>.
- 3.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2564) รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>.
- 4.วิชัย เอกพลาการ. (2564). สสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่6 พ.ศ.2562-2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- 5.ราม รังสินธุ์.(2559). สรุปการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงปี 2553-2558 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dmht.thaimedresnet.org/document/DM_HT_9_10.pdf.
6. HDC Dashboard กระทรวงสาธารณสุข.(2562). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD).[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=b06544333648315e83c83445a62dd94e.
- 7.แผนงานการพัฒนาดัชนีการะสุขภาพเพื่อการพัฒนาโยบาย ภายใต้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). ระบบข้อมูลภาระโรค[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/bodproject/>.
8. โรงพยาบาลรามคำแหง.(2560). โรคเบาหวาน ทำไมต้องรักษา?[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2562], เข้าถึงได้จาก: https://www.ram-hosp.co.th/news_detail/244.
- 9.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทร่มเย็นมีเดียจำกัด.
- 10.เรณู ขวัญยืน, ปรีศณีย์ อัมพุด, ชัดสุภา ศิริรัชฎะ, พจน์มัลย์ สังข์เสนาะ. ผลการใช้การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์. SDU Res J 2559;9(3):99-112.
- 11.รพีพร โรจน์แสงเรือง.(2565) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=1171>.
- 12.กรรณิการ์ แสนสุภา, นเรศ กันธะวงค์. การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์(วังนางเลิ้ง)มทร.พระนคร, 2564;1(1):25-37.



13. Creer T, Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeider M, editors. Handbook of self-regulation. California: Academic 2000; 601-629.
14. Rusdiana, Maya Savira, Rina Amelia. The effect of diabetes self-management education on HbA1c level and fasting blood sugar in Type 2 Diabetes Mellitus patients in Primary health care in Binjai city of North Sumatera, Indonesia. J Med Sci 2018;6(4):715-718.
15. HDC Dashboard สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2560). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD DM, HT, CVD).[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b.
16. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ. Clinical Tracer Highlight 2562. เอกสารศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์; 2562.
17. กลุ่มงานเภสัชกรรม. รายงานการจัดซื้อเวชภัณฑ์ทางการแพทย์โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์; 2562.
18. เกษม ด้านอก, สมจิต แดนศรีแก้ว. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;36(1):91-99.
19. Bloom BS. Taxonomy of education objectives [Internet]. [cited 26 May 2019]. Available from:
https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP242/Benjamin%20S.%20Bloom%20%20Taxonomy%20of%20Educational%20Objectives%2C%20Handbook%201_%20Cognitive%20Domain-Addison%20Wesley%20Publishing%20Company%20%281956%29.pdf.
20. อารีย์ เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(2):129-134.
21. กนกวรรณ ด่วงกลัด, ปัญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563;36(1):66-83.
22. วรณภา สิริธิพาน, ฉัตรชัย ไช้เกษ. ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2558;32(1):68-82.



ประสิทธิผลการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลตระการพิพิธ จังหวัดอุบลราชธานี

Effectiveness of Development Nursing Practice Guideline for Sepsis Patients at
Trakanphuetphon Hospital, Ubon Ratchathani Province

(Received: May 29,2023 ; Revised: June 11,2023 ; Accepted: June 14,2023)

สุกมล วงศ์คุณ¹
Sukamon wongkoon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการพัฒนา 3 วงรอบซึ่งแต่ละวงรอบของการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นการสังเกต (Observation) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และประเมินผลการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ AGREEII Thailand ดำเนินการศึกษาในเดือนตุลาคม 2564- พฤษภาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตระการพิพิธที่คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 87 ราย 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหนัก จำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับใช้สถิติพื้นฐาน ผลการศึกษา พบว่าแนวทางปฏิบัติในภาพรวมมีคุณภาพสูงที่สุดที่เป็นไปได้ ประสิทธิภาพของการใช้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า อัตราการเสียชีวิต ลดลงร้อยละ 0.35 อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.23 อัตราการได้รับการตรวจเพาะเชื้อในเลือดก่อนได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 45 นาที เพิ่มขึ้นร้อยละ 92.15 อัตราการได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วใน 30 นาที เพิ่มขึ้นร้อยละ 94.28 อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน 3 ชม. ลดลงร้อยละ 87.65 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดลง เช่น ไตวายเฉียบพลันรุนแรง (serum creatinine > 5.0) ร้อยละ 0.78 การหายใจล้มเหลว ร้อยละ 1.23 ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (DIC) ร้อยละ 1.22 และพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้ปฏิบัติการพยาบาล มีความคิดเห็นต่อปฏิบัติการพยาบาลนี้อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

The action research, which develops 3 cycles, each consisting of 4 stages: planning, action, observation, reflection, and evaluation of the development of nursing practices developed using AGREEII Thailand, conducted in October 2020-May 2021. A specific sample was selected: 1.87 patients diagnosed with hospitalized blood clot infections, 2. Professional nurses performing outpatient work. Emergency Accidents Men's and Women's Internal medicine Wards 50 Aye Wards, the instruments used in the study include: data were collected by evaluation form. Analyze data using content analysis. The results showed that the evaluation of nursing practices developed using AgreeII thailand in six categories showed that the assessment of overall best practices in the quality of practices was of the highest possible quality. Assess the effectiveness of using nursing practices with infected patients in blood vessels and nurses who use the practice. The mortality rate was found to have decreased by 0.35 percent. Antibiotic exposure within 1 hour of diagnosis increased by 91.23 percent. The rate is observed in the blood before receiving antibiotics within 45 minutes. Up 92.15 percent fluid overload exposure rate in 30 minutes increased by 94.28% The rate at which patients are cared for in the ICU Within 3 hours Down 87.65% The rate of severe complications decreases. Severe acute renal failure (serum creatinine > 5.0) 0.78% respiratory failure 1.23 percent Metastatic blood clotting (DIC) 1.22% in professional nurses who use nursing practices It was found that satisfaction with this nursing operation was found to be at the highest level. Therefore, the effectiveness of the development of nursing practices, patients with bloodstream infections in community hospitals. Ubon Ratchathani, with systematic

¹ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่),วพย.,(การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)

developments ranging from screening, background checks as well as the use of information detected from physical examinations and laboratory results, resulted in doctors reporting to ensure that the diagnosis was correct and quickly, patients received care that was treated within 6 hours, receiving medications, receiving medicines, receiving petripts and receiving water quickly and adequately safely from shock and visceral function failure.

Keywords: Nursing Practices, Patients sepsis

บทนำ

สมพันธ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโลก ระบุว่าตลอดทศวรรษที่ผ่านมาพบอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 7-8% ต่อปี และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-40 ในกลุ่มประเทศตะวันตก ในแต่ละปีพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง 27-30 ล้านคน และเสียชีวิต 7-9 ล้านคน เฉลี่ยทุกๆ 3.5 นาทีมีผู้เสียชีวิต 1 คน ¹ จากข้อมูลศูนย์สถิติสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา รายงานว่าในปี ค.ศ. 2010 ผู้ป่วย Severe sepsis จะเพิ่มถึงล้านราย และคาดว่าจะเพิ่มในอัตราร้อยละ 1.5 ต่อปี จนถึงปี ค.ศ. 2020 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 225,000 ราย ต่อปี อัตราตายจาก Severe sepsis ร้อยละ 30-50 ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียจากภาวะ Sepsis ประมาณ 1.7 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ²

ในประเทศไทยอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดพบได้ประมาณ 75-150 ต่อประชากร 100,000 ต่อปี หรือคิดเป็น 0.1-5 คนต่อผู้ป่วย จำหน่าย 100 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 56.29-73.90 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภาวะรุนแรงนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากร และมีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึงร้อยละ 32 โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี เฉลี่ยแล้วมีเสียชีวิต 5 รายในทุก 1 ชั่วโมง ³

โรงพยาบาลตระการพิรุณเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 150 เตียง พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญการตาย 5 อันดับโรคแรกของโรงพยาบาล จากสถิติของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis/

Severe sepsis (A419) เป็นผู้ป่วยนอกปี 2561 - 2564 จำนวน 301 83 142 และ 143 ราย เป็นผู้ป่วยในมี จำนวน 147 237 332 และ 321 ราย ตามลำดับ ยังพบต่อไปอีกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Septic shock (R572) เป็นผู้ป่วยนอกปี 2561 - 2564 จำนวน 2 1 2 และ 2 ราย เป็นผู้ป่วยในจำนวน 125 126 200 และ 175 รายตามลำดับ ⁴ โดยในการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าหากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่กระบวนการคัดกรองเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วนำไปสู่การวางแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าระวัง Early warning sign ต่างๆเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงของโรคและไม่ให้เข้าสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติหรือร่วมกับมีภาวะอวัยวะภายในต่างล้มเหลวตลอดจนการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลตระการพิรุณ จึงให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมุ่งเน้นในแนวทางการจัดการและส่งต่อผู้ป่วยมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่มีความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยบริการพยาบาล ได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุกรรมชายและหญิง ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานวิจัยและพัฒนา กลุ่มการพยาบาล จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย



1. เพื่อพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic Shock ในโรงพยาบาลตระการพิรุณ วงรอบที่ 2 การพัฒนาปฏิบัติการ เป็นระยะการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis/Septic Shock ในหน่วยปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง และมีการทดลองใช้ปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาเป็นเวลา 1 เดือนจากนั้นปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาลและเก็บข้อมูลอีกครั้ง และในวงรอบที่ 3 การประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิผลของแนวทางการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยในระยะที่ 1 เป็นการประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ AgreeII thailand และระยะที่ 2 เป็นการประเมินประสิทธิผลของการใช้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยและพยาบาลผู้ใช้ปฏิบัติการพยาบาลที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564-31 พฤษภาคม 2565 โดยพัฒนา 3 วงรอบซึ่งแต่ละวงรอบของการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการวางแผน (Planning) เป็นการทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์จากประสบการณ์ ปัญหาจากการปฏิบัติในแต่ละ

บริบทของหน่วยงานร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) โดยการปฏิบัติตามแผนและทบทวนหลังการปฏิบัติ 3) ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการณ์และรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้น 4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติ ความคิดเห็น อภิปรายผลลัพธ์ และสะท้อนข้อมูลการปฏิบัติแก่ผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน การปฏิบัติที่ดี และปัญหาอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นในวงรอบต่อไป และประเมินผลการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ AgreeII Thailand

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหนัก ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวน 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 คู่มือและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลตระการพิรุณ ผู้วิจัยเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักการของปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) โดยประกอบด้วยนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ขอบข่าย คำจำกัดความ แบบประเมินการให้คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (SOS (Search out Severity) Score) การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็วด้วย (The Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) Score) ชุดข้อปฏิบัติ 6 ข้อ (Sepsis 6 bundle care) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุและ

นิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง

1.2 แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผลที่พัฒนาขึ้น (AGREE II Thailand) ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการวิจัยและการประเมินผลเป็นเครื่องมือของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การแพทย์กระทรวงสาธารณสุขนี้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากพัฒนาขึ้น ซึ่งเครื่องมือนี้มีแนวทางการประเมินแบ่งเป็น 6 หมวด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ และสรุปการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวมตามแนวทางของเครื่องมือนี้ ใช้ระบบการให้คะแนน 7 ระดับ (1- ไม่เห็นด้วยเป็นอย่าง มาก ถึง 7- เห็นด้วยเป็นอย่าง มาก)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลตระการพิรุณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วันเวลาที่ประเมิน การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรวดเร็ว (The Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) Score) ได้แก่ แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วย (Glasgow Coma Score) ค่าความดันของเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (Systolic blood pressure) อัตราการหายใจ (Respiratory rate)

2.2 แบบปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การเข้าสู่ภาวะช็อคและการมีอวัยวะล้มเหลวของพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง และผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (CNPG)

ประกอบด้วย แบบประเมินการให้คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (SOS (Search out Severity) Score) ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ และกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องดำเนินการตามระดับค่าคะแนน

2.3 แบบประเมินความคิดเห็นต่อปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้ปฏิบัติการผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักเกณฑ์ในการสร้างแบบประเมินโดยใช้ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดเป็น 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) และกำหนดเกณฑ์มาทำข้อมูลในการประเมิน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำไปสอบถามพยาบาลที่ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง ใช้ปฏิบัติการพยาบาลในเดือน มกราคม 2565 ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนที่มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราด (coefficient of reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ 0.81

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2564-124 วันที่ 24 กรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ



ผลการศึกษา

การวิจัยประสิทธิภาพการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลตระการพืชผล และมีผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ของการศึกษา ดังนี้

1. ผลการพัฒนางรอบที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic Shock ในโรงพยาบาลตระการพืชผล โดยได้ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยใช้การสังเกตการปฏิบัติงานในทุกหน่วยบริการพยาบาล และทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลตระการพืชผลในผู้ป่วย sepsis/Septic

2) เชิญประชุมระดมสมองและสอบถามพยาบาลทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 50 ราย เพื่อให้ข้อมูลสภาพการณ์ปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ในโรงพยาบาลตระการพืชผล

จากการพัฒนางรอบที่ 1 พบว่า ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ยังมีความล่าช้าในการคัดกรองค้นหาปัญหาในการวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะคัดกรอง มีเครื่องมือการคัดกรองที่หลากหลายตามความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาลไม่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันในหน่วยงาน และที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักในการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการตรวจเพาะ

เชื้อในเลือดก่อนได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 45 นาที ในผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ยังมีความล่าช้า ปฏิบัติได้ร้อยละ ๘๐-๘๕ การปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis เพื่อป้องกันภาวะ Septic shock ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการใช้เครื่องมือการพยาบาลในการเฝ้าระวังที่หลากหลาย ไม่เป็นปฏิบัติการพยาบาลเดียวกันในแต่ละหอผู้ป่วย เช่น ใช้ MEW score ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ใช้ SOS score ในงานการพยาบาลในอายุรกรรมชายและหญิง และใช้ SOFA score ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล การสื่อสารทางการพยาบาลระหว่างหน่วยบริการพยาบาลมีความคลาดเคลื่อน

2. ผลการพัฒนางรอบที่ 2 การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล เป็นการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในหน่วยปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายหญิง และงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมจำนวน 50 ราย โดยมีการดำเนินการดังนี้

1) ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาจากข้อค้นพบในระยะเตรียมการในการค้นหากลุ่มเสี่ยง การป้องกันภาวะช็อก การป้องกันการเกิดอวัยวะล้มเหลว จากการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองเพื่อช่วยในค้นหาปัญหาผู้ป่วยนำไปสู่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว และเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะช็อกหรือการมีอวัยวะล้มเหลวร่วมด้วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลขณะผู้ป่วยรับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

2) จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อก พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่พยาบาล Sepsis ward

3) จัดทำแบบคัดกรองปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยติดเชื้อใน

กระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อคที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช แบบปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่ภาวะช็อคที่งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง และงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ในร่วมกับกับบุคลากรการพยาบาล

4) ชี้แจงคู่มือ แบบคัดกรอง และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อคแก่พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิง และงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจำนวน ๕๐ ราย

5) ทดลองใช้ปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อค 1 เดือน(เดือนมกราคม 2565) จากนั้นเดือนกุมภาพันธ์ 2565ปรับปรุง ทำให้ได้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1)แบบคัดกรองผู้ป่วยสำหรับ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลตระการพิรุณ และ 2)แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการเข้าสู่ภาวะช็อคและการมีอวัยวะล้มเหลวของพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิงและผู้ป่วยหนักอายุรกรรม(CNPG)

จากการพัฒนางรอบที่ 2 พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลตระการพิรุณ ประกอบด้วย คู่มือและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยSepsis รพ.ตระการพิรุณแบบคัดกรองผู้ป่วยสำหรับ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการเข้าสู่ภาวะช็อคและการมีOrgan failure ของพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรมชายและหญิงและผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (CNPG)

3. ผลการพัฒนางรอบที่ 3 การประเมินผลเป็นการประเมินประสิทธิผลของแนวทางการพัฒนา

ปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การประเมินผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้เครื่องมือ Agree II thailand ตาม 6 หมวด พบว่า การประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวมของคุณภาพของแนวทางปฏิบัติมีคุณภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้เครื่องมือ Agree II Thailand

ตาม 6 หมวด

เครื่องมือ AGREE II	ร้อยละระดับคะแนน
หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	77
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	75
หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	74
หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	78
หมวดที่ 5 การนำไปใช้	83
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	78
การประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม	ระดับมากที่สุด

ระยะที่ 2 การประเมินผลของการใช้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อค พบว่า อัตราการเสียชีวิต ลดลงคิดร้อยละ0.35 อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย เพิ่มขึ้นร้อยละ91.95 อัตราได้รับการตรวจเพาะเชื้อในเลือดก่อนได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 45 นาที เพิ่มขึ้นร้อยละ93.10 อัตราการได้รับ ได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วใน 30 นาที เพิ่มขึ้นร้อยละ94.25 อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน 3 ชม. ลดลงร้อยละ87.65 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดลง ไตวายเฉียบพลันรุนแรง(serum creatinine > 5.0) ร้อยละ 0.78 การหายใจล้มเหลว ร้อยละ1.23 ภาวะ



เลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย(DIC) ร้อยละ 1.22 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อก

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (N=87)	จำนวน	ร้อยละ
1. การคัดกรอง		
1.1 การซักประวัติ	87	100
1.2 การวัดสัญญาณชีพและGCS	87	100
1.3 การประเมิน qSOFA ถ้า qSOFA score $\geq$ 2คะแนน		
- กรณีผู้ป่วย OPDส่งผู้ป่วยไปที่ER	7	8.04
- กรณีผู้ป่วย ER	68	78.17
- กรณีผู้ป่วย IPDชาย/หญิงรายงานแพทย์เจ้าของไข้	12	13.79
2. การใช้ Sepsis 6 bundle care		
2.1 การส่งเลือดตรวจเพื่อเพาะเชื้อ H/C 2 specimen	81	93.10
2.2 การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังการวินิจฉัย	80	91.95
2.3 เมื่อมีภาวะช็อกเปิดเส้นIV 2 เส้น และให้NSS 1,000 ml อย่างน้อย 1.5 Lit ภายใน 1 ชั่วโมง (กรณีไม่มีข้อห้าม)	82	94.25
2.4 การใส่สายสวนปัสสาวะ	82	94.25
2.5 หลังได้รับสารน้ำ 1.5 Lit แล้วตรวจวัด MAP < 65 mmHg รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ Vasopressor	82	94.25
2.6 เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในการประเมินผู้ป่วย		
- กรณีผู้ป่วยมีค่าคะแนน SOS Score = 0	10	11.94
- กรณีผู้ป่วยมีค่าคะแนน SOS Score = 1-3	72	82.32
- - กรณีผู้ป่วยมีค่าคะแนน SOS Score $\geq$ 4	5	5.74
3. รายงานอายุรแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีSeptic shockร่วมกับการมีMultiple Organ Failure เพื่อย้ายเข้า ICU	5	5.74

ก่อนการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้มีการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsisของโรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อนำตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลนี้จะเห็นได้จากตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบตัวชี้วัดปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยSepsisของโรงพยาบาลตระการพิรุณ
จังหวัดอุบลราชธานีด้วยค่าร้อยละ

ตัวชี้วัดปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis	ร้อยละปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis	
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 hr ภายหลังการวินิจฉัย	87.63	91.95

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบตัวชี้วัดปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ของโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีด้วยค่าร้อยละ

ตัวชี้วัดปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis	ร้อยละปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis	
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
อัตราการได้รับการเพาะเชื้อในเลือดก่อนได้ยา ABO ภายใน 45 นาที หลังการวินิจฉัย	86.24	93.10
อัตราการได้รับ Fluid Resuscitate ภายใน 30 นาที	87.92	94.25
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน 3 ชม.	88.95	87.65
อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 hr หลังการวินิจฉัย	87.63	91.23
อัตราการเสียชีวิต	0.78	0.35
อัตราการเกิดไตวายเฉียบพลัน	0.98	0.78
อัตราการเกิดหายใจล้มเหลว	2.42	1.23
อัตราการเกิดภาวะ DIC	4.5	1.22
อัตราการเสียชีวิต	0.78	0.35

ในการประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีความพึงพอใจต่อปฏิบัติการพยาบาลนี้อยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้ปฏิบัติการพยาบาล (n=50)

ความคิดเห็น	คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1. ปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง	4.65	มากที่สุด
2. ปฏิบัติการพยาบาลมีขั้นตอนชัดเจน	4.53	มากที่สุด
3. ปฏิบัติการพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ง่าย	4.51	มากที่สุด
4. ปฏิบัติการพยาบาลประหยัดทรัพยากรหน่วยงาน	4.18	มากที่สุด
5. ปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	4.51	มากที่สุด
6. ปฏิบัติการพยาบาลท่านได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา	4.53	มากที่สุด
7. ปฏิบัติการพยาบาลแสดงถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ	4.51	มากที่สุด
8. ปฏิบัติการพยาบาลเป็นบทบาทอิสระ	4.56	มากที่สุด
9. ปฏิบัติการพยาบาลทำให้ท่านมั่นใจในการปฏิบัติ	4.53	มากที่สุด
10. ความพึงพอใจในปฏิบัติการพยาบาล	4.56	มากที่สุด
รวม	4.50	มากที่สุด

การอภิปรายผล

การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า จุดเด่นของการพัฒนา คือ การ

กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลนี้ร่วมกันทั้งจังหวัด ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงาน Service plan อายุรกรรม และเป็นผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบกลุ่มผู้ป่วย Sepsis จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือและ



แนวคิดปฏิบัติการพยาบาลนี้นำมาสู่การทบทวนสถานการณ์ของพื้นที่วิจัยที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานโดยรวบรวมสถานการณ์ประเด็นที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่โดยที่ทีมปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ เลือกใช้เครื่องมือปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องในแต่ละหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรียรัตน์ สุคันธมาลา⁶ ที่ทำการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ และ สมใจ จันทะวัง⁷ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้มีการศึกษาสถานการณ์ ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ดูแลการพัฒนาศักยภาพของทีมพยาบาลร่วมกันสร้างพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลรวมถึงประสานทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจนได้รูปแบบคู่มือ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบฟอร์มต่างๆเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ตระหนักถึงโรคและการป้องกันความรุนแรงของโรคได้ และยังพบเพิ่มเติมว่าปฏิบัติการพยาบาลต่างๆเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงหรือไม่มีเลย ตลอดจนไม่พบอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นและลดลงในที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราธิ์ อนุชนันท์⁸ ที่ได้ศึกษาการประเมินแนวทางปฏิบัติการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลอ่างทอง เห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดควรมุ่งเน้นตั้งแต่กระบวนการค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็วเพื่อผู้ป่วยจะได้เข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีสามารถแก้ไขภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วไม่เข้าสู่ภาวะช็อกที่ยาวนานจนส่งผลให้เกิดการทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพยาบาลหากอยู่บนพื้นฐานของหลักฐาน

เชิงประจักษ์ มีการเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้และทักษะของบุคลากรแล้วนั้น ความพร้อมของอุปกรณ์ครุภัณฑ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อใช้ในการช่วยตรวจรักษาวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก็มีความสำคัญเช่นกันในกระบวนการดูแลเพื่อเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นไป

ดังนั้นประสิทธิผลการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการพัฒนาอย่างเป็นระบบตั้งแต่การคัดกรองการซักประวัติตลอดจนการนำข้อมูลที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ส่งผลให้มีการรายงานแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็วผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง โดยได้รับยา ได้รับการส่งตรวจเพาะเชื้อและได้รับสารน้ำที่รวดเร็วและเพียงพอปลอดภัยจากภาวะช็อกและการทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว ดังนั้นจึงควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลตระการพืชผล แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยๆ ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีข้อจำกัด ในผู้ป่วยSepsisที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้วเช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ ต้องได้รับการดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉินชีวิต ก่อนเป็นอันดับแรก จึงควรพัฒนาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมผู้ป่วยๆในทุกสถานะในระยะต่อไป รวมถึงควรมีการปรับปรุงคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับองค์ความรู้ใหม่และควรขยายผลการปฏิบัติการพยาบาลนี้สู่พยาบาลในระดับรพ.สต.เพื่อช่วยในการคัดกรองเบื้องต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ Service plan อายุรกรรม :Sepsis เขตสุขภาพที่ 10 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเครือข่ายพัฒนา

คุณภาพการพยาบาลเขตสุขภาพที่ 10 ทีมการ
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่ม
การพยาบาลโรงพยาบาลตระการพิรุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ
ตลอดจน ผู้บริหารที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของ
โรงพยาบาลตระการพิรุณ ให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Global Sepsis Alliance 2018. [Cited 12 July 2018.] retrieve from <https://www.global-sepsis-alliance.org/>.
2. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003;348(16):1546-54.
3. Angkasekwinai N, Rattanaumpawan P, Thamlikitkul V. Epidemiology of sepsis in Siriraj Hospital 2007. J Med Assoc Thai 2009;92 Suppl 2:S68-78.
4. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลตระการพิรุณ. สถิติผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน [ฐานข้อมูลปิด]. อุบลราชธานี: ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ; 2560-2564.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). The action research planner (3rd ed.). Geelong: Deakin University Press.
6. สุรีย์รัตน์ สุคันธมาลา.(2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุดูแลในโรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
7. สมใจ จันทะวัง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2560;26(1): 35-46.
8. จิราธิ์ชน อุณนันทน์. การประเมินแนวทางปฏิบัติการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4, 2557; 16(3): 184-191.



ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effects of Stress Management Program to Stress, Anxiety and Satisfied for Relative of Critically Ill Patients in the ICU, Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: May 31,2023 ; Revised: June 11,2023 ; Accepted: June 14,2023)

ปริยา สินธุระวิทย์¹

Preeya Sinthurawit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบบประเมินความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.358$, $p<0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($t=15.220$, $p<0.001$) ส่วนความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}=3.18$, $S.D.=0.68$)
คำสำคัญ ญาติผู้ป่วยวิกฤต, ความเครียด, ไอซียู

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study effects of stress management program to stress, anxiety and satisfied for relative of critically ill patients in the ICU, Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample was 30 relative of critically ill patients in the ICU, selected by purposive sampling. Data collected during the month of March to May 2023. The instruments used in data collection consisted of the questionnaires of demographic characteristics, stress, state anxiety and satisfaction. The experimental instrument was the stress management program. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standards deviation, compared means scores stress and anxiety with paired t-test.

The result showed the mean score of stress obtained after the program lower than before ($t=11.358$, $p<0.001$), significantly. Such as the mean score of state anxiety obtained after the program was lower than before ($t=15.220$, $p<0.001$), significantly. And the satisfaction of the stress management program was the level of high ($\bar{X}=3.18$, $S.D.=0.68$).

Keyword: Relative of critically ill patient, Stress, ICU

¹ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการดำเนินโรคไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care Unit: ICU) เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องพึ่งพาอุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูงต่างๆ ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ในร่างกายร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง¹ สภาพแวดล้อมในห้องไอซียูดังได้กล่าวมาส่งผลให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติตามมา²

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดและความวิตกกังวลของครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย คือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่ชัดเจน การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกับพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความต้องการหรือการรับคำตอบข้อข้องใจเพียงสั้นๆ และไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนและขาดการให้กำลังใจ ยิ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น³ มีการศึกษาที่พบว่าสมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลในการรักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 75⁴ อีกทั้งญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือไอซียูมีความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุดและรองลงมาคือต้องการข้อมูลข่าวสาร⁵ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่านอกจากจะให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแล้ว การพยาบาลเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลจึงเป็นประเด็นการพัฒนาที่สำคัญอย่างยิ่ง

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาสซาร์และฟอล์คแมน³ กล่าวว่าความเครียดจะเกิดขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ และ

ตนต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัวหรือไม่ ส่วนการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่จะจัดการความเครียด บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับการจัดการสถานการณ์ในการเผชิญความเครียดซึ่งอาจแสดงออกได้หลายรูปแบบลาสซาร์³ ได้แบ่งรูปแบบการเผชิญความเครียดของบุคคลออกเป็น 2 แบบคือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) เป็นการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุโดยตรง โดยกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลายๆวิธี เลือกวิธีการที่เหมาะสม และลงมือแก้ปัญหาการเผชิญปัญหาอีกรูปแบบหนึ่ง คือการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-Focused Coping) เป็นความพยายามในการลด บรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดจากความเครียดในทางที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษากายใน 72 ชั่วโมงแรกและพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว และพบว่าสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ และยังมีการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียูได้



อย่างเหมาะสมร้อยละ 88.88 ซึ่งประกอบด้วย 1) การสื่อสารอย่างชัดเจน เป็นจริง และต่อเนื่อง 2) การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับอุปกรณ์การบำบัดรักษาและประโยชน์ในการนำไปใช้ 3) การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลอย่างใกล้ชิด 4) การให้การดูแลและเฝ้าระวังสภาพจิตใจสมาชิกครอบครัว 5) การให้ได้รับรู้สิทธิต่างๆเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) การจัดสภาพแวดล้อมและจัดบริการให้เอื้ออำนวยต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัว และ 7) การให้บริการการพยาบาลที่รวดเร็วและมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย⁹

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ได้เปิดให้บริการแผนกหอผู้ป่วยไอซียูมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 มีขอบเขตการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก สูติกรรม ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนเตียง 8 เตียง จำนวนผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวผู้ป่วยหนักระหว่างปี 2563-2565 มีจำนวน 602 ราย, 615 ราย และ 619 ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบว่าผู้ป่วยวิกฤตป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ด้านอัตราการครองเตียงคิดเป็นร้อยละ 70.84, 63.42 และ 58.79 ตามลำดับ ส่วนด้านจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับ 3.49 วัน, 3.02 วันและ 2.77 วันตามลำดับ จากการดำเนินงานให้บริการแผนกหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ผ่านมามุ่งเน้นการดูแลบำบัดรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤตเป็นหลัก แต่หนึ่งในมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตคือการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤติ จากการศึกษาของ Miracle¹⁰ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวผู้ป่วยหนักใน 72 ชั่วโมงแรก ญาติจะมีความเครียดสูงและต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักเป็นอันดับแรก และมีการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤตที่พบว่าญาติมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะสามารถช่วยลดความเครียด

และความวิตกกังวลลงได้¹¹ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือญาติในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยการส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมซึ่งอาศัยพื้นฐาน 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ระบบการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เมื่อบุคคลเผชิญภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจภายใต้ระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลเหล่านี้สามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจไปได้¹² ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต แผนกหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร

สมมติฐานการศึกษา

ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังกล่าวนอนโรงพยาบาล แผนกหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤติ ที่ได้รับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล แผนกหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2566 ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีทั้งเพศชายและหญิง 2) เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤติที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤติย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักระหว่างทำการรักษา หรือผู้ป่วยวิกฤติได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือผู้ป่วยวิกฤติเสียชีวิตแล้ว หรือญาติผู้ป่วยที่ต้องการปฏิเสธหรือขอถอนตัว หรือมีความเครียดในระดับสูงที่ต้องส่งพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา หรือเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถร่วมการศึกษาได้ อาทิเช่น ติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียวกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน¹³ และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา

ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤติ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยวิกฤติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤติ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ มีข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นการสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ การให้คะแนน 0 คือ เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี คะแนน 3 คือ เป็นประจำ คะแนนรวม 15 คะแนน การแปลผลเป็นดังนี้ คะแนน 0-4 เท่ากับเครียดน้อย คะแนน 5-7 เท่ากับเครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เท่ากับเครียดมาก และคะแนน 10-15 เท่ากับเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ สปิเกลเบอร์เกอร์ (Spielberger) มีชื่อว่า The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) แปลเป็นไทยโดยดรรชนี ต๊ะปินตา¹⁵ ในส่วนของแบบวัดระดับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) ซึ่งเป็นการวัดความกังวลจากสถานการณ์การเจ็บป่วยวิกฤติของญาติผู้ป่วยวิกฤติ แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 และข้อความที่มีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 วิธีการตอบแบบวัด เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เลย 2 เท่ากับ มีบ้าง 3 เท่ากับ ค่อนข้างมาก และ 4 เท่ากับ มากที่สุด ผู้ตอบจะต้องพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อความตรงกับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในภาพการณ์ต่างๆไปมากน้อยเพียงใด เกณฑ์การให้คะแนนคือข้อคำถามเชิงลบถ้าตอบไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ถ้าตอบมีมากที่สุดให้ 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงบวกถ้าตอบไม่มีเลยให้ 4 คะแนน ถ้าตอบมีมากที่สุดให้ 1 คะแนน คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ผู้ตอบที่ได้คะแนนไม่เกิน 20 แสดงว่าความวิตกกังวลต่ำมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 21-39 แสดงว่าความวิตกกังวลต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง



40-59 แสดงว่าความวิตกกังวลมาก และคะแนนระหว่าง 60-80 แสดงว่าความวิตกกังวลมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า การให้คะแนนคือตอบพึงพอใจมากให้ 4 คะแนน ไม่พึงพอใจให้ 1 คะแนน สำหรับเกณฑ์การกำหนดความหมายของคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยแต่ละช่วงชั้นมีพิสัยเท่ากับ $(4-1)/4 = 0.75$ และแปลผลได้ว่า พึงพอใจมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 3.26 - 4.00 พึงพอใจมาก มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.51 - 3.25 พึงพอใจปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.76 - 2.50 และพึงพอใจน้อย มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.00 - 1.75

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ⁶ และแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด และโปรแกรมการจัดการความเครียด นำมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ราย นักจิตวิทยา 1 ราย และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ราย และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการ

ความเครียดเท่ากับ 0.95 ส่วนโปรแกรมการจัดการความเครียดนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

2) ตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการความเครียดไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 10 ราย มีการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลที่ทดลองใช้ว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ดีกับการดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลพึงพอใจในการปฏิบัติ และพัฒนาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง

3) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ และนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) สำหรับแบบวัดความเครียดได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.95 แบบวัดความวิตกกังวล ได้เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการศึกษา

ในการดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีภาวะวิกฤติของอิลเลอร์¹² ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยประยุกต์โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตจากการศึกษาของนิรมนต์ เหลาสุภาพและคณะ⁶ โดยดำเนินการช่วยเหลือทั้งแบบรายบุคคลและกิจกรรม

กลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมจัดการความเครียดแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที จำนวน 3 ครั้ง เริ่มในวันที่ 2-4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูของผู้ป่วยวิกฤต โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 1 เริ่มในวันที่ 2 ที่ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู กิจกรรมในวันแรกเน้นการให้ข้อมูลเป็นหลักดังนี้

1) กิจกรรมช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้รับรู้เหตุการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย

1.1) ระยะก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับญาติผู้ป่วยวิกฤต สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยวิกฤต ประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) และวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

1.2) ระยะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยนำญาติผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงอาการ การดูแลและการรักษาที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้กับผู้ป่วยและความหมายของตัวเลขที่แสดงในการติดตามอาการ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยไอซียู เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ซักถามข้อสงสัยอีกครั้งและให้คำปรึกษารายบุคคล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมและการเตรียมของใช้ผู้ป่วยที่จำเป็น พร้อมทั้งแนะนำกิจกรรมที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถมีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ไม่ขัดต่อแผนการรักษาและการให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1.3) ระยะหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลในประเด็นที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตยังสงสัย ดูแลเรื่องความสบายของญาติผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆที่อำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ป่วย อาทิเช่น ห้องน้ำ ร้านค้าสวัสดิการ สถานที่พักผ่อนของญาติ

ผู้ป่วย เป็นต้น และให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2) กิจกรรมการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้กำลังใจ การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ญาติ เสนอตัวเข้าช่วยเหลือญาติด้วยความเต็มใจ ให้คำแนะนำเรื่องการบริหารเวลา แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ การผลัดเปลี่ยนเวรเฝ้าไข้ผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ เพื่อนๆ และญาติผู้ป่วยวิกฤตท่านอื่นๆ เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3) กิจกรรมการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก เมื่อญาติร้องไห้หรือโกรธไม่ห้ามการร้องไห้หรือหยุดอารมณ์โกรธ ส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนญาติ ยอมรับและเข้าใจความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม พร้อมทั้งสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งมอบแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติหอผู้ป่วยไอซียู เพื่อให้ญาตินำไปอ่านทบทวนและส่งเสริมให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 เริ่มในวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู กิจกรรมครั้งนี้ เน้นการให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยให้ญาติผู้ป่วยได้สอบถามรายละเอียดข้อมูลที่สงสัย และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลาย พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ญาติผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที



กิจกรรมครั้งที่ 3 เริ่มในวันที่ 4 ที่ผู้ป่วยวิกฤติ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู กิจกรรมครั้งนี้ เน้น การสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤติ เช่นเดียวกับครั้งที่ 2 เพิ่มเติมในส่วนของการประเมิน ความเครียด วัดความวิตกกังวล และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัย ประยุกต์ขึ้น พร้อมทั้งให้ญาติแสดงความคิดเห็นให้ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการ ความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบ ความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทาง คอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิง ปริมาณว่ามีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) หรือไม่โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัว แบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ใช้สถิติ เชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วย สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติ ผู้ป่วยวิกฤติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ ความเครียด ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของญาติ ผู้ป่วยวิกฤติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ ความเครียด ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ และระดับความพึงพอใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรอง เลขที่ SKN REC 2023-025

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: พบว่าส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย 47.2 ปี (S.D.=12.9 ปี) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 90.0 จบการศึกษาระดับชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 53.3 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวิกฤตคือเป็นบุตร ร้อยละ 53.3 ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการ รักษาใน หอผู้ป่วยไอซียูส่วนใหญ่คือ ติดเชื้อในกระแส เลือดชนิดรุนแรง ร้อยละ 53.3

ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติ ผู้ป่วยวิกฤต: ผลการประเมินความเครียดของญาติ ผู้ป่วยวิกฤต พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับ ความเครียดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ เครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และเครียดระดับ มาก ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 60.0 และมีความเครียดระดับเล็กน้อยร้อยละ 40.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเครียดของญาติผู้ป่วย วิกฤตก่อนและหลังการทดลองแบ่งตามระดับ

ความเครียด

ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	2	6.7	12	40.0
ปานกลาง	10	33.3	18	60.0
มาก	7	23.3	0	0.0
มากที่สุด	11	36.7	0	0.0

ส่วนผลการประเมินความวิตกกังวลพบว่า ก่อนการทดลองญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลใน ระดับมาก ร้อยละ 93.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.7 หลัง การทดลองพบว่ามีความวิตกกังวลในระดับต่ำ ร้อยละ 96.7 แต่ยังคงมีความวิตกกังวลในระดับมากอยู่ร้อยละ 3.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการทดลองแบ่งตามระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำมาก	0	0.0	0	0.0
ต่ำ	2	6.7	29	96.7
มาก	28	93.3	1	3.3
มากที่สุด	0	0.0	0	0.0

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.358$, $p<0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($t=15.220$, $p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความเครียด	8.23	2.47	4.57	1.22	29	11.358	<0.001
ความวิตกกังวล	45.27	4.02	34.50	1.99	29	15.220	<0.001

ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด: ความพึงพอใจโดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.18$, S.D.=0.68) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการช่วยเหลือให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.27$, S.D.=0.69) รองลงมาคือด้านด้านการช่วยให้ญาติมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.25$, S.D.=0.68) และด้านการช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.07$, S.D.=0.66) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความวิตกกังวลหลังจากที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งญาติผู้ป่วยวิกฤตพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของ

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ รวมถึงการศึกษาของนิรมนต์ เหลาสุภาพและคณะ⁶ ที่พบว่าคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาอสิริย์ ศรีศุภโอฬารและนรลักษณ์ เอื้อกิจ⁸ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองต่อความต้องการสมาชิกครอบครัวมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ได้รับอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุล ลดความเครียดและความวิตกกังวลได้โดยอาศัย 3 องค์ประกอบตามแนวคิดของอากิลเลรา¹² ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และส่งเสริมการใช้กลไกการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนให้ญาติรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงเป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเข้าใจในโรค และแผนการรักษาผู้ป่วยวิกฤต สามารถประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย และมีความคาดหวังที่ตรงกับความเป็นจริงตามอาการของผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนสามารถยอมรับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทั้งในด้านอาการดีขึ้นและอาการแย่ลง การสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตแก่ญาติตามความเป็นจริงโดยใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตลงได้ นอกจากนี้การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพด้วยการสนับสนุนและให้กำลังใจ ใช้เทคนิคการเสริมคุณค่าในตัวเอง และการเสริมแรงบวก คอยสนับสนุนญาติผู้ป่วยวิกฤตทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์และด้าน

จิตวิญญาณ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องได้รับ เพื่อให้สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีจิตใจเข้มแข็งขึ้น สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตให้ใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ในขณะนั้นเป็นวิธีการที่ทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสบายใจขึ้น ลดความเครียดลงได้ และในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมทักษะผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดการปรับตัวเข้าสู่สมดุลของอากิลเลรา¹² สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยแผนกอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยการจัดการอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียูหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อนำไปจัดการความเครียดไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.ปฐมวดี สิงห์ตงและชนกพร จิตปัญญา. ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. ราชบัณฑิตยสาร 2555,18(3), 404-417.
- 2.วิจิตรา กุสุมภ์และสุนันทา ครอบงม. ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. วารสารพยาบาล 2563, 69(3), 53-61.
- 3.Lazarus & Folkman. Coping and adaptation in handbook of behavioral medicine. New Yourk: Guilfort pres;1984.
- 4.Vlake, J. H., van Genderen, M. E., Schut, A., Verkade, M., Wils, E. J., Gommers, D., & van Bommel, J. Patients suffering from psychological impairments following critical illness are in need of information. Journal of Intensive Care, 8(6), 1-10.
- 5.สุมีนา บุญแก้วและจิราภา ณฑกุล. การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2558, 29(3),439-447.

- 6.นิรมนต์ เหล่าสุภาพ, สุปรีดา มั่นคงและยุพิน ศิริโพธิ์งาม. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2557,20(1),67-81.
- 7.สุมาลีตา สวัสดิ์นันท. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2555.
- 8.อิสริย์ ศรีสุภโอรสและนรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2557
- 9.พรพิมล ไพเมื่อง, บุญทิพย์ สิริรังศรี, รัชณี นามจันทรา และจอนพะจง เพ็งจาด. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565,38(1), 136-146.
- 10.Miracle VA. Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. Dimens Crit Care Nurs 2006;25(3),121-125.
- 11.Losawaskul S, Puengchompoo W. Needs of relative caregivers in critically coronary artery disease patients. Nursing Journal 2006,33(1),72-83. (in Thai).
- 12.Aguilera DC. Crisis intervention. In: Birkhead, LM, editor. Psychiatric/mental health Nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott;1989, 229-250.
- 13.นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สาตร์เพชร และญาดา นภาพารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2566. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
- 14.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST-5) [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566. แหล่งข้อมูล <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18>
- 15.ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย;2534.
- 16.เกษร ปัญญาใส. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักทั่วไปโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2553.



การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

GUIDELINES DEVELOPMENT SURVEILLANCE HYPOGLYCEMIA PREGNANCY WITH CESAREAN SECTION SURGERY AT BANPHUE HOSPITAL, UDONTHANI PROVINCE.

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

ประครอง ไบงาม¹

Prakrong Baingam¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) สองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยวัดผลจำนวน 1 ครั้งหลังการทดลอง (The Two-Group Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 124 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลศึกษา พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 62.58 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.44 คะแนน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 106.87 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.23 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ย DTX หลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย DTX เท่ากับ 44.29 mg/dL (p-value <0.001, 95%CI = 42.79 – 45.80)

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, น้ำตาลในเลือด

ABSTRACT

This research used a quasi-experimental study, The results were measured one time after the experiment, The Two-Group Posttest Design. The samples were divided into two groups, the comparison group and the experimental group, 124 people each. Data were analyzed used descriptive statistics. And analyzing the mean after the experiment used independent sample t-test, the level of statistical significance was set at 0.05.

The results of the study showed that the comparison group and the experimental group showed that the mean result of the development of guidelines for monitoring hypoglycemia in pregnant women undergoing caesarean section was 62.58 mg/dL, with a standard deviation of 5.44 points. And the experimental group had the mean result of developing guidelines for monitoring hypoglycemia in pregnant women undergoing caesarean section, mean 106.87 mg/dL, standard deviation 7.23 points. This compared the mean difference. The comparison group and the experimental group found that the mean DTX after the experiment increased more than before the experiment. Statistically significant at 0.05, after the experiment. After the experiment, the mean DTX increase was 44.29 mg/dL (p-value <0.001, 95%CI = 42.79 – 45.80).

Keyword : Pregnant Woman, Cesarean Section Surgery, Blood Sugar

¹โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เกิดจากความไม่สมดุลของกลูโคสที่รับกับการนำกลูโคสไปใช้ไม่เหมาะสม ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำส่งผลกระทบต่อทารกอาจมีภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะหายใจลำบาก ออกซิเจนในเลือดต่ำ อุดมหมึกายต่ำ หัวใจเต้นช้าลงและอาจหยุดหายใจได้ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบการเกิดในทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมากกว่าทารกที่เกิดจากการคลอดปกติ

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดสามารถส่งผลกระทบต่อระยะยาวต่อระบบประสาททำให้สติปัญญาเสื่อมลง (cognitive neurogenic dysfunction) ¹ ขณะเดียวกันมีผลต่อการตอบสนองต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจมีการทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูงอายุ² ส่งผลกระทบต่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่น ST และ QT interval ที่ยาวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจช่วง repolarization เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายและเพิ่มโอกาสของการเสียชีวิตได้³

โรงพยาบาลบ้านฝ้อเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 มีสูติแพทย์ 2 คน มีหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดในปีงบประมาณ 2563 ถึง 2565 มีจำนวน 397, 346, 313 ตามลำดับ เฉลี่ย 352 คนต่อปี และ 29 คนต่อเดือน ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่วิสัญญีพยาบาล ได้พบเหตุการณ์หญิงตั้งครรภ์มีอาการเหงื่อออก หิว หมดสติ ร้องไห้ห้องผ่าตัด ภาวะคลื่นหัวใจผิดปกติขณะผ่าตัด และขณะดูแลที่ห้องพักร้อนมีอาการร้อนตามร่างกายมีเหงื่อกร่วมด้วย หาสาเหตุพบว่ามีความน้ำตาลในเลือดต่ำ รายงานแพทย์แก้ไขสาเหตุโดยให้ 50 % glucose 50 ml ทางเส้นเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ คลื่นหัวใจกลับมาเป็นปกติ อาการเหนื่อยเหมือนหายใจไม่สะดวกหายเป็นปกติ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำไม่มีโรคประจำตัว ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติหน้าที่วิสัญญีพยาบาล มีหน้าที่ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การรับรู้ความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด การ

เฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะผ่าตัดหลังผ่าตัดและติดตามอาการหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ได้สนใจการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดแบบไม่ฉุกเฉิน โดยการให้น้ำหวานดื่มก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก 2 ชั่วโมง และหลังทารกคลอดให้สารน้ำที่มีกลูโคสเป็นองค์ประกอบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ทราบภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอด
2. มีการพัฒนาเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นใช้รูปแบบการศึกษาทดลอง (Quasi-Experimental Study) สองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัดผลจำนวน 1 ครั้งหลังการทดลอง (The Two-Group Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 124 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 13 ข้อ เพื่อประเมินและค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลก่อนเข้ารับการผ่าตัด จำนวน 3 ข้อ เพื่อประเมินระยะเวลางดน้ำและอาหารพร้อมการได้รับสารอาหารหรือกลูโคสทดแทน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลขณะผ่าตัดคลอดและอยู่ในห้องพักร้อน จำนวน 3 ข้อ เพื่อติดตามอาการสัญญาณชีพ และระดับน้ำตาลในเลือด โดยเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลหลังการผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด ทำให้ทราบปัญหาหรือ



อุปสรรค พร้อมได้รับข้อเสนอแนะจากหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด หัวใจการดูแลหรือแก้ไขในครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม และรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธี IOC ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่า Reliability ของแบบสอบถามครั้งนี้ = 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบ โดยใช้ Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

กับหญิงตั้งครรภ์เตรียมการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน ที่โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป สรุปข้อมูลผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

ค่า DTX กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 62.58 mg/dL, S.D. = 5.44, Min = 46, Max = 73 และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 106.87 mg/dL, S.D. = 7.23, Min = 82, Max = 121) ตามลำดับ

อายุ (ปี) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 27.02 ปี, S.D. = 5.25 ปี, Min = 14 ปี, Max = 41 ปี และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 27.34 ปี, S.D. = 5.77 ปี, Min = 18 ปี, Max = 42 ปี ตามลำดับ

น้ำหนัก (กก.) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 71.26 กก., S.D. = 11.07 กก., Min = 50.0 กก., Max = 111.0 กก. และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 71.82 กก., S.D. = 10.69 กก., Min = 36.9 กก., Max = 104.0 กก.) ตามลำดับ

BMI กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 28.03, S.D. = 3.66, Min 19.50, Max = 35.20 และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 28.76, S.D. = 3.30, Min = 15.10, Max = 35.00) ตามลำดับ

urine SG กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีผล negative ร้อยละ 83.9 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีผล negative ร้อยละ 100 ตามลำดับ

FBS ฝากครรภ์ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีผล Normal ร้อยละ 100

Hx_U/D กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีผล negative ร้อยละ 100 ตามลำดับ

Hx_ทางพันธุกรรม กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ปฏิเสธ ร้อยละ 88.7 และ

89.5 **อาหารที่ชอบ** กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่กินปกติ ร้อยละ 82.3 และ 83.9 รองลงมาคือผลไม้ ร้อยละ 10.5 และ 6.5 ตามลำดับ

การใช้สารเสพติด กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 97.6

NPOtime (ชม.) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ย = 13.44, S.D. = 2.75, Min = 8, Max = 22) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 2.0, S.D. = 0.0, Min -, Max = 2 ตามลำดับ

ออกกำลังกาย กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ปฏิเสธ ร้อยละ 89.5 และ 83.0 รองลงมา คือออกตาม YouTube ร้อยละ 7.3 และ 8.9 และเดินจนเหนื่อย ร้อยละ 3.2 และ 8.1 ตามลำดับ

ยาที่รับประทานต่อเนื่อง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ปฏิเสธรับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 100

อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ มีอาการปวดศีรษะ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม ปฏิเสธอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 83.1 ตามลำดับ

เหงื่อออกจะรับประทานอาหาร กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ปฏิเสธการรับประทานอาหาร ร้อยละ 84.7 และ 79.8 รองลงมา จะดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 13.53 และ 20.2 ตามลำดับ

หิวบ่อยจะรับประทานอาหาร กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ปฏิเสธ ร้อยละ 71.8 และ 64.5 รองลงมา จะทานข้าว ร้อยละ 17.6 และ 17.7 ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบกินขนม ร้อยละ 6.5 ส่วนกลุ่มทดลอง กินกล้วยเดี่ยว ร้อยละ 14.5 ตามลำดับ

การดูแลขณะผ่าตัด กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ให้ Glucose ร้อยละ 95.5 รองลงมา ให้ 5%DN/2 ร้อยละ 4.5 และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ให้ 5%DN/2 ร้อยละ 100

ปัญหาหรืออุปสรรคระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจิบน้ำหวานได้ ร้อยละ 100

ดูแลตัวเองเมื่ออาการผิดปกติ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ไปทำการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 66.1, 60.5 และ รองลงมา ไปรับการรักษาที่รพ.สต. ร้อยละ 25.0, 29.0 และไปรับการรักษาที่คลินิก ร้อยละ 8.9, 10.5 ตามลำดับ

BP ตัวบน (ม.ม.ปรอท) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 127.15, S.D. = 17.16, Min 91, Max = 168 และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 125.12, S.D. = 13.46, Min = 96, Max = 166) ตามลำดับ

BP ตัวล่าง (ม.ม.ปรอท) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 78.41, S.D. = 11.12, Min 46, Max = 105 และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 72.52, S.D. = 9.98, Min = 50, Max = 98) ตามลำดับ

Pulse (ครั้งต่อนาที) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 86.84, S.D. = 11.776, Min 57, Max = 111 และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 85.42, S.D. = 10.69, Min = 62, Max = 118) ตามลำดับ

อัตราการหายใจ (RR) (ครั้งต่อนาที) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 18.89, S.D. = 1.36, Min 16, Max = 22 และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย = 18.35, S.D. = 0.77, Min = 18, Max = 20) ตามลำดับ

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีผล normal ร้อยละ 99.2 และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีผล normal ร้อยละ 100

2. สรุปภาวะน้ำตาลต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับระดับ DTX อยู่ระดับต่ำ (70-110 mg/dL) ร้อยละ 100 (ค่าเฉลี่ย = 62.58, S.D. = 5.44, Min = 46, Max = 73) และกลุ่มทดลอง มีระดับ DTX อยู่ระดับต่ำ (70-110 mg/dL) ร้อยละ 68.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 106.87, S.D. = 7.23, Min = 82, Max = 121) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปภาวะน้ำตาลต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ระดับ DTX	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=124)		กลุ่มทดลอง (n=124)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (70-110 mg/dL)	124	100	85	68.5
ปานกลาง (111-130)	0	0.0	39	31.5
	ค่าเฉลี่ย = 62.58		ค่าเฉลี่ย = 106.87	
	S.D. = 5.44		S.D. = 7.23	
	Min = 46		Min = 82	
	Max = 73		Max = 121	

3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 62.58 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.44 คะแนน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ

ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 106.87 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.23 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ย DTX หลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย DTX เท่ากับ 44.29 mg/dL (p-value <0.001, 95%CI = 42.79 – 45.80) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	95%CI	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ	124	62.58	5.447.23	58.23	44.29	42.79 – 45.80	<0.001*
กลุ่มทดลอง	124	106.87					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 62.58 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.44 คะแนน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 106.87 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.23 คะแนน เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ย DTX หลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย DTX เท่ากับ 44.29 mg/dL (p-value <0.001, 95%CI = 42.79 – 45.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ชูชื่น, น้ำอ้อย รักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2557)⁴ ที่พบว่า หญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิ สว่าง, ยุวดี บุญเนา และปาริชาติ ญาตินิม (2563)⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดต่ออัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 46 คน ผลการศึกษาพบว่า โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (Pair t-test) ผลการวิจัย พบว่า แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (scores 0-4) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.52) ไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง (scores 5-12) จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 78.26) เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด 1 ครั้ง กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (scores 13-18) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 15.22) เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด 14 ครั้ง ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล พบว่ากลุ่มเสี่ยงมากมีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 กลุ่มเสี่ยงเล็กน้อยและกลุ่มเสี่ยงปานกลางไม่มีความแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อติมา ศรีสมบูรณ์ และคณะ (2564)⁶ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.006) กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.030) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการดูแลตนเองสามารถนำไปใช้กับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์

สามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ การเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางศัลยกรรม อายุรกรรม ภาวะเครียด ฯลฯ ดังนั้นควรนำโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ไปใช้ร่วมในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดร่วมกับประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและสามารถแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำสำหรับหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งยังสามารถช่วยให้แพทย์ผู้รับผิดชอบ และพยาบาลมีแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดต่อเนื่อง และท้ายสุดสามารถดูแลและสามารถแก้ไขหากเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดขึ้นนำไปสู่คุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดและมีการประเมินผลของการพัฒนารูปแบบในหอผู้ป่วยในอื่นๆ เช่น ศัลยกรรมชาย อายุรกรรม สูติกรรม หรือนรีเวชกรรม ฯลฯ เพื่อประสิทธิภาพรูปแบบ และการสร้างรูปแบบการดูแลภาวะน้ำตาลต่ำในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานทางการแพทย์สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ทางด้านการพยาบาลของหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อหวังผลในการดูแลภาวะดังกล่าวครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารโรงพยาบาล โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่าน หญิงตั้งครรภ์ที่ยินดีให้ความร่วมมือเป็นอย่างในการวิจัยในครั้งนี้



การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

GUIDELINES DEVELOPMENT SURVEILLANCE HYPOGLYCEMIA PREGNANCY WITH CESAREAN SECTION SURGERY.

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

ประครอง ไบงาม¹
Prakrong Baingam¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) สองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยวัดผลจำนวน 1 ครั้งหลังการทดลอง (The Two-Group Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 124 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลศึกษา พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 62.58 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.44 คะแนน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เฉลี่ย 106.87 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.23 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ย กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ย DTX หลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย DTX เท่ากับ 44.29 mg/dL (p-value <0.001, 95%CI = 42.79 – 45.80)

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, น้ำตาลในเลือด

ABSTRACT

This research used a quasi-experimental study, The results were measured one time after the experiment, The Two-Group Posttest Design. The samples were divided into two groups, the comparison group and the experimental group, 124 people each. Data were analyzed used descriptive statistics. And analyzing the mean after the experiment used independent sample t-test, the level of statistical significance was set at 0.05.

The results of the study showed that the comparison group and the experimental group showed that the mean result of the development of guidelines for monitoring hypoglycemia in pregnant women undergoing caesarean section was 62.58 mg/dL, with a standard deviation of 5.44 points. And the experimental group had the mean result of developing guidelines for monitoring hypoglycemia in pregnant women undergoing caesarean section, mean 106.87 mg/dL, standard deviation 7.23 points. This compared the mean difference. The comparison group and the experimental group found that the mean DTX after the experiment increased more than before the experiment. Statistically significant at 0.05, after the experiment. After the experiment, the mean DTX increase was 44.29 mg/dL (p-value <0.001, 95%CI = 42.79 – 45.80).

Keyword : Pregnant Woman, Cesarean Section Surgery, Blood Sugar

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เกิดจากความไม่สมดุลของกลูโคสที่ได้รับกับการนำกลูโคสไปใช้ไม่เหมาะสม ภาวะน้ำตาลใน

เลือดต่ำส่งผลกระทบต่อทารกอาจมีภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะหายใจลำบาก ออกซิเจนในเลือดต่ำ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้าลงและอาจหยุดหายใจได้ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบการเกิดในทารกที่

¹โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี



ผลโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่
เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

The Effects of Health Education Program for aimed to examine the Effects of the Modifying
Smoking Behavior on Quitting Smoking Behaviors of Smokers
in Area of Nongbua Health Promoting Hospital, Mueang District, Udonthani Province

(Received: May 1, 2023 ; Revised: May 29, 2023 ; Accepted: May 31, 2023)

กัญญภัค สุวรรณศรี¹

Kanyaphak Suwannasri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูบบุหรี่ จำนวน 40 คน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 6 เดือน รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยมีรูปแบบการวัดสองครั้ง The One-Group Pre test-Post test เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมกราคม - มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาในการแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานใช้ Paired t-test ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon Signed Rank Test ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่โดยรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผลโปรแกรมสุขศึกษา, พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว

Abstract

This research is quasi-experimental research. The samples comprised 40 smokers in area of Nongbua Health Promoting Hospital, Mueang District, Udonthani Province. The samples is the experimental group. The experimental group received the health education program which applied based on Health Belief Model and Social Support Concept for 6 months. Data were collected by questionnaires. Data were collected by inside the group of the experimental group, pre-test and post-test. The data had been collected for 6 months from January to June 2022. Statistical was analyzed by descriptive statistic namely percentage, mean and standard deviation and inferential statistic Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon signed ranks test.

The results of this research were 1) the experimental group got higher scores of Knowledge about Cigarettes and Perceived of Health Belief Model than the pre test statistical significance by .05 2) the experimental group got higher scores of Quitting Smoking Behaviors than the pre test statistical significance by .05

Keyword: Health education program, Quitting Smoking Behaviors, Nongbua Health Promoting Hospital

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



บทนำ

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมากมาย องค์การอนามัยโลก²⁶ กล่าวว่า การแพร่ระบาดของบุหรี่เป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก พบว่า มีการเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนต่อปี ซึ่ง 5 ล้านคนมีสาเหตุการเสียชีวิตจากการใช้ยาสูบโดยตรง และในขณะที่กว่า 600,000 คน เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่แต่มีความสัมพันธ์กับผู้สูบบุหรี่ จึงทำให้ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ มีสอง และพบว่า มากกว่า 1,000 ล้าน คนทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและมีรายได้ปานกลาง²¹ ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นลงประมาณ 10 -13 ปี และส่งผลกระทบทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ โรคเส้นเลือดตีบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ และการอุดตันของเส้นโลหิต¹⁷ ทั้งนี้พฤติกรรมสูบบุหรี่และเสพติดบุหรี่ ส่วนใหญ่เกิดจากการออกฤทธิ์ของนิโคติน (Nicotine) ที่ส่งผลกระทบต่อกลไกการทำงานของระบบสมองส่วนอารมณ์ (Limbic System) เพราะสารนิโคตินในควันบุหรี่เป็นสารที่ไปกระตุ้นระบบประสาท เมื่อผู้สูบบุหรี่มีการสูดควันบุหรี่ เข้าไป สารนิโคตินก็จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วและแพร่ผ่านโครงสร้างกั้นระหว่างเลือดและสมอง ทำให้เกิดอารมณ์สุขเมื่อหยุดสูบบุหรี่ สารสื่อประสาทในสมองที่เป็นผลจากฤทธิ์ของนิโคตินมีระดับลดลงทำให้อารมณ์สุขหายไป แล้วเกิดอาการขาดนิโคติน โดยจะมีอาการแสดง คือกระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย อารมณ์เสียง่ายจึงทำให้ที่เสพติดบุหรี่ต้องสูบเป็นประจำและเลิกได้ยาก¹⁵

จากการสำรวจสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ พ.ศ. 2564 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ 569 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของประชากร มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองในครัวเรือนกว่า 4,000 คน คิดเป็นร้อยละ 42 มีหญิงตั้งครรภ์เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ 15 คนและ 1 คน สูบบุหรี่เคยเลิกบุหรี่หลายครั้ง แม้จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้อย่างน้อย การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพและการ

สนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากการศึกษาของ สุเทพ ทักษิณาเจนกิจ²⁰ และ ประพนธ์ สังข์สุวรรณ⁹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถึงโทษของบุหรี่อยู่ในระดับสูงแต่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ส่วนด้านความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้ตระหนักหรือเกรงกลัวโทษ หรืออันตรายอันเกิดจากการสูบบุหรี่ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²⁰ และด้านการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การศึกษาของจิตรรา จินารัตน์³ และอารีย์ พรหมไม้²³ พบว่าการมีส่วนร่วม ส่งเสริมและสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคือโรงพยาบาลมีส่วนร่วมช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในด้านการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเพื่อน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาของนิทรา วรรณรัตน์⁷ และสายรุ้ง โพธิ์เชิด¹⁹ พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ใช้ บริการอดบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ได้แก่ ผู้ใกล้ชิดบอกให้เลิกสูบ กลุ่มเพื่อน การได้แบบอย่างที่ดีจากพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่และครูที่ไม่สูบบุหรี่ หรือได้รับการอบรมจากครู ที่ทำให้มีความเชื่อเรื่องโทษของบุหรี่ และสามารถเลิกสูบบุหรี่เพราะบิดามารดา ญาติพี่น้อง อาจารย์ เพื่อน และคนรักแนะนำให้งดสูบบุหรี่ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ของ Becker and Maiman²⁵ ซึ่งมีสมมติฐานว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัวรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึง บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ โดยแบบแผนความเชื่อสุขภาพ 4 องค์ประกอบได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ 4 องค์ประกอบมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ การให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่ การให้คู่มือสำหรับการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลซึ่งได้มีผู้พยายามให้ความรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดต่อสุขภาพ ผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ เพื่อมุ่งหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการป้องกันที่อาจเกิดขึ้นตามมามากมาย แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่พอเพียงที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเรื่อง ที่ซับซ้อนและอาจมีอิทธิพลภายในของแต่ละบุคคลด้วย มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมช่วยในกระบวนการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งเมื่อสิ้นสุดโครงการ ได้รูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่อันเป็นประโยชน์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการส่งเสริมให้เป็นชุมชนส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

สมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 3 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 4 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลิกบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 5 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 6 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินการวัดผลก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูบบุหรี่ จำนวน 40 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม⁵ เป็นเวลา 6 เดือน รวบรวมข้อมูลก่อนและ



หลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยมีรูปแบบการวัด
สองครั้ง The One-Group Pre test-Post test

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามซึ่ง ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.2 ความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับบุหรี่

1.3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

1.5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการเลิก

สูบบุหรี่ คือ แบบการให้แรงสนับสนุนทางสังคม
(Check List)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย

แบบสังเกตการปฏิบัติตัวของผู้สูบบุหรี่โดยจะเก็บ
ข้อมูลในช่วงที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้การสนับสนุนทาง
สังคมของผู้สูบบุหรี่ เพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตน
(ด้านบุคคล) ในการเลิกสูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็น 3
ส่วน ดังนี้คือส่วนที่หนึ่ง การจัดโปรแกรมการให้สุข
ศึกษา 3 ครั้ง ส่วนที่สอง การให้แรงสนับสนุนทาง
สังคม 9 ครั้ง

การตรวจสอบเครื่องมือ

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
ความรู้เรื่องบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมา
สร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดย
กำหนดเนื้อหา ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ขั้นที่ 2 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจสอบความถูกต้องความตรงเชิงเนื้อหา
(Content Validity) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง
แก้ไขตามที่ได้รับคำแนะนำก่อนนำไป Try out

ขั้นที่ 3 ทดสอบคุณภาพแบบสอบถาม (Try
out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ ผู้สู
บบุหรี่ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัด
อุดรธานีจำนวน 2 แห่งๆละ 15 คนรวม 30 คน

ขั้นที่ 4 นำแบบสอบถามที่นำไปทดลองแล้ว
มาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

4.1 ความยากง่าย

(Difficulty) แบบสอบถามความรู้ ทดสอบความ
ยากง่ายของข้อคำถาม กำหนดให้ดัชนีความยาก
ง่าย (Index of Difficulty) มีค่าอยู่ระหว่าง
0.2-0.8 และทดสอบความเที่ยงโดยวิธีคูเดอร์-ริ
ชาร์ดสัน (Kuder Richardson)²⁴ โดยใช้สูตร KR-
20 เมื่อทดสอบคุณภาพแบบสอบถาม (Try out)
ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ได้ค่าดัชนีความยากง่าย
(Index of Difficulty) เท่ากับ 0.3

4.2 คำนวณค่าความเที่ยง

(Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของ ครอนบาช (Cronbach's Alpha
Coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้อยู่ระหว่าง 0-1
ค่าที่เข้าใกล้ 1 มีความเที่ยงของความสอดคล้อง
ภายในสูงแสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดได้ใน
เนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องทุกข้อ ผลการ
วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงการ
เป็นโรคจากการสูบบุหรี่ได้ค่าเท่ากับ 0.80
- การรับรู้ความรุนแรงของ
การสูบบุหรี่ได้ค่าเท่ากับ 0.80
- การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ ได้ค่าเท่ากับ 0.83
- การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสู
บบุหรี่ ได้ค่าเท่ากับ 0.80
- การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ได้ค่า
เท่ากับ 0.81
- การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าเท่ากับ
0.80

ขั้นที่ 5 นำแบบสอบถามที่แก้ไข
ปรับปรุงแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมกลุ่ม

หลังจากเตรียมสถานที่ในการดำเนินการ
วิจัย ในกลุ่มทดลองมีการเตรียมกลุ่มเพื่อ

ดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนะนำ
รายละเอียดของโครงการให้กลุ่มทดลองเข้าใจและ
ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

ขั้นเก็บข้อมูล

ในกลุ่มทดลองจะมีการเก็บข้อมูลก่อนและ
หลังการทดลองตามแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูล
ครั้งแรกเมื่อดำเนินการให้โปรแกรมสุขศึกษาและ
ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 5 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์
ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและภายหลัง
การทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test ในกรณี
ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon Signed
Rank Test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ
ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พร้อมทั้งคำนวณ 95% CI

3. ข้อมูลที่ได้จากวิธีการรวบรวมข้อมูลเชิง
คุณภาพ ซึ่งได้แก่ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์
ปฏิบัติในขณะเยี่ยมบ้านเพื่อให้การสนับสนุนทาง
สังคม ก่อน และหลังทดลอง นำมาแยกเป็น
หมวดหมู่และทำการวิเคราะห์จากเนื้อหา
(Content analysis) เพื่อบรรยายสรุปเชื่อมโยง
ความสัมพันธ์ในประเด็นที่ศึกษา และอธิบาย
เหตุผลเสริมในบางประเด็นของข้อมูลเชิงปริมาณ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยต่อ
ผู้อำนวยการกองการแพทย์ เพื่อพิจารณา
ตรวจสอบและขออนุญาตดำเนินการวิจัย ในการนี้
ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการ
วิจัย ในมนุษย์ 3 ประการคือ 1)หลักความเคารพใน
บุคคล (Respect for Person) 2) หลัก
คุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence)
และ3)หลักยุติธรรม (Justice)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากร

1.1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและเศรษฐกิจ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่าง กลุ่มทดลองได้ตอบแบบสอบถามด้าน
ข้อมูลทั่วไป จำนวน 40 คน พบว่ามีอายุระหว่าง
51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาอายุ
61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 22 อายุระหว่าง 31
– 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่กลุ่ม
ทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 90 และเพศหญิงร้อย
ละ 10 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 52.5 ระดับ
การศึกษา ส่วนใหญ่เรียนจบประถมศึกษา ร้อยละ
77.5 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ
12.5 มีอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 45
รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 32.5 รายได้เฉลี่ย
เดือนละ 500 – 5,000 บาท ร้อยละ 72.5
รองลงมา 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 15

1.2 ข้อมูลเรื่องการสูบบุหรี่

- ส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 1 – 10
มวน ร้อยละ 65 รองลงมา สูบบุหรี่วันละ 11 –
20 มวน ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่
อายุ 11 – 20 ปี ร้อยละ 52.5 รองลงมาอายุ 21
– 30 ปี ร้อยละ 30

- ระยะเวลาในการสูบ ส่วนใหญ่
สูบบุหรี่มานาน 11 – 20 ปี ร้อยละ 27.5
รองลงมาสูบบุหรี่มานาน 31 – 40 ปี ร้อยละ 20.5

- สาเหตุที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยากลองร้อย
ละ 34.5 รองลงมาเพื่อนสูบบุหรี่ ร้อยละ 25.0

- สาเหตุที่อยากเลิกบุหรี่ ส่วน
ใหญ่คิดว่าไม่ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 67.5 รองลงมา
เพื่อคนในครอบครัว ร้อยละ 25

- ตั้งแต่ท่านงดสูบบุหรี่ท่านได้ลด
ปริมาณการสูบหรือไม่ ส่วนใหญ่ลดปริมาณการสูบ
ลงต่อวัน ร้อยละ 67.5 รองลงมาเมื่อไหร่ที่อยากสูบ
ก็จะกินน้ำหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง ร้อยละ 22.5

- ปัจจุบันมีโรคประจำตัว ส่วน



ใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.5 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.5

- ชนิดของบุหรี่ยี่สิบ ส่วนใหญ่จะเป็นบุหรี่ยี่สิบมวนเอง ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือบุหรี่ยี่สิบโรงงานไทย ร้อยละ 40

- เมื่อมีปัญหาคือมีเรื่องไม่สบายใจจะขอคำปรึกษาจากใครมากที่สุด ส่วนใหญ่จะปรึกษาภรรยา ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ มารดา ร้อยละ 25

- กิจกรรมที่ท่านชอบทำยามว่าง ส่วนใหญ่จะดูโทรทัศน์ ร้อยละ 28.09 รองลงมาคือ อ่านหนังสือ, ฟังเพลง ร้อยละ 17.98

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p - value
	Mean	Median	Mean	Median	
	(SD)	(IQR)	(SD)	(IQR)	
กลุ่มทดลอง	4.45	4.00	8.02	8.00	< 0.001
	0.90	0.14	0.76	0.12	

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 16.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.3 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.37 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.25 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .012$)

การรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.76 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 15.17 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมี

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$)

การรับรู้ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.13 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.67 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p – value
	Mean	Median	Mean	Median	
	(SD)	(IQR)	(SD)	(IQR)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	16.27 2.37	16.0 0.37	17.37 1.25	17.00 0.19	0.012
การรับรู้ความรุนแรง	13.77 1.76	13.0 0.27	15.17 2.37	14.50 0.37	0.001
การรับรู้ผลดี	13.70 1.92	14.0 0.30	16.40 2.13	16.0 0.33	0.001
การรับรู้ต่ออุปสรรค	12.67 0.94	13.0 0.15	16.0 1.63	17.0 0.26	< 0.001

4. ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย = 19.72 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.27 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.95 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.48 เมื่อ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($p = 0.014$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง

ปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p – value
	Mean	Median	Mean	Median	
	(SD)	(IQR)	(SD)	(IQR)	
กลุ่มทดลอง	19.72 4.27	18.0 0.67	21.95 1.48	22.00 0.23	0.014

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับบุหรี่

จากผลการวิจัย ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในเรื่องความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับการบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ สิริปัญญา⁴ ที่ศึกษาเรื่อง



ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ การศึกษาของนายเจริญ จักรวาลชัยศรีและคณะ² ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของผู้ใช้แรงงานไทยในประเทศสิงคโปร์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะการงดสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะงดสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ที่ถูกต้อง และสามารถทำให้คนงานไทยเลิกสูบบุหรี่ได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.012$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากการให้ความรู้โดยการใช้วีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือการสนทนากลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา โมฬี¹² ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษานักเรียนกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร้ายเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ มากกว่าเข้าร่วมโปรแกรมและ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 เนื่องจากการให้ความรู้โดยการใช้วีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือการสนทนากลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งราวรรณ พันธจักร¹³ ผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มี ต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธะคีรี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาดีกว่าก่อนได้ รับโปรแกรมสุขศึกษา หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของอานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปาก

มดลูก สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 4 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือ การสนทนาในกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามี การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 5 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือ การสนทนาในกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับ

บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 6 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.14$) ดังตารางที่ 3 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือ การสนทนาในกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ สิริปัญญา และ พรชัย สิริปัญญา⁴ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการงด สูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการวิจัยของ จริญญา จักรवालชัยศรี² ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของผู้ใช้แรงงานไทย ในประเทศสิงคโปร์ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภายหลังจาก



การจัดโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษา
คนงานไทยกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
ทัศนคติต่อการงดสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะงดบุหรี่
และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ถูกต้อง
มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1.1 ควรนำแนวทางที่ได้จากผลการวิจัย
มาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่
- 1.2 ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการ
อบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการให้ความช่วยเหลือใน
การเลิกสูบบุหรี่เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้
ทักษะรวมทั้งพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมการเลิก
บุหรี่
- 1.3 ควรสนับสนุนการเข้าถึงคลินิกเลิก
บุหรี่ของบุคลากรและผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่โดยมี
การประชาสัมพันธ์แหล่งประโยชน์จัดให้มีบริการสาย
ด่วนเลิกบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุข ให้แก่ผู้ที่
ต้องการเลิก สูบบุหรี่
- 1.4 ควรใช้โปรแกรมนี้นี้ควบคู่ไปกับการ

รักษา ทางยาด้วย

1.5 ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา
อย่างน้อย 1 - 2 ปี เพื่อดูความต่อเนื่องของการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 การเยี่ยมบ้านหากสามารถเยี่ยมได้ตั้งแต่
ก่อนวันเลิกบุหรี่จะสามารถช่วยลดอุปสรรคในการเลิก
บุหรี่และทำให้เกิดแรงสนับสนุนจากครอบครัวได้
มากกว่าการเยี่ยมเมื่อถึงเวลาเลิกบุหรี่แล้ว ดังนั้นหาก
มีการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาผลของการเยี่ยมบ้าน
เปรียบเทียบระยะก่อนและหลังการเลิกบุหรี่
- 2.2 การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นผลของโปรแกรมสุข
ศึกษาว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่
ได้มีการตรวจสอบสุขภาพก่อนการเลิกบุหรี่แต่ไม่มีการ
ตรวจสอบสุขภาพหลังการเลิกบุหรี่ หรือกระบวนการ
นำเอาผลการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพไปใช้
ประโยชน์ การศึกษาครั้งต่อไปอาจเปรียบเทียบภาวะ
สุขภาพก่อนและหลังการเลิกบุหรี่ตามกลุ่มอายุ
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ หรือในผู้ที่มีโรค และไม่มีโรค
ประจำตัวก็ได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กฤษณา ตรีเมธรัตน์.(2544).ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้าง ทักษะชีวิต ด้วยการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการ
ประถมศึกษาอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศึกษามหาบัณฑิต เอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- 2.จรัญ จักรวาลชัยศรี และคณะ .(2550).ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของผู้ใช้แรงงาน
ไทย ในประเทศสิงคโปร์ .วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม,21(2),55-64.
- 3.จิตรา จินรัตน์.(2545).การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล.การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต
นานาชาติครั้งที่ 8.
- 4.จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา.(2542). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการฝึกทักษะ
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาจังหวัดสงขลา .วารสารกรมการแพทย์
23(12),746-752.
- 5.ดารุณี คงผอม. (2540). การจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคปอดอักเสบ โดย
ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ให้กลุ่มทดลองมารดาที่มีบุตรอายุ
2-5 ปี จังหวัดพัทลุง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 6.ทิมศิริ เชาวสุก และคณะ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกสูบ



- บุหรี . พยาบาลสาร,35(4),67-76.
- 7.นิทรา วรรณรัตน์. (2539) ผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ในนักศึกษาชายวิทยาลัยเทคนิคกาญจนาบุรี .
วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
 - 8.ประกายทิพย์ พิชัย.(2559).การลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่ติดบุหรี่ โดยใช้การเปลี่ยนความคิดและการวาง
เงื่อนไขพฤติกรรม:การศึกษาคลื่นไฟฟ้าสมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยบูรพา.
 - 9.ประนอม สังข์สุวรรณ.(2545). ความรู้เจตคติและค่านิยมต่อการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลกระแจะ
อำเภอเมืองระยองจังหวัดระยอง, ศูนย์วิจัยผู้จัดการออนไลน์, กรุงเทพฯ.
 - 10.ประภาศรี ทุ่งมีผล และคณะ .(2548).การสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กก้อทิสติก.
Nursing Journal,34(4),64.
 - 11.พรพิมล พงษ์พัฒนาอำไพ .(2547). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โทษของสิ่งเสพติดและความต้องการ
เลิกใช้สิ่งเสพติดของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.มหาสารคาม:วิทยาลัย
พยาบาลศรีมหาสารคาม.
 - 12.มณฑา โมหี. (2541). ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย
มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชุมพร.วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 16(3), 176.
 - 13.รุ่งรารรณ พันธจักร. (2548). ผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความ
ดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธะศรี.วิทยานิพนธ์ ค.ม (สาขาการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.
 - 14.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี.(2565).รายงานสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ชุมชนหนองบัว 1-7.
เอกสารอัดสำเนา.
 - 15.วิทยา โฉมมงคล. (2551).ผลการใช้โปรแกรมการสร้างพลังเพื่อพัฒนาศักยภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นใน
การป้องกันการสูบบุหรี่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม.วารสารสุขภาพจิตภาคประชาชนภาคอีสาน,
22(8),17-26.
 - 16.วิเชียร อัครดากร. (2555). บุหรี่ นิโคตินกับสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2556.จาก
www.reocities.com/vichiena/nicotine.html
 - 17.ศิริพร จินดารัตน์,สุกัญญา โลจนากวีวัฒน์ และถนอมศรี อินทนนท์.(2554).การพัฒนาแนวปฏิบัติในการสนับสนุน
การเลิกบุหรี่ของผู้ใช้บริการคลินิกอดบุหรี่.วารสารสภาการพยาบาล,26(3),64-77.
 - 18.สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ.(2538).การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง . พยาบาลสาร,35(4),29-40.
 - 19.สายรุ้ง โพธิ์เชิด. (2538).เหตุผลของการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ วิทยาลัยเทคนิคเพชรบูรณ์ .
วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- 20.สุเทพ ทักษิณาเจนนิกจ. (2547). การศึกษาอัตราการติดสารนิโคตินและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ ประชากรที่ร่วมโครงการลด ละ เลิก บุหรี่ถาวรราชินี 72 พรรษา ในจังหวัดขอนแก่นสืบค้นเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2560, จาก http://www.trc.or.th/trcresearch.subpage/RS/TC_2550_48.pdf
- 21.เสาวลักษณ์ มะเหศวร.(2561).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 22.อานันตนา พรหมรังษี.(2552).ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ.
- 23.อารีย์ พรหมไม้.(2543). พฤติกรรม ความคิดเห็นความเชื่อต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย.กรุงเทพฯ: สถาบันประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 24.Kuder.(1993).การหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson Method) สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2565, จาก <http://www.wjai48.com/leriability/richardson.htm>
- 25.Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- 26.World Health Organization.(2015).Report on the global tobacco epidemic.Retire.สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565 จาก http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
Associated risk factors among anemia in pregnant women attending antenatal clinic
in Nam Phong Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: May 1,2023 ; Revised: May 17,2023 ; Accepted: May 20,2023)

ธัญญารัตน์ สิงห์แดง¹ ไพฑูรย์ พรหมเทศ²
Thanyarat Singdaeng¹ Phitool Promtes²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นงานวิจัยตามรุ่นย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 146 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายกลุ่มตัวอย่างและศึกษาความชุกด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณฮีโมโกลบิน 11.74 กรัมต่อเดซิลิตร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)เท่ากับ 1.25 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.2 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา (AOR 4.224, 95%CI 1.023,17.446) ($p=0.047$) , อาชีพว่างงานหรือแม่บ้าน (AOR 2.886, 95%CI 1.212,6.871) ($p=0.017$) และ ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (AOR 3.229, 95%CI 1.246,8.735) ($p=0.016$) ปัจจัยอื่นๆ ของการศึกษานี้ที่ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, โรคประจำตัว,ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

คำสำคัญ : ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์, ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This study aims to investigate the prevalence of anemia in pregnant women attending the antenatal clinic at Nam Phong Hospital in Khon Kaen and to identify associated risk factors. The study involved a retrospective cohort of 146 pregnant women who visited the antenatal care clinic at Nam Phong Hospital from October 1, 2020, to September 30, 2021. The data were collected from ANC registration forms and analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, and standard deviation), chi-square, and multiple logistic regression.

The study found that 23.2% of pregnant women attending the antenatal clinic at Nam Phong Hospital had anemia. The mean hemoglobin level was 11.74 g (SD 1.25). The study identified several statistically significant risk factors for anemia in pregnancy, including a low level of education (primary school) (AOR 4.224, 95%CI 1.023,17.446) ($p=0.047$) , unemployment (AOR 2.886, 95%CI 1.212,6.871) ($p=0.017$) and gestational age at first antenatal care >12 weeks (AOR 3.229, 95%CI 1.246,8.735) ($p=0.016$) . However, other factors such as age, marital status, underlying disease, body mass index at first ANC and interpregnancy interval did not reach statistical significance.

Keywords : anemia in pregnancy , prevalence , risk factor

¹โรงพยาบาลน้ำพอง ²โรงพยาบาลสิรินธร

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตวิทยาที่พบได้บ่อยที่สุดของการตั้งครรภ์ โดยภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์หมายถึงภาวะที่ค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin, Hb) ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit, Hct) ต่ำกว่า 33 เปอร์เซ็นต์¹ ซึ่งภาวะนี้เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์กว่าร้อยละ 46 จากทั่วโลกมีภาวะโลหิตจาง² และในแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 52.3³ สาเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์คือการขาดสารอาหารจากธาตุเหล็กและกรดโฟลิก⁴ ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก เช่น มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อาจทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น ทารกเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะโตช้าในครรภ์และมีโอกาสเข้าหน่วยดูแลเด็กวิกฤตมากขึ้น^{5,6}

ผลการสำรวจภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561-2562 พบมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปีพ.ศ. 2561-2562 สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 16.06 และ 16.43 ตามลำดับ⁷ กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายร่วมกับให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการใช้ธาตุเหล็กเสริม ทำให้ผลสำรวจภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ พ.ศ. 2563-2564 ลดลงเป็นร้อยละ 15.08 และ 14.69 ตามลำดับ โดยสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2560 -2564 อยู่ที่ร้อยละ 32.08, 15.01, 12.41, 12.08 และ 12.23 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง⁷ แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดไว้ว่าไม่ควรเกินร้อยละ 10

สถิติโรงพยาบาลน้ำพองพบมีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ปี พ.ศ. 2562-2564 อยู่ที่ร้อยละ 6.75, 7.22 และ 10.70⁷ ซึ่งพบว่าแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลน้ำพองจะได้ดำเนินการควบคุมและป้องกันโดยให้ยาเสริมธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทุกรายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด แต่ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ลงได้ อาจเป็นเพราะยังไม่มี การค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอย่างจริงจังเนื่องจากภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเกี่ยวข้องที่อาจทำให้มีภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง แบ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์และอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) คือส่งเสริมการเกิดรอดปลอดภัยทั้งแม่และลูกและเพื่อการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง
2. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564

ใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างโดยวิธีคำนวณสัดส่วนประชากรโดยทราบจำนวนประชากร(Estimating a finite population proportion) ด้วยโปรแกรม n4studies จากจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพองตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564 จำนวน 275 คน กำหนด

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

(N=275 , Proportion 0.2 , Alpha error=0.05 , Absolute Precision (d) = 0.05 , Allow for loss = 10%ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นต้องใช้อย่างน้อย 146 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน(simple random sampling) จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด มีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจ Hemoglobin การตรวจเลือดครั้งที่ 1 ไม่จำกัดอายุครรภ์ เกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีประวัติของการเป็นโรคเลือดอื่น ๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องเอนไซม์ G-6PD Systemic Lupus Erythematosus และ Aplastic anemia 2) เวชระเบียนสูญหาย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก

ส่วนที่ 2 ประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผล Hemoglobin level

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลน้ำพอง จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS premium 28

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลแจกแจง นำเสนอ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) กรณีข้อมูลต่อเนื่องและมีการกระจายไม่เบ้ นำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่ถ้าการกระจายเบ้ นำเสนอค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำ (Minimum) ค่าสูง (Maximum) ใช้สถิติอนุมาน Chi-squared test หรือ fisher exact ในตัวแปร categorical data และสถิติ independent t-test และ Mann-Whitney-U test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการกระจายตัวปกติและไม่ปกติตามลำดับ

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางที่ระดับตัวแปรด้วยสถิติ Simple logistic regression หาค่า OR และช่วงความเชื่อมั่น 95% CI และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value <0.20 มาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้ Multiple Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นเสนอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ใช้เวชระเบียนผู้ป่วย ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ผู้วิจัยได้ยึดหลักตามแนวปฏิบัติจริยธรรมและ

เคารพความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัครโดยไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย และ Hospital number แต่จะใช้หมายเลข Code แทนผู้ป่วยแต่ละรายในแบบบันทึกข้อมูลแทน

ผลการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จากกลุ่มตัวอย่าง 146 คนพบว่ามีค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ย 11.74 กรัมต่อเดซิลิตร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.25 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.2

จากตารางที่ 1 เมื่อทำการศึกษาความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางพิจารณาตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และระยะเวลาจากการตั้งครรภ์ครั้งแรก พบข้อมูลว่า

1. อายุ ส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.60 และพบภาวะโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 28.57

2. ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 92.47 พบภาวะโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มที่ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.55 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 20.7

3. อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 67.12 โดยกลุ่มอาชีพแม่บ้านหรือว่างงานพบมีภาวะโลหิตจางสูงสุด ร้อยละ 39.58

4. สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีสถานภาพสมสร้อยละ 92.47 กลุ่มที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุดคือกลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 54.55

5. โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 91.09 พบโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.46

6. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 73.97 พบโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 34.21

7. อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 52.74 พบโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 33.77

8. ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กก/ม² ร้อยละ 56.16 พบโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก/ม² ร้อยละ 37.93 รองลงมาคือกลุ่มดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก/ม² ร้อยละ 25.61

9. ระยะเวลาจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ส่วนใหญ่มากกว่า 24 เดือน ร้อยละ 72.73 พบโลหิตจางมากที่สุดในกลุ่มระยะห่างจากการตั้งครรภ์ก่อนหน้า 1-24 เดือน ร้อยละ 29.2 รองลงมาคือกลุ่มระยะห่างจากการตั้งครรภ์ก่อนหน้ามากกว่า 24 เดือน ร้อยละ 20.31

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางโดยใช้ Chi-square test จากตาราง ที่ 1 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา, อาชีพ, สถานภาพสมรส, อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกและดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก

จากตารางที่ 2 เมื่อใช้การวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression เพื่อกำจัดปัจจัยกวน (confounding factor) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา ($p=0.047$), อาชีพว่างงานหรือแม่บ้าน ($p=0.017$), และฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ($p=0.016$) ส่วนปัจจัยอื่นของการศึกษานี้ที่ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโลหิตจางได้แก่ อายุ, สถานภาพสมรส, โรคประจำตัว, ดัชนีมวลกายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

ตารางที่ 1. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง

ลักษณะประชากร	ชิต (จำนวน,ร้อยละ)	ไม่ชิต (จำนวน,ร้อยละ)	รวมทั้งหมด	Chi-square	p-value
อายุ (n=146)				0.406	0.816
-น้อยกว่า20ปี	6 (28.57)	15 (71.43)	21		
-20-34ปี	24 (22.64)	82 (77.36)	106		
-มากกว่า35ปี	4 (21.05)	15 (78.95)	19		
ระดับการศึกษา(n=146)				Fisher's Exact Test	0.041
-ประถมศึกษา	6 (54.55)	5(45.45)	11		
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	28 (20.7)	107(79.3)	135		
อาชีพ(n=146)				10.630	0.001
- แม่บ้าน/ว่างงาน	19(39.58)	29(60.42)	48		
- ประกอบอาชีพอื่นๆ	15(15.3)	83(84.7)	98		
สถานภาพสมรส(n=146)				6.506	0.020
-สมรส	28(13.33)	107(79.26)	135		
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6(54.55)	5(45.55)	11		
โรคประจำตัว(n=146)				1.839	0.182
-มี	5(38.46)	8(61.54)	13		
-ไม่มี	29(21.80)	104(78.20)	133		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (n=146)				3.323	0.068
- 1-2 ครั้ง	21(19.44)	87(80.55)	108		
- มากกว่า2 ครั้ง	13(34.21)	25(65.79)	38		
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (n=146)				10.014	0.002
- <= 12 สัปดาห์	8(11.59)	61(88.41)	69		
- >12 สัปดาห์	26(33.77)	51(66.23)	77		
ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ ครั้งแรก (กก/ม²) (n=146)				9.779	0.008
- น้อยกว่า 18.5	11(37.93)	18(62.07)	29		
- 18.5-24.9	21(25.61)	61(74.39)	82		
- มากกว่า 25	2(57.14)	33(94.29)	35		
ระยะเวลาจากการตั้งครรภ์ ครั้งก่อน (N=88)				0.779	0.401
-1-24 เดือน	7(29.2)	17(70.8)	24		
- มากกว่า 24 เดือน	13(20.31)	51(79.69)	64		

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ single logistic regression และ multiple logistic regression ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง

ปัจจัย/ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด (n=146)	จำนวนผู้ที่มีภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ)	ผลการวิเคราะห์ทีละตัวแปร		ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร	
			Crude OR (95%CI)	p- value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ						
< 20 ปี	21	6(28.6)	1.367 (0.478, 3.907)	0.56		
20-34 ปี	106	24(22.6)	1			
>= 35 ปี	19	4(21.1)	0.911 (0.276, 3.004)	0.878		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	11	6(54.5)	4.586(1.304,16.128)	0.018	4.224(1.023,17.446)	0.047
มัธยมศึกษาขึ้นไป	135	28(20.7)	1		1	
อาชีพ						
ว่างงาน/แม่บ้าน	48	19(39.6)	3.625(1.632,8.053)	0.002	2.886(1.212,6.871)	0.017
อาชีพอื่นๆ	98	15(15.3)	1		1	
สถานภาพสมรส						
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	11	6(54.5)	4.586(1.304,16.128)	0.018	2.616(0.575,11.915)	0.214
สมรส	135	28(20.7)	1		1	
โรคประจำตัว						

มี	13	5(38.5)	2.241(0.681,7.373)	0.184	2.455(0.650,9.374)	0.185
ไม่มี	133	29(21.8)	1		1	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์						
1-2 ครั้ง	108	21(19.4)	1		1	
>2 ครั้ง	38	13(34.2)	2.130(0.935,4.848)	0.072	1.719(0.681,4.338)	0.251
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก						
<= 12 สัปดาห์	69	8(11.6)	1		1	
> 12 สัปดาห์	77	26(33.8)	3.887(1.620,9.328)	0.002	3.229(1.246,8.735)	0.016
ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก						
Normal weight (18.5-24.9)	82	21(25.6)	1			
Underweight(<18.5)	29	11(37.9)	1.775(0.722,4.363)	0.211		
Overweight(>=25)	35	2(5.7)	0.099(0.039,0.798)	0.005		

อภิปรายผล

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2563-2564 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 23.29 ซึ่งสูงกว่าความชุกเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากระบบรายงาน 43 แห่ง (ระบบรายงาน HDC : health data center) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁸ ที่พบว่าความชุกของโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ พ.ศ.2556 – 2562 เท่ากับร้อยละ 25.7, 17.89, 18.61, 17.34, 16.96, 16.03 และ 16.44 ตามลำดับ เฉลี่ยร้อยละ 18.32

พบความชุกของภาวะโลหิตจางสูงสุดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา คือร้อยละ 54.55 และอาชีพแม่บ้านหรือว่างงาน ร้อยละ 39.58 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mekonnen et al. (2561)⁹ และการศึกษาของ Stephen et al. (2561)¹⁰ ที่พบว่าความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีมากที่สุดในกลุ่มประชากรที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาและประกอบอาชีพแม่บ้านหรือว่างงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปารัตน์ วุฒิเจริญวงศ์ (2563)¹¹ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพแม่บ้านพบภาวะโลหิตจางสูงสุด แต่ไม่สอดคล้องกันในเรื่อง

ระดับการศึกษาที่พบภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์สูงที่สุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

ความชุกของหญิงตั้งครรภ์โลหิตจางที่ฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ขึ้นไป พบร้อยละ 33.77 สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ปู่วัง (2563)¹² และ เฉลิมขวัญ ภู่อะเลื่อ (2559)¹³ ที่พบความชุกของหญิงตั้งครรภ์โลหิตจางในกลุ่มที่ผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ร้อยละ 36.3 และ 59.12

จากการศึกษาวิเคราะห์หลายตัวแปร ด้วย Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษา จะมีโอกาสซีดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา 4.224 เท่า (95%CI 1.023,17.446) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.047) ขณะที่อาชีพแม่บ้านหรือผู้ที่ว่างงานจะมีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะซีดมากกว่าถึง 2.886 เท่า (95%CI 1.212,6.871) (p=0.017) เมื่อเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ซึ่งการมีระดับการศึกษาน้อย อาจทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพน้อย และไม่เข้าใจความสำคัญของการมาฝากครรภ์คุณภาพ และการเป็นแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนรอบนอก อาจทำให้มีรายได้น้อย ซึ่งทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็กที่เหมาะสมต่อร่างกายในระหว่างตั้งครรภ์ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอจนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้

ปัจจัยต่อมาที่มีผลต่อภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่การมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ จากการศึกษพบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซีดมากกว่าผู้ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ถึง 3.229 เท่า (95%CI 1.246,8.735) (p=0.016) สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ปู่วัง (2563)¹² และรายิน อโรรา (2552)¹⁴ พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่

2 เป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง ซึ่งเมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์ช้า จะทำให้ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางล่าช้า และอาจได้รับความรู้เรื่องสุขภาพ และได้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะโลหิตจางไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ได้

และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีการหย่าร้าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (p=0.156) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stephen et al. (2561)¹⁰ และ Wemakor et al. (2562)¹⁵ ที่พบว่าสถานภาพหย่าร้างไม่มีผลต่อภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นคือร้อยละ 23.29 และปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุดที่ประถมศึกษา อาชีพแม่บ้าน และฝากครรภ์ช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งจากผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและการออกแบบการบริการสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ร่วมกับทีมสุขภาพในอำเภอเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดจากภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพองที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลน้ำพอง และขอบคุณกลุ่มงานสูติรีเวชกรรมที่ให้นำข้อมูลมานำเสนอเป็นงานวิจัยเรื่องนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Iron deficiency anaemia: Assessment, prevention, and control. A guide for programme manager [Internet]. 2001 [cited 2022 July 13]. Available from: www.who.int/publications/m/item/iron-children-6to23--archived-iron-deficiency-anaemia-assessment-prevention-and-control
2. World Health Organization. Global Health Observatory data repository: Prevalence of anaemia in women Estimates by country. In: World Health Organization [Internet]. 2017 [cited 2022 July 13]. Available from: apps.who.int/gho/data/view.main.ANAEMIAWOMENPWREG.
3. Sunuwar DR, Singh DR, Chaudhary NK, et al. Prevalence and factors associated with anemia among women of reproductive age in seven South and Southeast Asian countries: Evidence from nationally representative surveys. PLoS One. 2020 Aug 13;15(8):e0236449. doi: 10.1371/journal.pone.0236449.
4. ชลธิชา ตานา. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2565]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5679>.
5. Lin L, Wei Y, Zhu W, et al; Gestational diabetes mellitus Prevalence Survey (GPS) study Group. Prevalence, risk factors and associated adverse pregnancy outcomes of anaemia in Chinese pregnant women: a multicentre retrospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Apr 23;18(1):111. doi: 10.1186/s12884-018-1739-8.
6. Cunningham F, Levono K, Bloom S, et al. Williams obstetrics. 24th edition. New York: Mcgraw-hill; 2014.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. DoH Dashboard [ออนไลน์] [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2563]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/>
8. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง. [ออนไลน์] [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2566 เมษายน 19] Available from: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=213240&id=104798&reload>.
9. Mekonnen FA, Ambaw YA, Neri GT. Socio-economic determinants of anemia in pregnancy in North Shoa Zone, Ethiopia. Plos One, 22 Aug 2018, 13(8):e0202734. DOI: 10.1371/journal.pone.0202734.
10. Stephen G, Mgongo M, Hussein Hashim T, et al. Anaemia in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors, and Adverse Perinatal Outcomes in Northern Tanzania. Anemia. 2018 May 2;2018:1846280. DOI: 10.1155/2018/1846280.
11. ปารัตน์ วุฒิเจริญวงศ์. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองวัวซอ อำเภอหนองซอ จังหวัดอุดรธานี. Udonthani Hospital Medical Journal. 2020;28(1):45-51.
12. วราภรณ์ ปู่วัง. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2020;3(1):18-27.
13. เฉลิมขวัญ ภูเหล็ก. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2559;6(1):15-29.
14. รามิน อโรรา, ชัยนัทรธร ปทุมานนท์, ชไมพร ทวีศรี. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลลำปาง: ความชุก สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง. ลำปางเวชสาร. 2552;30(1):28-36.
15. Wemakor A. Prevalence and determinants of anaemia in pregnant women receiving antenatal care at a tertiary referral hospital in Northern Ghana. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Dec 11;19(1):495. DOI: 10.1186

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนมFactors Affecting the Quality of Life of the Early Elderly A case study of Artsamat Subdistrict
Health Promoting Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 17,2023 ; Accepted: June 18,2023)

ธิดาชล ธัญยาวรรธ¹ อรุณา แก้วเกิด² เจริญชัย หมั่นห่อ³Thisachon Thanyawarathorn¹ Onuma Kaewkerd² Chreonchai Muanhour³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross- sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 11 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .74, .70,.70 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตใช้สถิติ เพียร์สัน และ Multiple regression

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้นสูงที่สุด ได้ ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.2 (Adjusted $R^2 = .452$, $\beta = .458$, $t=6.415$, $p=.001$) รองลงมาคือ ความเครียด ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของได้ ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37.9 (Adjusted $R^2 = -.379$, $\beta = -.385$, $t=-5.401$, $p=.001$) หมายความว่าตัวแปรในสมการทำนาย ได้แก่ ความเครียด (X1) และ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (X2) สามารถอธิบายได้ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 35.3

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น

Abstracts

This research was a cross-sectional study. The purpose of this study was to study factors affecting the quality of life of the elderly and affecting the quality of life of the early elderly a case study of At Samat Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample was 130 elderly people. Data were collected between 11 January 2023 and 31 March 2023. Measurements for collecting data were personal information questionnaires, a stress questionnaire, a questionnaire on the perceived factors of the self-care ability of the elderly, and a quality of life questionnaire with the reliability of Cronbach's alpha coefficients of .74, .70,.70, respectively. Personal data were analyzed by frequency, percentage, data on factors affecting quality of life using Pearson correlation coefficient and Multiple regression statistics.

The study revealed that the self-efficacy perception of the elderly had the highest positive effect on the quality of life of the early elderly by 45.2% (Adjusted $R^2 = .452$, $\beta = .458$, $t=6.415$, $p=.001$). Stress had a negative effect on the quality of life that predicted quality of life 37.9 percent (Adjusted $R^2 = -.379$, $\beta = -.385$, $t=-5.401$, $p=.001$). The study revealed that the variables in the prediction equation, stress (X1) and self-efficacy perception of the elderly (X2), predict the quality of life of the early elderly 35.3%. Therefore, health personnel should design activities that promote the quality of life of the early elderly. taking into account self-efficacy perception of the elderly and stress.

Keywords: quality of life of the early elderly

¹ พย.บ. พยาบาลวิชาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม

² ปร.ด.อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, Corresponding author อีเมล Email: onumakaewkerd@gmail.com
Tel: 0955677164

³ พย.ม. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

บทนำ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามค่านิยามของสหประชาชาติสำหรับประเทศกำลังพัฒนา การก้าวเข้าสู่สังคม สูงวัย ของประเทศไทยและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปีพ.ศ. 2573¹ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเกิดเนื่องมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้คนมีชีวิตรยืนยาวขึ้น แต่โรคที่เกิดจากผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคที่ค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง เป็นความบกพร่องและเบี่ยงเบนจากปกติ หากไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอและผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะมีอาการรุนแรงและ เสียชีวิตได้² องค์การสหประชาชาติกำหนดว่าประเทศใดมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และ ถ้าจะเป็นผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อเพิ่มเป็นร้อยละ 20 จากจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564³ในปี 2564 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุชาย 5,974,022 คน (ร้อยละ 44.7) และผู้สูงอายุหญิง 7,384,729 คน (ร้อยละ 55.3) ถือว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แล้วพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตหมายถึงชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาที่ให้แก่สังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตที่ขอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคมสามารถแก้ไขปัญหาตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาได้อย่างถูกต้อง สภาวะทางสุขภาพและสิทธิการรักษา จากการทํางานวิจัยในอำเภอนาแกในจังหวัดนครพนม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.7 โดยที่โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.1 โรค

ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.1 ผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขปกไคได้แก่ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ รองลงมาร้อยละ 93.3 ภาระหนี้สิน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ไม่มีภาระหนี้สิน มีหนี้สินร้อยละ 40 โดยสาเหตุหลักของหนี้สินส่วนใหญ่เกิดจากการกู้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 41.7⁴ แต่ยังไม่ม้งานวิจัยที่ศึกษาลักษณะประชากรของผู้สูงอายุตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม และ ไม่มีการศึกษาเป็นรูปธรรมเรื่อง จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า เพศ อายุ รายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช⁵ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับเศรษฐกิจ ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{5,6,7,8}

สถิติผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2564 เป็นอันดับที่ 48 ของประเทศไทย จำนวน 114,517 คน จาก 1,221,542 คน คิดเป็น 9.37 เปอร์เซ็นต์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) จะเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปีถัดไปจากการลงไปพื้นที่ศึกษาปฏิบัติของนักศึกษาผู้สูงอายุอาจสามารถมี 6 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปีใน หมู่ 4 จำนวน 74 คน หมู่ 5 จำนวน 91 คน หมู่ 6 จำนวน 99 คน หมู่ 8 จำนวน 84 คน หมู่ 9 จำนวน 81 คน หมู่ 10 จำนวน 57 คน รวมผู้สูงอายุ 486 คน ผู้สูงอายุ อาจสามารถมี 6 หมู่ได้พบว่า จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ในพื้นที่ตำบลอาจสามารถ ขณะสำรวจชุมชนพบว่าผู้สูงอายุตอนต้น ยังเริ่มมีการปรับตัวออกจากงานประจำ และ เริ่มมีความเสื่อมทำให้ ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้นกรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจสามารถ จังหวัดนครพนมเพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุตอนต้นในตำบลอาจสามารถ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม

สมมุติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม ซึ่งทำการศึกษาในเขตพื้นที่ ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมระหว่างวันที่ 11 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาศึกษา

ประชากรคือ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี อาศัยอยู่ตำบลอาจสามารถในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม ทั้งหมด 486 คน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ มีคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 60 -69 ปี ขึ้นไป 2) 2. อาศัยอยู่ในชุมชนอาจสามารถ อย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถสื่อสารเข้าใจ 4) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จาก $G * power^9$ โดยใช้ Multiple regression ค่า effect size golden standard ได้เท่ากับ 0.15 Power .90 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 116 เก็บเพิ่มอีก 10-12% ได้กลุ่มตัวอย่าง 130 คน

วิธีการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคนบดี ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ ผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย
2. ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาค้นครั้งนี้
3. กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น
2. แบบสอบถามความเครียด ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ¹⁰ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของโรงพยาบาลสวนปรุงนำมาจาก กรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ มีทั้งหมด 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ ทดสอบความสอดคล้องของข้อคำถามได้ 1 ทุกข้อและ ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ 0.74
3. แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา¹¹ มาตรวัด 5 ระดับ การให้คะแนน การแปลผล ตรวจสอบความตรง ค่า IOC ได้ 1 ทุกข้อ และทดสอบความเชื่อมั่น ได้ 0.70
4. แบบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถามของคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และ ทางลบ 3 ข้อ มีคะแนน 26-130 คะแนน¹² ตรวจสอบความตรง ค่า IOC ได้ 1 ทุกข้อ ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ 0.70

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ t – test , F – test และ สหสัมพันธ์ pearson

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม REC 063/65 วันที่รับรอง 10 มกราคม 2566

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง จำนวน 79 คน (ร้อยละ 60.8) และเพศชายจำนวน 51 คน (ร้อยละ 39.2) อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน มีอายุเฉลี่ย 64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.99 สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ สมรส อยู่ด้วยกัน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน จำนวน 81 คน คิด

เป็นร้อยละ 62.3 การออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายแบบเป็นกิจลักษณะ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 โรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 สุขภาพในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ดีมาก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมาคือมีสุขภาพดี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 และมีสุขภาพค่อนข้างดีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7 ตามลำดับ

2.ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น โดยวิธีวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (n=130 คน)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศ (Sex)	r=-.153	.082
อายุ	r=.021	.812
ระดับการศึกษา	r=.082	.354
ความเครียด	r=-.379*	.000
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	r=.452*	.000

P < .05*

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น

ตัวแปร	B	Std. Error	b	t	p-value
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (X2)	.373	.058	.458	6.415	.001*
ความเครียด (X1)	-.317	.059	-.385	-5.401	.001*
ค่าคงที่	2.538	.249		10.202	.001*

R. .595 R²= .353 Adjusted R²= .343 S.E. = .318

P < .05*

จากตารางพบว่าผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น โดยมีตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด (X1) และความสามารถในการดูแลตนเอง (X2) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น มากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้นสูงที่สุด ได้ ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.2 (Adjusted $R^2 = .452$, $b = .458$, $t = 6.415$, $p = .001$) รองลงมาคือ ความเครียด (X1) ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของได้ ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37.9 (Adjusted $R^2 = -.379$, $b = -.385$, $t = -5.401$, $p = .001$) หมายความว่าตัวแปรในสมการทำนาย ได้แก่ ความเครียด (X1) และ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (X2) สามารถอธิบายได้ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 35.3

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร พบว่า จากตัวอย่างทั้งหมดที่เก็บรวบรวมจากประชากร จำนวน 130 คน สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังต่อไปนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 และเพศชายจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2 มีอายุเฉลี่ย 64 ปี ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 5.99 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ สมรส อยู่ด้วยกัน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 62.3 การออกกำลังกาย พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายแบบเป็นกิจลักษณะ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพใน 7 วันที่ผ่านมาดี มาก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมาคือ มีสุขภาพดี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 และมี

สุขภาพค่อนข้างดี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนิตรา เดชจันทร์ ประทีป กาลเขว้า และ เบญญาภา กาลเขว้า¹³ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม¹³ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.76 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.59 แตกต่างจากการศึกษา ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.7 โดยที่โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.1 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.1 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว⁴ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ส่วนใหญ่ เป็นคนไม่มีโรคประจำตัวมีการดูแลตนเองดีออกกำลังกาย อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

2. คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อ คุณภาพชีวิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 3.52, S.D. = 0.39$) ส่วนรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ มาก ($M = 4.34, S.D. = 0.76$) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน ซึ่งแปรผลอยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 2.29, S.D. = 1.06$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64 ปี ยังเพิ่งเข้าสู่วัยสูงอายุ แม้จะเข้าสู่วัยสูงอายุแต่เพิ่งเปลี่ยนมาสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีงานวิจัยระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้นอยู่ในระดับ ปานกลาง เนื่องจากค่าเฉลี่ยอายุ ของผู้สูงอายุเฉลี่ย 64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงกมล คนโทเงิน¹⁴ ชุมชนมาตาพุต มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งได้ใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตได้คะแนน 69.83 จากคะแนนเต็ม 100 ซึ่งเป็นกลุ่มวัยแรงงาน 20-60 ปี

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น โดยมีตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด (X1) และความสามารถในการดูแลตนเอง (X2) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น มาก

ที่สุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้นสูงที่สุดได้ ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.2 (Adjusted $R^2 = .452$, $b = .458$, $t = 6.415$, $p = .001$) สอดคล้องกับงานวิจัย ของ อิทธิพล ดวงจินดา ชวนพิศ ศิริไพบุลย์ และศรีสุรางค์ เคหะนาค ¹⁵ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกละอยู่ในระดับสูงมาก ($r = .904$, $p < .01$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ซึ่ง Bendura ¹⁰ มีแนวคิดว่าความสามารถของตนเองด้านสุขภาพจะช่วยให้ บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางบวกตามที่คาดหวังไว้

ดูจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอนต้นในพื้นที่ตำบลอาจสามารถ ที่มีการออกกำลังกายพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายแบบเป็นกิจลักษณะ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 รองลงมาคือ ความเครียด (X1) ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของได้ ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37.9 (Adjusted $R^2 = -.379$, $b = -.385$, $t = -5.401$, $p = .001$) หมายความว่าตัวแปรในสมการทำนาย ได้แก่ ความเครียด (X1) และ ความสามารถในการดูแลตนเอง (X2) สามารถอธิบายได้ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 35.3 จะเห็นได้ว่าความเครียดมีผลต่อ ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร้อยละ 25.74 จากการศึกษาของ สุนิตรา เดชขันธ์ ประทีป กาลเขว้า และ เบญญาภา กาลเขว้า ¹³ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและ

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม จะเห็นได้ว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประไพ ศรีแก้วและดุขฎิ เอกพจน์ ¹⁶ ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ .05 ($r = 1.17$, $p < .05$) อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความเครียดมากมีคุณภาพชีวิตต่ำ ดังนั้นควรทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการลดความเครียดในผู้สูงอายุตอนต้น เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควรทำกิจกรรมส่งเสริม ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตอนต้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ ควรจัดความเครียด หรือทำกิจกรรมลดเครียดในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตอนต้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงปัจจัยด้าน ความสามารถในการดูแลตนเอง และความเครียดในแง่ความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้สูงอายุในชนบทเพื่อเป็นการเข้าใจเชิงลึก ถึงค่านิยม ศาสนา วัฒนธรรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องและระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2564. ค้นวันที่ 13 พฤศจิกายน 2565 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>
- 2.Phrapalad Somchai Payogo and Uthai Sudsukh. (2015). Buddhist Integration of Caring For Chronic Disease in Thai Society. Journal of MCU Peace Studies, 3(2), 45-64.
- 3.สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ค้นวันที่ 11 ตุลาคม 2565 จาก file:///C:/Users/Administrator/Desktop
- 4.ชินกรณ แดนกาไสย อรุณา แก้วเกิด ชัยวัฒน์ อินไชยา เบญจยามาศ พิลายนต์ อมรัตน์ แสงใสแก้ว .(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจชุมชนและวัฒนธรรมท้องถิ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วารสารการพยาบาลและ

การดูแลสุขภาพ, 40(1), มกราคม - มีนาคม 2565, 26-35 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/inat-ned/article/view/252680/172627>

- 5.จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์, 15(1), 27-32.
- 6.วิไลพร ช่างษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 32-40.
- 7.กิตติวงศ์ สาสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารชุมชนวิจัย, 11(2), 21-38.
- 8.นงศัมพัทธ์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 1-18.
- 9.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis
- 15.Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J. B. & Anderson, E.R. (2010). Multivariate Data Analysis. (7th ed). New Jersey:
- 10.กรมสุขภาพจิต. (2542). รายงานการวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: ทีคอม.
- 11.Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company.
- 12.สุวัฒน์ มัทนรินทร์กุลและคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- 13.สุนิตรา เดชขันธ์ ประทีป กาลเขว้า และ เบญญภา กาลเขว้า (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 31-43.
- 14.ดวงกมล คนโทเงิน (2556) ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(2), 65-87.
- 15.อิทธิพล ดวงจินดา ขวนพิศ ศิริไพบูลย์ และศรีสุรางค์ เคหะนาค (2564) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด -19 กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(4), 111-126.
- 16.ประไพ ศรีแก้วและดุขฎี เอกพจน์ (2557) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. วารสารวิชาการการแพทย์ เขต 11,8, 101-11.

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

The Development of Nursing Guideline for Palliative Care Patients

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 22,2023 ; Accepted: June 23,2023)

อรุณ โพธิงาม¹

Arun Photgam

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ชุกซ์ (2000) เป็นกรอบแนวคิด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นทีมผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 31 คน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 60 คน ระยะเวลาในการวิจัย ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 - มีนาคม 2565 ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และคำนวณหาค่าความเที่ยง เครื่องมือประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 5. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .84, .88, .90 ตามลำดับ 5. แบบประเมินการรับรู้การเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างาม ค่าความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1(KR20) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ paired t- test

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1. การคัดกรองและการให้ข้อมูลการดูแล 2. การประเมินและการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 3. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4. การดูแลระยะใกล้ตายและหลังการสูญเสีย ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองพบ อาการรบกวนที่เป็นปัญหาสำคัญคืออาการปวดพบ 57 % อาการเหนื่อยหอบ 40 % ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนและหลังให้การพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) หลังการสูญเสีย 87 % ของญาติรับรู้ถึงการจากไปอย่างสงบและสง่างาม 90 % ไม่มีอาการเศร้าโศกและซึมเศร้าที่ผิดปกติ 94 % ของญาติผู้ดูแลพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ และ 88 % ของพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น แนวทางการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยแบบประคับประคองได้

คำสำคัญ แนวทางการพยาบาล การดูแลประคับประคอง การวิจัยและพัฒนา

Abstracts

The purpose of this study was to develop and study the effects of a palliative nursing approach. Chukub (2000) was used as an evidence-based model as a conceptual framework. Selecting a specific sample group It is a team of 31 palliative care providers, 60 patients and their relatives who receive services at Srisangworm Sukhothai Hospital. Research period from October 2020 - March 2022. The research tools were validated by 3 experts for content validity and their reliability was calculated. The tools consist of: 1. Personal information questionnaire. 2. Palliative care outcomes scale 3. Caregivers satisfaction assessment form on the palliative care approach. 4. Nurses satisfaction assessment form on the guideline for palliative nursing. The precision was obtained using the Cronbach alpha coefficient, equal to .84, .88, .90, respectively 5. Peaceful and dignified death perception assessment form. content consistency The consistency index is 1(KR20). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. and test for differences using Pair t- test statistics. The results showed that The developed nursing guidelines consisted of 1) screening and provision of care information. 2) Physical,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

mental, emotional, social and spiritual assessment and care. 3) continuation of care at home. 4. Near-death and post-loss care

The results of using a palliative nursing approach revealed that The main disturbing symptoms were pain 57%, shortness of breath 40%. The results of palliative care before and after nursing were statistically different. ($p < .05$). After the loss, 87% of the relatives were aware of the peaceful, 90 % no abnormal grief and depression and graceful passing of 94% of the relatives. Caregivers were satisfied with the nursing care received and 88% of nurses were satisfied with the developed nursing guidelines.

This nursing guideline can be used in palliative care nursing.

Keywords: Nursing Guideline, Palliative Care, Research and Development

บทนำ

อุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ องค์การอนามัยโลกคาดว่าในแต่ละปีมีประชากรประมาณ 20 ล้านคน มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิต² โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 69 เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 38.47 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.01 โรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.71 เบาหวาน ร้อยละ 4.59 โรคไต ร้อยละ 2.02 โรคตับแข็ง ร้อยละ 1.70 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.65

ประเทศไทย³ พบผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 72.49 วัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 25.99 เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบโรคมะเร็ง ร้อยละ 59.80 โรคหลอดเลือดสมองแตกและตีบ ร้อยละ 26.34 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 14.58 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 11.59 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 8.16 จังหวัดสุโขทัยพบเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.72 วัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 29.10 และแบ่งตามกลุ่มโรคโรคมะเร็ง ร้อยละ 40.45 โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมองแตกและตีบ ร้อยละ 23.38 ร้อยละ 11.82 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 11.16 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 10.34 โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยพบเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 71.67 วัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ

27.76 และแบ่งตามกลุ่มโรค ผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 50.71 โรคหลอดเลือดสมองแตกและตีบ ร้อยละ 28.21 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 18.80 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 13.66 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 10.54

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยมีผู้รับบริการแบบประคับประคอง ปี พ.ศ. 2561 – 2563 จำนวน 408, 497 และ 463 ราย ตามลำดับ⁴ ร้อยละการจัดการอาการปวดและการบรรเทาอาการต่างๆ ด้วย opioids ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจากผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2561-2563 พบร้อยละ 21.33, 21.59 และ 26.91 ตามลำดับ ประเทศไทยไม่มีโครงสร้างในระบบการบริหารงาน ทำให้ขาดผู้รับผิดชอบด้านนี้โดยตรง การจัดระบบบริการต่างๆ ทำได้ยาก พบประเด็นปัญหาการจัดการอาการปวด หรืออาการรบกวนอื่นๆ รูปแบบการดูแลเดิมยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทของเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการดูแลขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งระบบส่งต่อระบบการเยี่ยมบ้านยังล่าช้า การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงานทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทุกระยะอย่างใกล้ชิด ยังปฏิบัติงานไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีการบูรณาการจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (2000) อ้างใน พงศ์คำ



ดิลกสกุลชัย (2554)⁵ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสนใจพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมเหมาะสม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การรับรู้การเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติ และพยาบาลต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนาทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีสำโรงในระหว่างเดือนธันวาคม 2563 – พฤษภาคม 2565 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของการพยาบาลแบบประคับประคอง ดำเนินการเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 256 โดยศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลการดูแลแบบประคับประคองโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ 10 คน และศึกษาระบบบริการจากเจ้าหน้าที่พยาบาลอีก 3 ท่าน โดยการสนทนากลุ่มย่อย เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สุ่มประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลจำนวน 30 คน สังเกตแนวทางการปฏิบัติงาน และศึกษาบททวนตำรา งานวิจัย แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก บทความ งานวิจัย การสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานงานวิจัย

ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2564 กำหนดคำถามเพื่อนำไปสู่การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานการสืบค้นงานวิจัย แหล่งของการสืบค้นมาจากหลายแหล่งได้แก่ รายงานวิจัยรูปแบบต่างๆ เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับมาตรฐานทางคลินิก แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ กรอบการสืบค้นใช้ PICO framework⁷ กำหนดแหล่งข้อมูลสืบค้นจากฐานข้อมูลสารสนเทศ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ MEDLINE (EBSCO), CINAHL, EMBASE, Pubmed และ Scholar.google สืบค้นด้วยมือ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กำหนดคำที่ใช้ในการสืบค้นคือ การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้าย ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการรบกวน มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง CNPG Palliative care, Palliative care nursing guild line, End of life care, palliative care program, palliative care nursing outcome, symptom management in palliative care, pain management in palliative care, quality standards for palliative care กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยเข้า ได้แก่ งานบททวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยเชิงบรรยาย แนวปฏิบัติทางคลินิก แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พ.ศ. 2558 – 2563 ได้หลักฐานที่คัดเลือก 40 เรื่อง แบ่งความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Mcinck and Fincond Overholt⁸ ดังนี้ ระดับที่ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับที่ 2 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 12 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 9 เรื่อง และ

ระดับ 7 จำนวน 16 เรื่อง สัมภาษณ์หลักฐานงานวิจัยที่ค้นได้ทั้งหมด สรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งสร้างแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้ ประเมินคุณภาพของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สร้างขึ้นโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล⁹ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความน่าเชื่อถือ จำนวน 3 ท่าน

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้กับพยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน จำนวน 10 คน ในวันที่ 8 เมษายน 2564 เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและชี้แจงแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้กับผู้ป่วย 10 ราย ประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เกี่ยวกับความเข้าใจ ความสอดคล้อง เหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหาอุปสรรคของการนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้ ปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามข้อเสนอแนะ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ประเมินความพึงพอใจของการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งญาติผู้ดูแลและพยาบาลที่ให้แนวทาง ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการดูแล 3-5 วัน หรือก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดำเนินการเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตวาย

โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหัวใจล้มเหลวที่รักษาไม่หาย และคาดว่าจะมีอายุอยู่ได้ไม่ถึง 1 ปี เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ในเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 มีระดับความต้องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale, PPS) $\leq 70\%$ อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและใช้ภาษาไทยได้ ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์เจ้าของไข้ รับทราบแผนการดูแลและยินยอมเข้ารับการรับบริการการดูแลแบบประคับประคองโดยลงนามยินยอมเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 30 คน

2. ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและใช้ภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลไม่ครบตามกระบวนการดูแลที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารถึงข้อมูลการเจ็บป่วย, การจัดการอาการรบกวน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษา และการสื่อสารถึงอาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตและการดูแลรักษา ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยและ/หรือญาติปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง หรือขอยกเลิกและไม่พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยต่อไป

3. พยาบาลระบบประคับประคองที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ป่วย ใช้วิธีการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือให้ผู้ผู้ป่วยตอบเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4 คำถามทั้ง 10 ข้อ ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกี่ยวกับอาการรบกวนด้านร่างกาย

ด้านจิตใจ ด้านสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัว คำถามข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด ถามถึงปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา คำถามข้อที่ 12 เป็นคำถามที่ถามว่าท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ได้นำคำถามข้อนี้มาคิดคะแนน หรือนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ¹⁰ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบประเมินประเมินผลลัพท์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างาม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการตายของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 4 ข้อ และคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ให้ญาติหรือผู้ดูแลประเมินหลังผู้ป่วยเสียชีวิต หรือข้อคำถาม 4 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ ถ้าตอบใช่ให้ 1 ถ้าตอบไม่ใช่ให้ 0 คำถามมี 4 ข้อ 1) ผู้ป่วยได้สิ้นใจไปอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานด้วยอาการที่ควบคุมไม่ได้ภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนเสียชีวิต 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตท่ามกลางความอบอุ่นของญาติและบุคคลอันเป็นที่รัก 3) ผู้ป่วยได้สิ้นใจโดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ที่ช่วยยืดชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วย 4) ความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการตายของตนเองได้รับการตอบสนอง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธีการลงมติและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruency หรือ IOC) ได้เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงตรง

จากความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยวิธีของ Kuder Richardson แบบ KR-20 ได้เท่ากับ 1.0¹¹

4. แบบประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก¹² หมายถึง ความรู้สึกเสียใจที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่าคุณเองสูญเสียคนรัก มีจำนวน 19 ข้อ ในแต่ละข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3 โดย

0 หมายถึง ไม่เคยเลย

1 หมายถึง นานๆ ครั้ง

2 หมายถึง บางครั้ง

3 หมายถึง บ่อยครั้ง

4 หมายถึง เป็นประจำ

ถ้าคะแนนรวมของการประเมินมากกว่า 25 คะแนน มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของ มีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการสูญเสีย หมายถึง ความรู้สึกหรืออาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังที่เกิดขึ้น หลังการสูญเสีย 1 เดือน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 ถาม ถ้าพบข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า จะถามต่อโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3 0 = ไม่มีเลย 1 = เป็นบางวัน 1 – 7 วัน 2 = เป็นบ่อย > 7 วัน 3 = เป็นทุกวัน การแปลผลแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 ถาม ถ้าตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ถ้าตอบว่า มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติที่มาใช้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของกองการพยาบาล¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม



10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 6 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4, 5 แบบสอบถามจะต้องเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ โดยการใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของ และ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

7. แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 6 ระดับ เป็นคะแนน 0, 1, 2, 3, 4, 5 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงแผนการดำเนินงาน ให้คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลทราบ และ ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัยเครือข่าย เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ นำเสนอผลการดำเนินงานในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการดูแลโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีคู่ (paired t - test) ข้อคำถามปลายปิดเป็นข้อมูลเชิง

คุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย ได้แจ้งผลรับรองการพิจารณา รหัสโครงการ 08/2564

ผลการศึกษา

1. ปัญหา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแตกต่างกัน ขาดทักษะทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการดูแลด้านร่างกาย ขาดการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ บทบาทหน้าที่ของทีมไม่ชัดเจน มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติเดิมไม่ครอบคลุม ขาดการประชุมและวางแผนการดูแล ปัญหาการใช้ยากลุ่มมอร์ฟีน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ การติดตามเยี่ยมบ้านที่ขาดความต่อเนื่องและล่าช้า ขาดการเยี่ยมและติดตามหลังการสูญเสีย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง

2. ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบด้วย 1. การคัดกรองและการให้ข้อมูลการดูแล 2. การประเมินและการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 3. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4. การดูแลระยะใกล้ตายและหลังการสูญเสีย ทำให้อัตราการได้รับยา姑息เพิ่มมากขึ้น ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีขึ้น ญาติพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ตารางที่ 1 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
แพทย์ PCWN PCN	1. การคัดกรองและการให้ข้อมูลการดูแล เกณฑ์การคัดกรอง - ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่ถึง 1 ปี - โรคอยู่ในระยะลุกลาม ตามข้อบ่งชี้เฉพาะโรค - ไม่ตอบสนองต่อการรักษา - ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะไม่รักษาต่ออย่างเต็มที่ - PPS < 70 การให้ข้อมูลการดูแล - ให้ข้อมูลซ้ำหลังแพทย์ให้ข้อมูลการวินิจฉัยและให้ข้อมูลเพื่อเป็นการยืนยันถึงความพร้อมและคุณสมบัติของผู้ป่วยในการยอมรับเข้าสู่ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง - ข้อมูลที่พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยได้แก่ - ข้อมูลอาการ ความก้าวหน้าของโรค ผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ การตอบสนองต่อการรักษา และเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ - ผลกระทบที่คาดว่าจะมีต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในวันข้างหน้า - แนวทางการรักษาในระยะท้ายของโรค ตลอดจนทางเลือกที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วย สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดแผนการรักษาร่วมกับแพทย์และพยาบาล	ผู้ป่วยและครอบครัว	ใบส่งปรึกษาทีมประคับประคอง
PCWN PCN	1. การประเมินและการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แนวทางการพยาบาล 1.การสื่อสารให้ความรู้ 2.การจัดการตามสาเหตุที่จัดการได้ 3.การจัดการอาการด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยา 4.การจัดการอาการด้วยวิธีการใช้ยา	ผู้ป่วยและครอบครัว PCCN ทีมสหสาขาวิชาชีพ	แบบประเมิน ESAS, POS, แบบประเมินภาวะทุกข์, ภาวะซึมเศร้า เอกสารแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการอาการรบกวน การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ
PCWN	2. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ขั้นตอนก่อนจำหน่าย - ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง ใน - ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแล การใช้อุปกรณ์ต่างๆ การได้รับยา การมาตรวัดตามนัด	ผู้ป่วยและครอบครัว	เอกสารการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การใช้อุปกรณ์ การศึกษาข้อมูลจากสื่อ

ตารางที่ 1 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้รับผิดชอบ	แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ผู้เกี่ยวข้อง	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
PCCN PCN	- โทรศัพท์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในชุมชน - ส่งต่อข้อมูลให้ PCN และ PCCN ทางระบบ Thai COC เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง - เยี่ยมผู้ป่วยภายใน 5 วัน หลังจำหน่าย หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง กรณีควบคุมอาการได้ - ติดตามเยี่ยมเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต และเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับการตายอย่างสงบ และเยี่ยมหลังการสูญเสียภายใน 1 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง	เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	วิดีโอผ่านทาง you tube, line เอกสารการดูแลในระยะใกล้ตายและหลังการสูญเสีย

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	n	$\bar{x}$	SD	Mean Difference	t	95% CI	p-value
ก่อนใช้แนวทางการพยาบาล	30	24.37	5.08				
หลังใช้แนวทางการพยาบาล	30	9.43	5.10	14.93	14.95	12.89 – 15.97	0.000

3. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1. การคัดกรองและการให้ข้อมูลการดูแล 2. การประเมินและการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 3. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4. การดูแลระยะใกล้ตายและหลังการสูญเสีย

4. ผลของการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า พยาบาลที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีอายุ 27-53 ปี อายุเฉลี่ย 42 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 - 20 ปี เฉลี่ย 7 ปี ซึ่งมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น 88 % ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน

ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีอายุตั้งแต่ 24 - 86 ปี เฉลี่ย 61 ปี เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 66.7 % รองลงไปเป็นโรคหลอดเลือดสมองและไตวาย 10 % รับประทานกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น 70% ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 90 % เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนและหลังการดูแลพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) ญาติผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 23 - 76 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ป่วย 1 เดือน - 5 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 6 เดือน ญาติรับรู้ถึงการจากไปอย่างสงบและสง่างามของผู้ป่วย 87 % ไม่พบญาติที่มีภาวะเศร้าโศกและภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ 90 % ตามลำดับ พบญาติมีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย 1 ราย เนื่องจากครอบครัวสูญเสียบิดามารดาในระยะห่างกัน 1 สัปดาห์ ประกอบกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและอยู่คนเดียว ได้ประสานทีมในการช่วยเหลือดูแล ญาติพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ 94 %



สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นแนวทางการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลจากโรงพยาบาลถึงกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมถึงการติดตามดูแลหลังการสูญเสีย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในแต่ละหน่วยงานที่ร่วมดูแลชัดเจน ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้นผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม ได้รับการดูแลตามเป้าหมายที่วางไว้ จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ ญาติส่วนใหญ่มีการปรับตัวดี ไม่เกิดภาวะเศร้าโศกและซึมเศร้าที่ผิดปกติ และพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ ในด้านพยาบาลผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองต่างก็พึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของอุษณี ขรเขต¹⁴ ในการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาตึกสิริกิติ์ชั้น 5 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ตามแนวพุทธศาสนาพบว่า 90 % ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและสง่างาม ความพึงพอใจของญาติโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับการวิจัยของวาสนา สวัสดิ์ถิ่นฐาน, อมรพันธุ์ ธานีรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร¹⁵ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่าผู้ป่วยและหรือญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก พยาบาลมีการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ¹⁶ ได้วิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า

ระบบส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก พยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษานี้สรุปว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแลได้
2. การสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งในชุมชนร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการติดตามการดูแลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้
3. สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 ทำให้เกิดข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตได้ แต่ในบางครั้งก็ช่วยให้เกิดโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายและมีภาวะที่คุกคามต่อชีวิตได้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมในการจัดการอาการรบกวน และได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมถึงการดูแลญาติหลังการสูญเสีย
2. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้สามารถใช้ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้เป็นไปตามเจตจำนงของผู้ป่วย ช่วยให้ญาติไม่เกิดความลำบากใจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง และติดตามดูแลญาติหลังการสูญเสีย



เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ.
- 2.ปฐมพร ศิริประภาศิริ. (2562). การดำเนินการตามนโยบาย Service Plan สาขา Palliative Care และการติดตามผลการดำเนินงาน. ใน เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เขตสุขภาพที่ 2. “We are matter because we are TREM” วันที่ 26 – 28 มีนาคม 2562 ณ โรงแรมสุโขทัยเทอร์เซอร์ จังหวัดสุโขทัย.
- 3.ฐานข้อมูลระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care. (ออนไลน์). สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2563)
- 4.ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย. (2651 - 2563). รายงานข้อมูลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เอกสารอัดสำเนา.
- 5.สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สำนักพิมพ์ สือตะวัน จำกัด.
- 6.พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2554). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร : ปรี-วัน.
- 7.สภาพบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2557). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก : การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วย ผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร : บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- 8.เศรษฐยา ศรีอุดม. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิต วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 9.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556).เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทาง ปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล. (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREER%20e-book.pdf> (เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2563)
- 10.ลดารัตน์ สาภินันท์. (2557). คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่ : บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- 11.ไพรินทร์ สมบัติ, นงลักษณ์ ไชยเสน และวชิรวิทย์ วงศ์ราษฎร์. (2556). การพัฒนางานผู้ป่วยนอกกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคอง และ ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน. ในสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (บ.ก.), บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2556. (น.55). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- 12.อรสา ยองโย. (2563). แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ. (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.cumentalhealth.com> (เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2563)
- 13.กองการพยาบาล สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลประจำปี งบประมาณ 2563. นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์ สือตะวัน จำกัด.
- 14.อุษณี ขรเขต.. (2556). การพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย แบบองค์รวมที่ตึกสิริกิติ์ชั้น 5 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (ออนไลน์). สืบค้นจาก http://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/km/1390201962_ (เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2563)
- 15.วาสนา สวัสดิ์ดินถนาท, อมรพันธุ์ ธาณรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบ ประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(1) : 54-69.
- 16.ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1) : 80-90.
- 17.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>
- 18.<https://scholar.google.co.th/>
- 19.Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance 4th Ed, Oct 2011. <http://www.goldstandardsframework.org.uk> 4-1

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

(Received: June 17,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 25,2023)

ชมพูนุท วงษานาว¹ วราลี วงศ์ศรีชา² วรณันนิภา แสนสุภา³

Chompoonut Wongsanaw¹ Waralee Wongsricha² Wannipa Seansupha³

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่ง จำนวน 26 คน 2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 72 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติที่ตามเกณฑ์การวิจัย ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางปฏิบัติ ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ลงมือการดำเนินงาน ตามรูปแบบการให้บริการที่กำหนดไว้ ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observing) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำ ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงกระบวนการและผลการปฏิบัติงาน ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูล 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามความคิดเห็น, แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ค่าความดันโลหิต/ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)/น้ำตาลสะสม (HbA1c) เปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลังด้วยสถิติ Pair T-test

ผลการศึกษา หลังการพัฒนาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต, เจาะน้ำตาลในเลือด 2) เข้ากลุ่มให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3) พบแพทย์ตรวจรักษา ปรับยา 4) พยาบาลให้คำแนะนำ/นัดครั้งต่อไป 5) รับคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกร 6) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($X=8.95$, $SD=1.12$, $X=7.99$, $SD=0.87$; $X\text{ SBP}=22.75$, $SD\text{ SBP}=11.86$, $X\text{ DBP}=7.65$, $SD\text{ DBP}=7.44$) ข้อมูลด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ ดีวก่อนพัฒนาระบบทั้งกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X=3.26$, $SD=0.45$, $X=4.46$, $SD=0.50$; $X=3.15$, $SD=0.36$, $X=4.50$, $SD=0.51$) ความพึงพอใจต่อระบบบริการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีความพึงพอใจ ต่อระบบบริการ ดีวก่อนพัฒนาระบบทั้งกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X=1.8$, $SD=0.57$, $X=4.42$, $SD=0.49$; $X=1.88$, $SD=0.58$, $X=4.42$, $SD=0.50$)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, คลินิกหมอครอบครัว, การพัฒนาระบบ, ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Abstract

Development of care system for patients with diabetes and hypertension The model was used as a family doctor clinic of the Piman Network, Na Kae District, Nakhon Phanom Province. The purpose of this study was to develop and study the effects of developing a care system for patients with diabetes and hypertension. The model was used as a family doctor clinic of the Piman Network, Na Kae District, Nakhon Phanom Province. Action research model: There are 2 groups of samples: 1. The service provider group includes a multidisciplinary team and a network of 4 sub-district health promoting hospitals, 26 people; 72 people and 80 hypertension patients were selected by

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

purposive sampling that met the research criteria. Research procedures/methods Step 1: Planning (Planning) Analyze the problem. Set guidelines for practice. Step 2: Acting. Implementation. According to the form of service defined. Step 3 Observing (Observing) is to provide information about the action. Step 4: Reflecting Processes and results from development. Data Analysis 1. General Information Questionnaire, Opinion Questionnaire, Satisfaction Questionnaire Data were analyzed by descriptive statistics using frequency, percentage and standard deviation. (FBS)/accumulated sugar (HbA1c) was compared before and after by Pair T-test.

The system of care for patients with diabetes and hypertension consists of 1) weighing, measuring blood pressure, and blood sugar testing 2) joining a group to educate about adjusting health behaviors 3) seeing a doctor, adjusting medication 4) The nurse gave advice/next appointment. 5) Received advice on the use of medication from a pharmacist. 6) Home visit by a team of family doctors according to the specified criteria. Health information of diabetic patients found that after developing the system. Diabetic patients had a statistically significant decrease in blood sugar and hypertensive patients had a statistically significant decrease in blood pressure of 0.05 ($X=8.95$, $SD=1.12$, $X=7.99$, $SD=0.87$; $X\text{ SBP}=22.75$, $SD\text{ SBP}=11.86$, $X\text{ DBP}=7.65$, $SD\text{ DBP}=7.44$). There are opinions about the organization of the service system, statistically significantly better than before system development in both the service recipient and the service provider group ($X=3.26$, $SD=0.45$, $X=4.46$, $SD=0.50$; $X=3.15$, $SD=0.36$, $X=4.50$, $SD=0.51$) Satisfaction with the service system of service users and service providers found that after system development satisfied per service system statistically significantly better than before the system development in both the service recipient and the service provider group ($X=1.8$, $SD=0.57$, $X=4.42$, $SD=0.49$; $X=1.88$, $SD=0.58$, $X=4.42$, $SD=0.50$)

Keywords: Diabetes, Hypertension, Family doctor clinic, System development, System of care for patients with diabetes and hypertension

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งในโรคเบาหวานหากไม่สามารถควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก็ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ และหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปาลายประสาท และเท้า เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา ส่วนในโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติ ต่ออวัยวะต่าง ๆ หลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอง

เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ถือเป็นการควบคุมภาวะโรค เป็นการควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ไขมันในเลือด โดยการควบคุมการรับประทานอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกาย และการใช้ยาในการลดระดับน้ำตาล และความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการที่ผู้ป่วยจะควบคุมโรคได้ ตัวผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรม ที่ถูกต้อง นอกจากนั้นการมีระบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็ง เน้นการจัดหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน อย่างสะดวกรวดเร็ว และเท่าเทียมกัน โดยเน้นการส่งเสริม ป้องกันมากกว่าการรักษาจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีเป้าหมาย การดำเนินงานตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) โดยการดูแลประชาชน

ในจำนวน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์-เวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพ รวม 10 สายงาน โดยกำหนดสัดส่วนให้ทันตแพทย์ เภสัชกร และ กายภาพบำบัดหนึ่งคนดูแลประชากร 30,000 คน ดังนั้น ต้องรวมทีมหมอครอบครัว 3 ทีม เข้าด้วยกัน บูรณาการ การทำงานร่วมกันของทีมจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ในปี พ.ศ. 2562 ตาม ประกาศคณะกรรมการ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนด ให้บุคลากรในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (primary care unit; PCU) หรือเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ (network primary care unit; NPCU) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกใกล้บ้านลด ระยะเวลารอคอย ให้บริการประชาชนแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถรักษาใกล้บ้านได้ และการพัฒนาระบบบริการเชิงรุก เพิ่มการให้บริการ ประชาชนในชุมชน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น

จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน คปสอ.นาแก ยังเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนาแกเพียงจุดเดียว ยัง ไม่มีการดำเนินงานส่งออกผู้ป่วยไปรักษา ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจำนวนผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และ มารับบริการในโรงพยาบาลนาแก ในปี 2564 ผู้ป่วย เบาหวาน จำนวน 4,642 คน ความดันโลหิตสูง จำนวน 7,162 คน จึงเกิดความแออัดมาก ระยะเวลารอคอยนาน เฉลี่ยมากกว่า 4-6 ชั่วโมงต่อวันที่มา รับบริการต่อครั้ง โดยผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเฉลี่ย 80-120 คน/วัน และมีแพทย์ตรวจเพียง 1 คน จาก สถานการณ์ปัญหาที่พบดังกล่าวมานั้น หากมีการ จัดระบบบริการสุขภาพแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ตาม ระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อดูแลประชาชน ที่เจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนและควบคุมได้ เป็นต้น

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวเป็นการ ให้บริการทางสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ที่ถือได้ว่าเป็นระบบการให้บริการทางสุขภาพ ด้าน

แรกของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน โดยมีสถานที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นซึ่งทำให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลได้ง่ายและเท่าเทียม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการ สาธารณสุขชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรครมากกว่าการรักษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ในการพัฒนา ศักยภาพระบบบริการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการได้แบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ เพื่อลดแออัด ลดรอ คอย ลดป่วย ลดตาย ลดค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งได้รับ การดูแลที่เป็นระบบเครือข่ายมากขึ้น ดังนั้นการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จึง เป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิตได้มาก ขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบ คลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ พัฒนา และศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบ คลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา ครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสห

วิชาชีพในโรงพยาบาลแก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่ง จำนวน 26 คน 2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 72 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน

ขั้นตอนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

เป็นขั้นตอนการศึกษาบริบทสถานที่ปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมาและในปัจจุบันรวมทั้งทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ แล้วนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ ทบทวน มาวางแผนแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งการวางแผนกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ลงมือการดำเนินงาน ตามแผน/รูปแบบการให้บริการ ที่กำหนดไว้

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observing) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำ ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงกระบวนการและผลการปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมานอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม และ 3.แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ให้บริการและผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสำหรับผู้ให้บริการ ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน, แนวทางปฏิบัติ/กระบวนการดำเนินงาน สำหรับผู้รับบริการ มี ชุดการสอน/ฝึกทักษะ/การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบสอบถามความคิดเห็น,แบบประเมินความ พึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ค่าความดันโลหิต/ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)/น้ำตาลสะสม (HbA1c) เปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ Pair T-test

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มผู้รับบริการ(ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) พบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.71 เพศชาย ร้อยละ 28.29 มีอายุเฉลี่ย 58 ปี เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 6 กลุ่ม พบว่ามากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 40.79 รองลงมาที่อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 36.18 ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือ โรคความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 97.22 รองลงมาเป็นโรค หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40.28 ส่วนโรค ความดันโลหิตสูง โรคร่วมคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 71.25 รองลงมาไม่มีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 12.50 สถานะสุขภาพ ส่วนใหญ่ตอบว่า แข็งแรงปานกลาง ร้อยละ 69.08 รองลงมาไม่แข็งแรง ร้อยละ 5.26 และแข็งแรงมาก ร้อยละ 4.61 เช่นกัน ส่วนการรับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 80.26 รองลงมา เป็นครอบครัวและญาติ ร้อยละ 26.97 และจากเพื่อน ร้อยละ 13.16 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 92.76 รองลงมาเป็นประกันสังคมและเบิกได้

ร้อยละ 4.61 เวลาที่ใช้เดินทางจากบ้านถึงคลินิกหมอครอบครัวส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ร้อยละ 25 รองลงมาใช้เวลา < 5 นาที ร้อยละ 16.45 พาหนะที่ใช้เดินทางส่วนใหญ่เดินทางมาคลินิกหมอครอบครัวด้วยพาหนะที่ใช้เดินทางคือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 34.87 รองลงมาใช้รถจักรยาน ร้อยละ 30.26 ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยมีค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ที่ น้อยกว่า 50 บาท ร้อยละ 59.87 รองลงมาเป็น 50-100 บาท ร้อยละ 34.87 และการรู้จักคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน ส่วนใหญ่รู้จักจากเจ้าหน้าที่รพ./รพ.สต.แนะนำหรือส่งตัวมา ร้อยละ 64.47 รองลงมาเพื่อนญาติ อสม.แนะนำ ร้อยละ 36.18 ส่วนจำนวนครั้งที่มารับบริการ ใน 1 ปี ส่วนมาก 4-6 ครั้งต่อปี ร้อยละ 51.32 รองลงมา 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 32.24

ในกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.23 เพศชาย ร้อยละ 30.77 มีอายุเฉลี่ย 39 ปี เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 6 กลุ่ม พบว่า มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 46.15 รองลงมาที่อายุมากกว่า 21-30 ปี ร้อยละ 23.08

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ
ในกลุ่มผู้รับบริการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในหัวข้อความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ในกลุ่มผู้รับบริการ ก่อนการพัฒนาระบบ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการในกลุ่มผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ($X=3.26$, $SD=0.45$) หลังการพัฒนาระบบ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($X=4.46$, $SD=0.50$) และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ ดีวก่อนพัฒนาระบบในกลุ่มผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้มีการ

อภิปรายผล ดังนี้ 1. ด้านความสะดวก/ความแออัด/ระยะเวลาการรอคอย จากที่ได้รับการบริการผลการวิจัยยังพบว่า หลังการพัฒนาระดับความคาดหวังการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนระดับบริการที่ได้รับหลังการพัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทีมเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีการตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน ทั้งนี้เนื่องจากทีมหมอครอบครัวได้เกิดขึ้น จากแนวคิดของรัฐบาลในการ แก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ให้เท่าเทียมและครอบคลุม จะเห็นได้จากการที่มีทีมหมอ ครอบครัวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวดูแลประชาชน ในพื้นที่ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทีมหมอครอบครัว จึง สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน 2.ด้านรูปแบบบริการ/บริการที่ได้รับ จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผลการวิจัยยังพบว่า หลังการพัฒนาระดับความคาดหวังการบริการด้านรูปแบบบริการ/บริการที่ได้รับ จากเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนระดับบริการที่ได้รับ หลังการพัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทีมเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ทั้งนี้เนื่องจากทีมพัฒนา มีการต่อยอดมาจากการทำงานในระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ผ่านมา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ สันติ หวามิฤทธิ์(2563) ที่ได้มีการการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การสร้างและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพบริการและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์

ด้านการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว โดยพัฒนาทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครต้นแบบ (2) พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ พัฒนาระบบ Smart Hospital เพิ่มประสิทธิภาพ การใช้เตียงรวมทั้งภาครัฐและเอกชน (3) พัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล Node และการพัฒนาระบบส่งต่อส่งกลับร่วมกัน (4) พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการและบริหารสุขภาพที่สำคัญ โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ภายหลังการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ผลประเมินผลกระทบพบว่าความพึงพอใจ ของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ($M = 4.07$, $S.D. = 0.49$) และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.29$, $S.D. = 0.61$) ข้อเสนอแนะ ควรการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร และสนับสนุนทรัพยากรให้กับ ทีมหมอครอบครัว ในระดับพื้นที่ เพื่อนำไปสู่ดำเนินงานทีมหมอครอบครัว คุณภาพมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป 3. การปฏิบัติที่ได้รับจากการบริการ (อรรถาศัยในการให้บริการของผู้ให้บริการ) ผลการวิจัยยังพบว่า ภายหลังการพัฒนาระดับความคาดหวังการบริการด้านรูปแบบบริการ/บริการที่ได้รับ จากเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนระดับบริการที่ได้รับ ภายหลังการพัฒนา ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ ของระดับบริการที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า การให้บริการของเจ้าหน้าที่และบุคลากร ในเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ได้มีการพัฒนาการให้บริการที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว คือ “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” มีการบริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา(โรค)ของผู้ป่วย แต่

เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio, Psycho, Social, Spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ 4. ข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ผลการวิจัยยังพบว่า ภายหลังการพัฒนาระดับความคาดหวังการบริการด้านรูปแบบบริการ/บริการที่ได้รับ จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนระดับบริการที่ได้รับ ภายหลังการพัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การมีระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and Referral System) ทีมผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้อง กับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำ ก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึงยังทำหน้าที่ช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วย ร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพ และผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย 5. คุณภาพบริการ ผลการวิจัยยังพบว่า ภายหลังการพัฒนาระดับความคาดหวังการบริการด้านรูปแบบบริการ/บริการที่ได้รับ จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนระดับบริการ ที่ได้รับ ภายหลังการพัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเช่นกัน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในด้านคุณภาพของการให้บริการที่ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับ ภายหลังการพัฒนาได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ในด้านการออกตรวจตรงเวลาของแพทย์ บริการด้านระยะเวลาการตรวจรักษา หรือการนัดหมายต่างๆ ทำให้เห็นได้ว่าการให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวช

ศาสตร์ครอบครัวยังไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา(โรค)ของผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติทุกด้านที่มีผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และ ชุมชน (Bio, Psycho, Social, Spiritual) เพื่อความ เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ 6. ความเหมาะสมที่ได้รับจาก การบริการ เช่น ค่ารักษา ค่าบริการทางการแพทย์ ต่างๆผลการวิจัยยังพบว่า หลังการพัฒนาระดับความ คาดหวังการบริการด้านรูปแบบบริการ/บริการที่ ได้รับ จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับ มากถึงมากที่สุด ส่วนระดับบริการที่ได้รับ หลังการ พัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของ ระดับบริการที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า บริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจของคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ทำให้ลดค่าใช้จ่ายทั้ง ในการเดินทาง และในด้านของค่าบริการทาง การแพทย์ต่างๆ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจากบริการ และความเหมาะสมที่ได้รับจากการบริการในด้าน ต่างๆมากขึ้น

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ ในกลุ่มผู้ให้บริการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบ คลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในหัวข้อความคิดเห็นเกี่ยวกับการ จัดระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอ ครอบครัวในกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่า ก่อนการพัฒนา ระบบ ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การจัดระบบบริการ อยู่ ในระดับปานกลาง ($X = 3.15, SD = 0.36$) หลังการ พัฒนาระบบ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบ บริการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($X = 4.50, SD = 0.51$) และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการ จัดระบบบริการ ดีกว่าก่อนพัฒนาระบบในกลุ่มผู้ ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้มีการ

อภิปรายผล ดังนี้ 1. ความสะดวก ในการให้บริการ ผลการวิจัยยังพบว่า หลังการพัฒนาระดับความ คาดหวังการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วน ระดับบริการที่ได้รับ หลังการพัฒนาความคิดเห็น เกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการ ที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เช่นกัน จากผล การศึกษาแสดงให้เห็นว่าทีมเครือข่ายคลินิกหมอ ครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอนาแก จังหวัด นครพนม ได้ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2559 โดนมีสิ่งที่มีมุ่งหวังในการดำเนินการคลินิกหมอ ครอบครัว คือการจัดบริการที่ดีจะสามารถดูแล ประชาชนได้ เสมือนญาติมิตร ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้ง่าย สามารถดูแลตนเองได้ก่อน เจ็บป่วย รู้จักความเสี่ยงที่ตนมี หากเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็สามารถดูแลใกล้ๆบ้าน ไม่ต้องไปลำบากรอคอยคว ยาวนาน ในโรงพยาบาลใหญ่ หาก เจ็บป่วยด้วยโรค หรือ มีอาการที่จำเป็นต้องพึ่งพาการตรวจรักษา แพทย์เฉพาะด้านเกินกว่าศักยภาพที่คลินิกหมอ ครอบครัวจัดบริการให้ได้ก็สามารถเข้าถึงบริการ ใน โรงพยาบาลใหญ่ได้สะดวก ดังนั้นการบริการจึงจำ เป็นต้องจัด แบบครบวงจรในชุมชนและเชื่อมโยงให้ ถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ได้ เกิดกระบวนการดูแล แบบ “Seamless System” ซึ่งสามารถแสดงการ เชื่อมโยงระหว่างส่วนต่างๆ ทั้งในชุมชนต่อเนื่องกับ โรงพยาบาลได้ 2. รูปแบบบริการ ในการให้บริการ ผลการวิจัยยังพบว่า หลังการพัฒนาระดับความ คาดหวังการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วน ระดับบริการที่ได้รับ หลังการพัฒนาความคิดเห็น เกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการที่ได้รับ รวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าโดยปกติเมื่อเราคิดถึงบริการในหน่วย บริการ มักคิดถึงลักษณะการให้บริการแบบ OPD ทั่วไป หรือ ไม่ใช่บริการแบบ Extended OPD ไม่ มุ่งเน้นบริการแบบ Acute care แต่จะให้บริการที่มี การสอดแทรกความเป็นเชิงรุกหรือการดูแลองค์รวม ไว้ใน การดูแลทุกๆจุด อาจมีการนำครอบครัวหรือ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นร่วมบำบัดรักษา,

ร่วมเรียนรู้การดูแลตนเอง, ร่วมจัดบริการ, การจัดกลุ่มบำบัด (Group therapy) หรือ การจัดชมรมผู้ป่วยซึ่งจะช่วยในการดูแลซึ่งกันและกัน เป็นต้น 3. แนวทางปฏิบัติ/ขั้นตอนบริการ ในการให้บริการ ผลการวิจัยยังพบว่า หลังการพัฒนาระดับความคาดหวังการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนระดับบริการที่ได้รับ หลังการพัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการที่ได้รับ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวทางปฏิบัติ/ขั้นตอนบริการของผู้ให้บริการมีความสำคัญในการจัดบริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เพื่อระบบบริการปฐมภูมิเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน เครือข่ายต่างๆ เพื่อให้การดูแลประชาชนที่มีคลินิกหมอครอบครัวเป็นแกนหลักสร้างให้เกิดรูปแบบการให้บริการ ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี 4. คุณภาพการบริการ ในการให้บริการผลการวิจัยยังพบว่า หลังการพัฒนาระดับความคาดหวังการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนระดับบริการที่ได้รับ หลังการพัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของระดับบริการ ที่ได้รับ โดยรวมอยู่ในระดับมาก จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในการสร้างบริการที่สามารถดำเนินบทบาทหน้าที่ต่างๆ ให้บรรลุผลของภารกิจที่ตั้งไว้นี้ต้องมีคุณภาพ มีหัวใจสำคัญคือการดำเนินงานด้วยวิชาชีพที่มีการทำงานเป็นเนื้อเดียวกัน การจัดการระบบต่างๆ ให้สอดคล้องกันได้ดี ดังนั้นการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีผู้จัดการระบบงาน หรือผู้ประสานงานภายในกลุ่มเครือข่ายหน่วยบริการที่มาประกอบกันเป็น cluster หรือคลินิกหมอครอบครัว ที่สามารถเปิดพื้นที่ให้กับแต่ละสาขาวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม และเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างวิชาชีพได้อย่างแนบเนียน นอกจากนั้น ยังต้องทำการสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งภายในและภายนอก cluster เพื่อให้เกิดการนำทรัพยากรที่จำเป็นมาใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและส่งต่อได้ราบรื่นจึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้ ดังนั้นการ

ดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีผู้จัดการระบบงาน หรือผู้ประสานงานภายในกลุ่มเครือข่ายหน่วยบริการที่มาประกอบกันเป็น cluster หรือคลินิกหมอครอบครัว ที่สามารถเปิดพื้นที่ให้กับ แต่ละสาขาวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม และเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างวิชาชีพได้อย่างแนบเนียน นอกจากนั้นยังต้องทำการสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งภายในและภายนอก cluster เพื่อให้เกิดการนำทรัพยากรที่จำเป็นมาใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและส่งต่อได้ราบรื่น จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิกาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนมพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ ความพึงพอใจต่อระบบบริการในกลุ่มผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 1.8$, $SD = 0.57$) หลังการพัฒนาระบบ ความพึงพอใจต่อระบบบริการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($X = 4.42$, $SD = 0.49$) ซึ่งพบว่าในด้านความสะดวก,บริการ ที่ได้รับ, พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่,การประชาสัมพันธ์ และข้อมูลที่ได้รับ,คุณภาพบริการ,ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านความสะดวกและในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ที่มีความพึงพอใจมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการให้บริการในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว เป็นบริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ทำให้ประชาชนมีความสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในด้านค่าบริการทั้งในเรื่องของค่าเดินทาง เป็นต้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลวิจัยพบว่า ในด้านบริการที่ได้รับ และพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ รวมถึงคุณภาพบริการและการประชาสัมพันธ์และข้อมูลที่ได้รับ ที่ได้ได้รับความพึงพอใจในระดับมาก ทั้งนี้เป็นไปตามเป้าหมายของนโยบายทีมหมอครอบครัว ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอุ่นใจเป็นญาติมิตรให้คำปรึกษา แนะนำ และดูแล ด้านสุขภาพของประชาชนและครอบครัว อย่างองค์รวม อีกทั้งการใช้แนวคิดการดูแล

กลุ่มเป้าหมายของทีมหมอครอบครัวตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจรด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นผู้ดูแลแต่แรก ดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน มีระบบคำปรึกษาสอดคล้องกับ ปิยะ เทพปิยวงศ์. (2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมาก และนฤมล บุญโสภิน และคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบทีมหมอครอบครัว ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก และวาสนา ศรีวิชัย. ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลที่ได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว มีความพึงพอใจในการบริการด้านสุขภาพด้านชุมชน และด้านสังคม อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

5. ความพึงพอใจในกลุ่มผู้ให้บริการ ในกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ ความพึงพอใจต่อระบบบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 1.88$, $SD = 0.58$) หลังการพัฒนาระบบ ความพึงพอใจ ต่อระบบบริการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($X = 4.42$, $SD = 0.50$) และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีความพึงพอใจต่อระบบบริการ ดีกว่า ก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ด้านผลลัพธ์ พบว่าเจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน ในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับ เป้าหมาย (Intention) ของกระทรวง สาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพ เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษา ของ วันโรฮาน กา ริแซ (2563) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดระนอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านบริบทโครงการ ในหัวข้อคลินิกหมอครอบครัวมีการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ มากที่สุด ($X = 4.21$) มีระดับความคิดเห็นอยู่ใน

ระดับสูง ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าในหัวข้อแพทย์ ที่ให้การรักษาทานทำการตรวจรักษาด้วยความคล่องแคล่วและชำนาญมากที่สุด ($X = 4.11$) และมีคะแนนความคิดเห็นในหัวข้อ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่มีความพร้อม/ไม่เพียงพอ น้อยที่สุด ($X = 1.83$) มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน ในหัวข้อ ทีมหมอครอบครัวมีส่วนร่วม และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของท่าน และหัวข้อคลินิกหมอครอบครัวไม่มีการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อท่าน และชุมชนมากที่สุด ($X = 4.10$) กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความพึงพอใจคลินิกหมอครอบครัว อยู่ในระดับสูงในทุกประเด็น และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ ต่อความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการคลินิกหมอครอบครัว ในจังหวัดระนอง

6. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอ นาแก จังหวัดนครพนม โดยจากการได้ใช้รูปแบบการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอ นาแก จังหวัดนครพนม นั้น หลังการพัฒนาพบว่า ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ที่มีระบบที่ชัดเจน มีรูปแบบส่งผลทำให้ประชาชนในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในพื้นที่ได้รับบริการที่ดี สะดวก เข้าถึงบริการได้ง่าย มากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ได้รับการด้านการรักษาทั้งในเชิงรับและเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่ส่งผลต่อการดูแลและปฏิบัติตนเองเพื่อควบคุมโรคได้มากขึ้น รวมทั้งความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการจากการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพืมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในครั้งนี้

7. เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา ข้อมูล ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการพัฒนาาระบบ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด พบค่าเฉลี่ย $X = 8.95$, $SD = 1.12$ หลังการพัฒนาาระบบ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด พบค่าเฉลี่ย $X = 7.99$, $SD = 0.87$ และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า หลังการพัฒนาาระบบ ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ลดลง กว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะเมื่อผู้ป่วยได้พบแพทย์ให้การรักษา และมีการปรับยาที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับคำแนะนำตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ทำให้สามารถปรับพฤติกรรม ทำให้ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

8. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนพัฒนาค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยค่า Systolic Blood Pressure ค่า $X = 164.15$, $SD = 13.65$ ส่วนค่า Diastolic Blood Pressure ค่า $X = 84.50$, $SD = 11.72$ และ หลังการพัฒนาพบว่า ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยค่า Systolic Blood Pressure ค่า $X = 141.40$, $SD = 10.26$ ส่วนค่า Diastolic Blood Pressure ค่า $X = 76.78$, $SD = 7.44$ จากการควบคุมค่าความดันโลหิต (Blood Pressure) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบแนวโน้มทำให้การควบคุมค่าความดันโลหิต (Blood Pressure) ลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยค่าเฉลี่ย ค่าความดันโลหิต (Blood Pressure) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยลดลงจากก่อนพัฒนา ทั้งค่า Systolic Blood Pressure และ ค่า Diastolic Blood Pressure มีค่าเฉลี่ยลดลงเช่นกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้พบแพทย์และเข้าสู่กระบวนการ/รูปแบบการให้คำแนะนำตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายพิกาน อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม เพื่อปรับพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุม

ความดันโลหิตได้ดีขึ้น เนื่องจาก ผลการที่ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบและรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของทีมคลินิกหมอครอบครัวและเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชนได้อย่างเป็นระบบและมีรูปแบบ

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายพิกาน อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม ในครั้งนี้สรุปได้ว่านอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ได้กล่าวไว้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาว เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) รวมทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และยังเป็นพื้นฐานการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วย จะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา หรือไม่ก็ตาม คำแนะนำของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน, การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพเป็นประจำ, การจำกัดปริมาณอาหาร ที่มีรสหวาน/เกลือ/ไขมันในอาหาร, การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ, การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาการพัฒนาระบบบริการในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และกำหนดตัวชี้วัดที่ท้าทายเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการที่ดีอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ที่เน้นการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นการ

พัฒนาการเข้าถึงบริการในคลินิกหมอครอบครัวมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการในผู้ป่วยโรคทั่วไปอื่นๆโดยใช้รูปแบบคลินิกหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่องในประชาชนทั่วไป

2. ควรมีการสร้างเครือข่ายในชุมชนและในแต่ละครอบครัว มีแกนนำในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2561).แนวทางการจัดการบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster).พิมพ์ครั้งที่ 1 : พิมพ์ที่บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2559).แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข).นนทบุรี:สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. เกษมธิดา หะชะนีและอิสรา สพสมัย.(2562).การพัฒนาารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ. ในวารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 28 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2562.
3. เกษมธิดา หะชะนีและอิสรา สพสมัย.(2562).การพัฒนาารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ. ในวารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 28 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2562.
4. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2559). ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ. 2561 – 2570).นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
5. คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ.(2558). สมัชชาสุขภาพ 8/ หลัก 3 - ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
6. ดุสิตา ตู้อะกาย.(2562).การเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง จากมุมมองผู้ป่วย.ใน Thammasat Medical Journal, Vol. 19 Supplement August 2019..
7. ชีระ วรธนรัตน์และคณะ.(2559). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง:กรณีศึกษาในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
8. ธนพล ตั้งสกุล.(2564).ผลการควบคุมความดันโลหิตหลังการปรับรูปแบบบริการในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.ในวารสารPCFM ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (2021): พฤษภาคม - สิงหาคม 2564.
9. นฤมล บุญโสภิน,วรางคณา จันทร์คงและช่อทิพย์บรมธนรัตน์.(2561).การพัฒนาารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 12 (1) : 172 – 80.

การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิงห์บุรี

Study of Behavior and Factors Which Affect Energy

Case Study of Singburi Hospital

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 25,2023)

ภุริต นุชเยี่ยมปลา¹

Bhurit Nuchiampabha

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความคิดเห็นที่มีต่อการใช้พลังงานไฟฟ้าในอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงาน เพื่อศึกษาช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 281 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การทดสอบ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และสถิติ Pearson correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.8) อายุระหว่าง 41 – 50 ปี (ร้อยละ 36.7) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 65.1) ตำแหน่งในการทำงาน เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 69.8) และมีรายได้ 50,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 21.0) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 48.4) หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ คือ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (ร้อยละ 52.3) ภาพรวมตามประเภทการใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงาน พบว่า อุปกรณ์สำนักงานใช้ร่วมกันที่ใช้มากที่สุดคือ ตู้เย็น คิดเป็นร้อยละ 85.4 อุปกรณ์สำนักงานใช้ส่วนตัวที่ใช้มากที่สุดคือ คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ คิดเป็นร้อยละ 13.9 และอุปกรณ์ที่นำมาใช้งานในอาคารมากที่สุดคือ อุปกรณ์ชาร์ตมือถือคิดเป็น ร้อยละ 21.4 ในส่วนของลักษณะการเปิดใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงาน พบว่าอุปกรณ์ที่มีการเปิดใช้งานแล้วปิดตอนพักสูงสุดคือ คอมพิวเตอร์ แบบตั้งโต๊ะ คิดเป็นร้อยละ 64.1 อุปกรณ์ ที่มีการใช้งานโดยไม่ปิดตอนพักสูงสุดคือ คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะและเครื่องพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 14.9 เท่ากัน และอุปกรณ์ที่มีการใช้งาน 24 ชั่วโมงสูงที่สุดคือ ตู้เย็นคิดเป็นร้อยละ 81.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.9) และพฤติกรรม การประหยัดพลังงานอย่างจริงจัง (ร้อยละ 72.24)

คำสำคัญ : พฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า

ABSTRACT

This research was survey research aimed to study behaviors and opinions towards the use of electrical energy in office equipment. To study the channels for acknowledgment of news about electric energy conservation Study the level of knowledge and behavior of electric energy conservation. To study and compare the level of knowledge and behavior of energy conservation. Classified by personal characteristics To test the relationship between knowledge and energy conservation behavior of personnel working in Singburi Hospital. Sample size were Temporary employees Permanent employees Employees of the Ministry of Public Health Government employees and civil servants who work in Sing Buri Hospital, amounting to 281 people. Collect data from questionnaires Statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, one-way ANOVA, and Test the relationship between knowledge and statistics Pearson correlation.

¹ นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

The results showed that Most of the sample were female (85.8%), aged between 41 - 50 years old (36.7%), bachelor's degree (65.1%), working position. are civil servants (69.8%) and earn more than 50,000 baht (21.0%), with a period of work of 20 years or more (48.4%). The working unit is the nursing mission group (52.3%).) An overview of the type of use of office electrical equipment found that the most used shared office equipment was a refrigerator, representing 85.4 percent. The most used personal office equipment was refrigerator. desktop computer accounted for 13.9 percent and the equipment used in the building was the most Mobile chargers accounted for 21.4 percent. In terms of the nature of the activation of office electrical appliances It was found that the device that was turned on and turned off during the rest period was the desktop computer, representing 64.1 percent. Desktop computers and printers Representing the same 14.9 percent and the device with the highest 24-hour usage is Refrigerators accounted for 81.1 percent. Most of the sample groups had moderate energy saving knowledge (66.9 percent) and serious energy saving behavior (72.24 percent).

Keywords: behavior, energy conservation

บทนำ

พลังงานไฟฟ้า เป็นปัจจัยสำคัญขั้นพื้นฐานทั้งในการดำรงชีวิตของมนุษย์ การผลิตภาคอุตสาหกรรม ภาคธุรกิจและครัวเรือน ปัจจุบันความต้องการใช้พลังงานไฟฟ้าเพื่อตอบสนองการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลรายงานสถานการณ์พลังงานไทยในปีพ.ศ. 2562 พบว่ามีการใช้ไฟฟ้ารวมทั้งสิ้น 226,465 กิกะวัตต์ชั่วโมง เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.3 โดยภาคครัวเรือนมีการเติบโตสูงสุดที่ร้อยละ 8.8 ขณะที่ภาคอุตสาหกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับสาขาอื่นมีสัดส่วนการใช้ไฟฟ้ามากที่สุด ถึงร้อยละ 38 สาขาธุรกิจมีสัดส่วนการใช้ไฟฟ้า ร้อยละ 22 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.1 โดยกลุ่มธุรกิจหลักที่มีการใช้ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น ได้แก่ อพาร์ตเมนต์และเกสต์เฮาส์ โรงแรมและห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 13.6 ,2.7 และ 2.4 ตามลำดับ สาขาครัวเรือนมีสัดส่วนการใช้ไฟฟ้า ร้อยละ 22 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8 ⁽¹⁾

จากแนวโน้มการใช้พลังงานไฟฟ้าของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงพลังงานซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดหาพลังงาน ต้องทำหน้าที่อย่างหนัก ในการจัดหาพลังงานจากแหล่งต่าง ๆ ให้เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นนี้ จากสถานการณ์การดังกล่าว รัฐบาลได้ตระหนักและหันมาให้ความสนใจอย่างจริงจัง โดยมีการ รณรงค์ให้ประชาชนหันมาอนุรักษ์พลังงาน ใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและ

ประหยัด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการอนุรักษ์พลังงาน ทางคณะรัฐมนตรี จึงมติในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2555 ว่าให้หน่วยงานราชการดำเนินมาตรการลดใช้พลังงานลงให้ได้น้อยกว่า 10% เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับภาคเอกชน และมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2562 ได้มีมติกำชับให้ส่วนราชการรัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานอื่นของรัฐ ดำเนินการให้มีการใช้สาธารณูปโภคประเภทต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำประปาและไฟฟ้าอย่างประหยัดเท่าที่จำเป็น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และลดภาระงบประมาณภาครัฐในภาพรวมโดยพิจารณาดำเนินการมาตรการต่างๆที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปด้วย เช่นการรณรงค์สร้างสร้างค่านิยมและจิตสำนึกในการใช้สาธารณูปโภคของหน่วยงานอย่างประหยัดและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ราชการ การปรับปรุงเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความสิ้นเปลืองของพลังงาน และเลือกใช้ทรัพยากรทางเลือกหรือพลังงานทดแทน เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านพลังงานให้เหมาะสมกับสถานที่ตั้งและสภาพของหน่วยงาน และให้ติดตามประเมินผลการใช้สาธารณูปโภคของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวทางและมาตรการในการใช้สาธารณูปโภคของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเป็นระยะๆ ⁽²⁾ (2)

ในส่วนของจังหวัดสิงห์บุรีนั้น ได้กำหนดให้ทุกส่วนราชการปฏิบัติตามมาตรการประหยัดพลังงาน



ในด้านมาตรการประหยัดพลังงานไฟฟ้ากำหนดเป้าหมายให้ลดลงอย่างน้อย 10% เทียบกับปริมาณการใช้ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งกำหนดเป็นตัวชี้วัดให้ทุกส่วนราชการถือปฏิบัติ⁽³⁾

ปัจจัยหลักที่สำคัญมีผลต่อการใช้พลังงานไฟฟ้าคือ ประสิทธิภาพของอุปกรณ์ไฟฟ้า และพฤติกรรมของผู้ใช้พลังงานไฟฟ้า ซึ่งกรณีอุปกรณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้นจะส่งผลให้เกิดการใช้พลังงานไฟฟ้าเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการสูญเสียพลังงานไฟฟ้ามากขึ้น อุปกรณ์สำนักงานบางชนิดใช้งานมานานมากต้องมีการเปลี่ยนใหม่ หมายถึงงบประมาณและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตามมา หากแต่สิ่งที่ใช้ค่าใช้จ่ายไม่มากในการประหยัดพลังงานคือผู้ใช้พลังงาน หากผู้ใช้พลังงานมีความรู้และตระหนักต่อการใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด ช่วยแก้ไขและสะท้อนปัญหาในจุดที่มีการสูญเสียแบบเปล่าประโยชน์หรือลดการใช้พลังงานไฟฟ้าที่สิ้นเปลือง ใช้พลังงานเครื่องจักรและอุปกรณ์ ต่าง ๆ อย่างถูกต้องแล้วไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นสามารถส่งผลให้เกิดการอนุรักษ์และประหยัดพลังงานไฟฟ้าอย่างยั่งยืน และการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป^(4,5)

โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการตามมาตรการอนุรักษ์พลังงานมาอย่างต่อเนื่อง หากแต่ค่าใช้จ่ายเรื่องค่ากระแสไฟฟ้าไม่ลดลงตามเป้าหมาย ปัจจัยมาจากการขยายการให้บริการที่เพิ่มขึ้น การก่อสร้างอาคารบริการเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน การเพิ่มเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการเพื่อความพร้อมในการให้บริการ มีจุดที่เปิดใช้งานตลอด 24 ชั่วโมง อุปกรณ์ส่วนใหญ่มีอายุการใช้งานยาวนานจึงมีประสิทธิภาพต่ำและสิ้นเปลืองพลังงาน รวมทั้งบุคลากรที่เป็นผู้ใช้พลังงานขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าอย่างถูกวิธี ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร และขาดความตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาขององค์กรในการใช้พลังงานไฟฟ้าอย่างสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในภาพรวม⁽⁶⁾

การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาที่บุคลากรโรงพยาบาลสิงห์บุรี ถึงพฤติกรรมและความคิดเห็นที่มีต่อการใช้งานอุปกรณ์ไฟฟ้าของบุคลากรในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ช่องทางการรับรู้ข้อมูลการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ความรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของบุคลากรในโรงพยาบาลสิงห์บุรี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาเป็นเครื่องมือใช้ประกอบในการตัดสินใจของผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบด้านพลังงาน ในการกำหนดนโยบายด้านการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าแบบมีส่วนร่วม เพื่อช่วยประหยัดพลังงาน และลดภาระโหดความร้อนที่เกิดขึ้น พัฒนาความรู้และทักษะการใช้งานของอุปกรณ์ไฟฟ้าภายในสำนักงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการประหยัดพลังงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิงห์บุรีระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อมุ่งศึกษาพฤติกรรมและความคิดเห็นที่มีต่อการใช้พลังงานไฟฟ้าในอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานของบุคลากรในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ศึกษาถึงช่องทางการรับรู้ข้อมูลการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ความรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563 – มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (Target Population) คือ บุคลากรโรงพยาบาลสิงห์บุรี

จำนวนทั้งสิ้น 824 คน (ที่มา: ข้อมูลบุคลากร กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสิงห์บุรี ณ วันที่ 1 กันยายน 2563)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลสิงห์บุรีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามแนวคิดของ Yamane (1973)⁷ ที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ +5% รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 297 คน ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถนำกลับมาวิเคราะห์ได้จำนวน 281 ชุด คิดเป็นร้อยละ 94.61

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการทำงาน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้พลังงานไฟฟ้าในอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงาน มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

2.1 ประเภทของการใช้งานและลักษณะการเปิดใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงาน แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือลักษณะของการใช้งานอุปกรณ์ และลักษณะของการเปิดใช้งาน โดยเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 17 ข้อย่อย

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงานด้านการประหยัดพลังงานไฟฟ้า โดยเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อย่อย ผู้วิจัยได้ใช้มาตรฐานวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ ในการวัดระดับความคิดเห็น ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน

เฉยๆ มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน

ตอนที่ 3 การอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า

3.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าว่าท่านได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าจากสื่อต่างๆ 10 แหล่ง มากน้อยเพียงใด และมีความต้องการรับรู้ข่าวสารหรือไม่ หากต้องการ ต้องการรับรู้ข่าวสารเรื่องใดจำนวน 5 เรื่อง

3.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการวัดความรู้ในเรื่องการประหยัดพลังงาน จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบหลายตัวเลือก (Multiple choices) ประเภท 4 ตัวเลือก ซึ่งเฉลยคำตอบที่ถูกต้อง ดังแสดงในตารางข้อคำถามจำแนกตามคำตอบที่ถูกต้อง

3.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงาน จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยได้ใช้มาตรฐานวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยจะกำหนดค่าของคะแนนของคำตอบ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน
บางครั้ง มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน
บ่อยครั้ง มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน
สม่ำเสมอ มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน

3.4 ข้อคำถามเรื่องปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อนำข้อมูลที่ได้รวบรวมเป็นข้อเสนอแนะต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นี้ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธี IOC ในการหาความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้วิจัยปรับแก้แบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ

ใกล้เคียงกัน จำนวน 36 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า Reliability statistics เท่ากับ 0.86 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีคุณภาพดี และเหมาะสมในการนำไปเก็บข้อมูลจริงได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การทดสอบ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และสถิติ Pearson correlation

สรุปผลวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.8) มีอายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 36.7) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.1) ตำแหน่งในการทำงาน เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 69.8) และมีรายได้ 50,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 21.0) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 48.4) หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ คือ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (ร้อยละ 52.3)

2. ภาพรวมตามประเภทการใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงาน ทั้ง 3 ประเภท พบว่า อุปกรณ์สำนักงานใช้ร่วมกันที่ใช้มากที่สุดคือ ตู้เย็น คิดเป็นร้อยละ 85.4 อุปกรณ์สำนักงานใช้ส่วนตัวที่ใช้มากที่สุดคือ คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะคิดเป็นร้อยละ 13.9 และอุปกรณ์สำนักงานนำมาเองที่มีการนำเข้ามาใช้งานในอาคารมากที่สุดคือ อุปกรณ์ชาร์ตมือถือคิดเป็นร้อยละ 21.4 ในส่วนของลักษณะการเปิดใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงาน ทั้ง 3 ลักษณะ พบว่าอุปกรณ์ที่มีการเปิดใช้งานปิดตอนพักสูงสุดคือ คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะคิดเป็น ร้อยละ 64.1 อุปกรณ์ ที่มีการใช้งานไม่ปิดตอนพักสูงสุดคือ คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะเช่นกันและเครื่องพิมพ์

คิดเป็นร้อยละ 14.9 เท่ากัน และอุปกรณ์ที่มีการใช้งาน 24 ชั่วโมงสูงสุดคือ ตู้เย็นคิดเป็นร้อยละ 81.1

3. จากความคิดเห็นของการใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงานเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ เรื่องของการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการให้ความร่วมมือเพื่ออนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าไฟฟ้าอุปกรณ์ เครื่องใช้สำนักงานในหน่วยงาน เป็นลำดับแรก รองลงมาให้ความสำคัญกับการเลือกใช้และเลือกซื้ออุปกรณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีฉลากอนุรักษ์ไฟจะส่งผลต่อการสิ้นเปลืองการใช้พลังงานไฟฟ้า เป็นลำดับที่ 2 และการเลือกใช้ อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงานที่มีประสิทธิภาพสูง จะสามารถช่วยลดการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นลำดับที่ 3 ส่วนการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าจากอุปกรณ์สำนักงานแบบมีส่วนร่วม ควรเริ่มจากแนวคิดของผู้บริหารที่ต้องการ ลดค่าใช้จ่ายด้านพลังงานไฟฟ้ายู่ในลำดับที่ 4 ทั้งนี้บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการ อนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าว่าเป็นหน้าที่ดูแลของเจ้าหน้าที่ประจำอาคารเพียงอย่างเดียวเป็นลำดับสุดท้ายแสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการเลือกใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ช่วยลดการใช้พลังงาน อย่างดี และการเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าสำนักงานที่มีประสิทธิภาพสูง จะสามารถช่วยลดการใช้พลังงานไฟฟ้า

4. การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าไฟฟ้าอยู่ในระดับการรับรู้ข่าวสารมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนการรับรู้ข่าวสาร มากที่สุดคือ Line โดยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ร้อยละ 84.3 เนื้อหาความรู้ 3 อันดับที่มีความต้องได้แก่ เรื่องวิธีปฏิบัติกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 69.4 เรื่องการดูแลรักษาเครื่องใช้ไฟฟ้าแต่ละประเภทร้อยละ 61.6 และสถานการณ์ พลังงานไฟฟ้าในปัจจุบัน ร้อยละ 42

5. ระดับความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ

การอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.9) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 31) และระดับน้อย (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ

6. พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าอย่างจริงจัง (ร้อยละ 72.24) ทำบ้างไม่ทำบ้าง (ร้อยละ 17.37) และ ไม่จริงจัง (ร้อยละ 1.07)

7. ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

7.1 ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการที่มีอายุ ตำแหน่ง และรายได้ต่างกัน มีระดับความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ที่มีเพศ การศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานและหน่วยงานปฏิบัติงานต่างกัน มีระดับความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าไม่แตกต่างกัน

7.2 ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการที่มีการศึกษา และรายได้ต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ที่มีเพศ อายุ ตำแหน่งระยะเวลาการปฏิบัติงานและหน่วยงานปฏิบัติงานต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ไม่แตกต่างกัน

7.3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้ากับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรีไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ($r = -0.002$)

อภิปรายผล

จากการการวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 281 คน สามารถสรุปประเด็นที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา ดังนี้

ความสัมพันธ์ของอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานกับประเภทของการใช้งานสามารถบอกถึงประเภทของอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานที่บุคลากรใช้งานร่วมกัน ใช้งานส่วนตัวและอุปกรณ์ที่นำมาเองได้ เนื่องจากอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานภายในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก ลักษณะการใช้งานต่างกัน และยังมีการใช้พลังงานมากน้อยต่างกัน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดแนวทางในการใช้อุปกรณ์ที่บุคลากรสามารถใช้ร่วมกันได้บางรายการ ทั้งนี้เพื่อเป็นการควบคุมการใช้งานอุปกรณ์ส่วนตัวและอุปกรณ์นำมาเองที่ใช้งานในหน่วยงานได้ให้เกิดความเหมาะสม ซึ่งจะเป็นการช่วยลดการใช้พลังงานไฟฟ้า และยังเป็นกำหนดการใช้งานอุปกรณ์ส่วนรวมอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดอีกด้วย⁴

ความคิดเห็นของการใช้งานอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการให้ความร่วมมือเพื่ออนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ไฟฟ้าอุปกรณ์ แสดงว่าบุคลากรยินดีให้ความร่วมมือในการร่วมอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของหน่วยงาน การจัดกิจกรรมจึงควรเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการร่วมกันอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า สอดคล้องกันกับการศึกษาของจิรังกูร เมืองแก้ว⁸ ได้ศึกษาระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ร้อยละ 82.0(ช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 : 76.5, 87.5)

การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าไฟฟ้าอยู่ในระดับการรับรู้ข่าวสารมาก โดยกลุ่ม

ตัวอย่างได้คะแนนการรับรู้ข่าวสาร มากที่สุดคือ Line ดังนั้นคณะกรรมการพลังงานควรสื่อสารข้อมูลการอนุรักษ์พลังงาน ผ่านช่องทาง Line เพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า โดยเฉพาะเรื่องวิถีปฏิบัติกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในชีวิตประจำวัน เรื่องการดูแลรักษาเครื่องใช้ไฟฟ้าแต่ละประเภทและสถานการณ์พลังงานไฟฟ้าในปัจจุบัน ดังนั้นคณะกรรมการพลังงานจึงควรให้ข้อมูลดังกล่าวแก่บุคลากรให้มากขึ้นและต่อเนื่อง สอดคล้องกันกับการศึกษาของจิริงกูร เมืองแก้ว⁸ ได้ศึกษาระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าถูกต้อง ร้อยละ 71.4 (ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95: 64.4, 77.8)

ความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานของ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานในระดับปานกลาง ซึ่งผลดังกล่าว เกิดจากความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่าง อาจจะได้มาจากประสบการณ์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสารสนเทศ หรือนโยบายการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ของหน่วย สอดคล้องกันกับการศึกษาของ โสภณ เบื้องบน⁹ ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้ไฟฟ้าของนักเรียน นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ตำแหน่ง และรายได้ต่างกัน มีระดับความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการทดสอบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าทำให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุสูงกว่า จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานมากกว่า

กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า สำหรับ ตำแหน่ง พบว่า พนักงานราชการ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าสูงกว่า ลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่สูงกว่า จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท ทั้งนี้ การที่ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าสูงตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับ แนวความคิดของ Good (1973) ที่กล่าวว่าความรู้เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจาก ประสบการณ์ กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุสูงขึ้นก็จะมีโอกาสในการสะสมประสบการณ์มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีโอกาสในการได้รับความรู้จากการศึกษามากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งในการทำงานสูง จะได้รับโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้จากการศึกษาสูง และฝึกอบรมต่าง ๆ ตามระบบการรับราชการมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งในการทำงานต่ำกว่า ทั้งนี้ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างจะสูงขึ้นตามอายุ และตำแหน่ง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและตำแหน่งสูง จะมีรายได้ต่อเดือนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและตำแหน่งต่ำกว่า

พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าอย่างจริงจัง (ร้อยละ 72.24) ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานนั้น สอดคล้องกับ นโยบายของโรงพยาบาลสิงห์บุรีที่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า โดยสั่งการให้กำลังเจ้าหน้าที่ร่วมมือในการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า และให้มีการรายงานสถิติการใช้กระแสไฟฟ้าของหน่วยในการประชุมเป็นประจำเดือนทุกครั้ง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุปรีญญา ลัมวนา

นนท์¹⁰ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในสถานที่ทำงานของพนักงานบริษัท ห้างขายยาตราเสือดาว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในสถานที่ทำงานอยู่ในระดับพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้ามาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษา และรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมในการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าแตกต่างกัน และจากการทดสอบทดสอบ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่จะพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีการศึกษาสูง มีพฤติกรรมในการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าต่ำกว่าผู้มีการศึกษาที่ต่ำกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงกว่า จะมีพฤติกรรมในการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้การที่ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาและรายได้ที่น้อยกว่า อาจจะมีภาระหนักในการประหยัดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมากกว่า สอดคล้องกันกับการศึกษาของโสภณ เบื้องบน⁹ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียน นักศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ไฟฟ้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า กับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ทั้งนี้พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าน่าจะขึ้นอยู่กับความตระหนักในการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ดังนั้นหน่วยงานจึงควรเร่งดำเนินการสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ปริญญาลัมวณานนท์¹⁰ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในสถานที่ทำงานของพนักงานบริษัท ห้างขายยาตราเสือดาว ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการประหยัด

พลังงานไฟฟ้าในสถานที่ทำงานของพนักงานบริษัท ห้างขายยาตราเสือดาว พบว่าปัจจัยสนับสนุนได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า และการให้คุณค่าต่อพลังงาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การประหยัดไฟฟ้าในสถานที่ทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวม ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ และข้าราชการ ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า อุปกรณ์สำนักงานใช้ร่วมกันที่ใช้มากที่สุดคือ ตู้เย็น อุปกรณ์สำนักงานใช้ส่วนตัวที่ใช้มากที่สุดคือ คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ และอุปกรณ์สำนักงานนำมาเองที่มีการ นำเข้ามาใช้งานในอาคารมากที่สุดคือ อุปกรณ์ชาร์ตมือถือ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนการรับรู้ข่าวสาร มากที่สุดคือ Line โดยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า โดยเฉพาะเรื่องวิธีปฏิบัติกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในชีวิตประจำวัน เรื่องการดูแลรักษาเครื่องใช้ไฟฟ้าแต่ละประเภทและสถานการณ์พลังงานไฟฟ้าในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าในระดับปานกลาง มีพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าอย่างจริงจัง ทั้งนี้ความรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น เพื่อการลดใช้พลังงานของหน่วย มีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ของอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานกับประเภทของการทำงานสามารถบอกถึงประเภทของอุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานที่บุคลากรใช้งานร่วมกัน ใช้งานส่วนตัวและอุปกรณ์ที่นำมาเองได้ กับกลุ่มบุคลากรเพื่อศึกษาเชิง



ลึกและสามารถกำหนดมาตรการเฉพาะกลุ่มบุคลากร
ให้การอนุรักษ์พลังงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการเพิ่มตัวแปร
ตาม คือ ทศนคติการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า เพื่อ
อธิบายความสัมพันธ์ตามแนวคิดความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้ (Knowledge, K) ทศนคติ (Attitude,

A) และพฤติกรรม (Practice, P) ของ Schwartz
(1975)

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิง
คุณภาพ (Qualitative research) เพื่อให้ข้อมูล เชิง
ลึกและทราบถึงพฤติกรรมในการอนุรักษ์พลังงาน
ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพลังงาน. (2563). สถานการณ์การใช้น้ำมันและไฟฟ้าของไทยในปี 2562. สืบค้น 6 มิถุนายน 2563, จาก [http://www.eppo.go.th/index.php/th/energy-information/situation-oil-electric?orders\[publishUp\]=publishUp&issearch=1](http://www.eppo.go.th/index.php/th/energy-information/situation-oil-electric?orders[publishUp]=publishUp&issearch=1)
2. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2555 (27 มีนาคม). มติคณะรัฐมนตรี ที่ นร 0506/ว 88. มาตรการลดใช้พลังงานภาครัฐ.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2563 (30 มกราคม). ที่ สท 0032.002/ว.0193. การลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคของหน่วยงานภาครัฐ.
4. สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน (สนพ.) กระทรวงพลังงาน. (2551). การประหยัดพลังงานในสถานที่ทำงาน (ฉบับปรับปรุงใหม่). สืบค้น 14 มิถุนายน 2563, จาก <http://www.eppo.go.th/index.php/th/eppo-intranet/item/11040-public32>
5. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน (พพ.) กระทรวงพลังงาน. (2551). โครงการการฝึกอบรมการอนุรักษ์พลังงานในอาคารประเภทโรงพยาบาล. สืบค้น 14 มิถุนายน 2563, จาก <http://e-lib.dede.go.th/mm-data/Bib15167โครงการการฝึกอบรมการอนุรักษ์พลังงานในอาคารประเภทโรงพยาบาล.pdf>
6. กลุ่มงานบริหารงานทั่วไปโรงพยาบาลสิงห์บุรี. (2563). รายงาน เรื่อง ข้อมูลสถิติการใช้พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2555-2562.
7. Yamane, T. (1973). Statistics: An introduction analysis (2nd ed.). New York: Harper& Row.
8. จีรังกูร เมืองแก้ว ได้ศึกษาระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 64 - 77
9. โสภณ เบื้องบน.(2564) ความรู้และพฤติกรรมการใช้ไฟฟ้าของนักเรียน นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพรนิคมวิชาการ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2564
10. สุปรียญา ลีมนานนท์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในสถานที่ทำงานของพนักงานบริษัทห้างขายยาตราเสือดาว. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
The effect of a home visit program on health beliefs conduct and the patient's blood
pressure Uncontrollable Hypertension in a Community in Pho Chai Subdistrict,
Uthumphon Phisai District Sisaket Province

(Received: June 14,2023 ; Revised: June 18,2023 ; Accepted: June 23,2023)

วินัย อารีย์¹

Winai Aree¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre - post design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.34 คะแนน (95% CI = 9.50-17.18, P-value <0.01) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.74 คะแนน (95% CI = 5.32-8.15, P-value <0.01) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 19.87 มม.ปรอท (95% CI = 15.06-24.67, P-value <0.01) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.7 มม.ปรอท (95% CI = 7.36-12.03, P-value <0.01)

คำสำคัญ: โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was quasi-experimental research in two groups, using pre- and post-experimental measures (two group pre-post design) to study the effects of a home visit program on health beliefs. conduct and the blood pressure value of patients with uncontrolled hypertension. 76 patients with uncontrolled hypertension were divided into experimental and comparison groups, 38 persons each. The experimental group received the health belief home visit program. conduct and the blood pressure value of hypertensive patients Data collection by questionnaire Data were analyzed by descriptive statistics, namely number, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics were used for independent t-test. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. Research

Research results after the experiment The experimental group had a mean score of health beliefs 13.34 points higher than the comparison group (95% CI = 9.50-17.18, P-value <0.01) The average performance score was 6.74 points higher than the comparison group (95% CI = 5.32-8.15, P-value <0.01) Mean Systolic blood pressure was 19.87 mm Hg lower than the comparison group (95% CI = 15.06-24.67, P-value <0.01) and the average diastolic blood pressure was 9.7 mm Hg lower than the comparison group (95% CI = 7.36-12.03, P-value <0.01)

Keywords: Home visit program, Health beliefs, Hypertension

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ⁽²⁾ จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน จากปี 2562 - 2564 คือ 7,136.94, 7,627.28, 8,192.48 ตามลำดับ⁽³⁾ อำเภอยุพตพรพิสัย มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคน จากปี 2562 - 2564 คือ 10,483.18, 10,660.41, 11,052.03 และในตำบลโพธิ์ชัย อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคน จากปี 2562 - 2564 คือ 1,246.36, 1,466.58, และ 1,837.16 ตามลำดับ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 67.73, 67.63, และ 58.2 7ตามลำดับ⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การควบคุมระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม

ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็มขาดการออกกำลังกาย การผอมคลา ความเครียด การไม่ควบคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการรับประทานยา⁽⁴⁾

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่แสดงออกต่อพฤติกรรมบุคคล โดยเมื่อบุคคลมีความเชื่อ รับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงาน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต⁽⁶⁻⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน⁽⁹⁻¹¹⁾ โดยการเยี่ยมบ้านเป็นการบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ครอบคลุมงานรักษาพยาบาล งานป้องกัน งานส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพโดยการนำบริการเข้าสู่ชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและให้สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย มีการจัดบริการเพื่อเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิดและมีการให้ความรู้ถึงการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีปัญหาการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตไม่เหมาะสม

ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นำไปสู่การลดระดับความดันโลหิต ลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre - post design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis)⁽¹²⁾ กำหนดขนาดอิทธิพลอ้างอิงจากงานวิจัยของ สุภาพร มาลีวรรณ⁽¹¹⁾ ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.48 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบ (Confidence of interval) 95 % ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 ขนาดอิทธิพล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน คน โดยแบ่งเป็น 2 คือ กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมไม่ได้และรับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 38 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และรับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้านเหลือง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 38 คน หลังจากนั้นทำการและสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) อายุ 40 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และได้รับยาควบคุมความดันโลหิต มี SBP เท่ากับหรือมากกว่า 140 มม.ปรอท หรือ DBP เท่ากับหรือมากกว่า 90 มม.ปรอทติดต่อกัน 3 เดือน 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน พูด อ่าน เขียนเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลได้ 5) สมารถใจ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดต่อได้ หรือย้ายที่อยู่ 2) เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การประเมินความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การกระตุ้นชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง การรับการรักษา

การสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ
อาการผิดปกติระหว่างการรักษา

2.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 33 ข้อ ลักษณะข้อ
คำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5
ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ มากที่สุด
(5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน)
น้อย (2 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1 คะแนน) แบ่ง
คะแนนการรับรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์
หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตาม
แนวคิดของบลูม⁽¹³⁾ 3 ระดับ ได้แก่ มาก (≥ 132
คะแนน) ปานกลาง (99-131 คะแนน) น้อย (≤ 98
คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค เท่ากับ 0.87

2.3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อ
คำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3
ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ สม่าเสมอ
(3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (1
คะแนน) แบ่งคะแนนการรับรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์
ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิง
เกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม⁽¹³⁾ 3 ระดับ ได้แก่
เหมาะสมมาก (≥ 29 คะแนน) พอใช้ (22-28
คะแนน) เหมาะสมน้อย (≤ 21 คะแนน) ค่าความ
เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ
0.75

2.4 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ประกอบ
ไปด้วย แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านแบบบันทึก
สัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางโทรศัพท์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ
ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน การปฏิบัติตัว
และค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติเชิงอนุ

มาณ ได้แก่ Independent t – test กำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ รับรองเลขที่ SPPH วันที่ 27
กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 76 คน
แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ
38 คนซึ่งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย
ละ 60.53 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ
63.16 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.58 มีอาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 73.68 ส่วนใหญ่จบชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 94.74 รายได้น้อยกว่า 5,000
บาท ร้อยละ 68.42 ระยะเวลาที่รักษา 0-5 ปี ร้อย
ละ 71.08 มาตรฐานตามนัด ร้อยละ 94.74 มีอาการ
ผิดปกติระหว่างการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 92.11
ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 86.84 และไม่
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็น ร้อยละ 78.95

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 60.53 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ
65.79 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.68 มีอาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 86.84 ส่วนใหญ่จบชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 94.74 รายได้น้อยกว่า
5,000 บาท ร้อยละ 78.95 ระยะเวลาที่รักษา 0-5
ปี ร้อยละ 73.68 มาตรฐานตามนัด ร้อยละ 92.11 มี
อาการผิดปกติระหว่างการรักษา คิดเป็น ร้อยละ
100 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 94.74
และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็น ร้อยละ
73.68

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ
ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อน

และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 131.74$, $SD = 5.79$) กลุ่มเปรียบเทียบมีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 130.50$, $SD = 6.32$) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 144.26$, $SD = 10.27$) กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 130.92$, $SD = 5.96$) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.34 คะแนน (95% CI = 9.50-17.18, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 27.79$ $SD = 3.76$) กลุ่มเปรียบเทียบมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 28.47$ $SD = 3.49$) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 35.11$ $SD = 2.73$) กลุ่มเปรียบเทียบมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 28.37$, $SD = 3.41$) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.74 คะแนน (95% CI = 5.32-8.15, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

ค่าความดันโลหิต Systolic ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 146.26 มม.ปรอท ($SD = 11.91$)

เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 147.87 มม.ปรอท ($SD = 11.89$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 126.39 มม.ปรอท ($SD = 8.88$) เป็นความดันโลหิตในระดับ Pre Hypertension กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 145.61 มม.ปรอท ($SD = 8.42$) เป็นความดันโลหิตในระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 19.87 มม.ปรอท (95% CI = 15.06-24.67, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

ความดันโลหิต Diastolic ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 94.83 มม.ปรอท ($SD = 4.78$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 93.48 มม.ปรอท ($SD = 5.44$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 82.87 มม.ปรอท ($SD = 5.04$) เป็นความดันโลหิตในระดับ Pre Hypertension กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 92.57 มม.ปรอท ($SD = 5.17$) เป็นความดันโลหิตในระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.7 มม.ปรอท (95% CI = 7.36-12.03, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=38)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=38)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความเชื่อด้านสุขภาพ								
ก่อนการทดลอง	131.74	5.79	130.50	6.32	1.23	-1.53 – 4.01	0.89	0.37
หลังการทดลอง	144.26	10.27	130.92	5.96	13.34	9.50-17.18	6.93	<.001*
การปฏิบัติ								
ก่อนการทดลอง	27.79	3.76	28.47	3.49	0.68	-2.34 – 0.97	0.82	0.41
หลังการทดลอง	35.10	3.86	28.37	3.41	6.74	5.32-8.15	9.50	<.001*
ความดัน Systolic								
ก่อนการทดลอง	146.26	11.91	147.87	11.83	1.61	-7.03 – 3.81	0.59	0.55
หลังการทดลอง	126.39	8.88	145.61	8.42	19.22	15.26-23.17	9.68	<.001*
ความดัน Diastolic								
ก่อนการทดลอง	94.83	4.78	93.48	5.44	1.35	-0.99 – 3.69	1.14	0.25
หลังการทดลอง	82.87	5.04	92.57	5.17	9.7	7.36-12.03	8.28	<.001*

Significant = P-value < .005

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านตามระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยกลุ่มทดลองที่มีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เฉพาะรายด้านที่มีการรับรู้ต่ำกว่าร้อยละ 80 อภิปรายปัญหา และหาแนวทางการจัดกิจกรรมตามความต้องการที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มทดลอง ในส่วนของกลุ่มทดลองที่มีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้าน อันประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการการ

ยกสถานการณ์จำลองของกรณีศึกษา สาธิตการออกกำลังกาย การเลือกอาหาร อภิปรายผลเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงทำให้กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติตัวดีขึ้นทุกคนโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การควบคุมน้ำหนัก และการรับประทานยา เป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยจัดให้มีกิจกรรม การยกตัวอย่างของกรณีศึกษา การเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการสาธิตการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ ในงานวิจัยนี้มีการชักจูงให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต โดยมีการมอบสมุดพกเตือนใจให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติตัวทุกวัน เพื่อใช้ในการทบทวนการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย มีการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อค้นหาปัญหาและและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย และมีการให้กำลังใจ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้

คำปรึกษา หรือการชักจูงให้ปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น⁽⁹⁻¹¹⁾ ส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ลดลงจาก 146.26/94.83 มม.ปรอท ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 เป็น 126.39 /82.87 มม.ปรอท ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มทดลองสามารถ ควบคุมความดันโลหิต Systolic ได้ 37 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.65 และ ควบคุมความดันโลหิต Diastolic ได้ 36 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 เป็นที่ สังเกตว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้กลุ่มทดลองควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่า กลุ่มควบคุมอันจะทำให้การควบคุมความดันโลหิต บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละการ ควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 80⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ป่วยบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge>
2. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2564.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ. [อินเทอร์เน็ต] 2562-2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน ปราณี ทุไพบรและคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาล อายุรศาสตร์* 1. (หน้า 92 - 114). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส; 2553
5. Becker, M.H.. Socio-behavioral Determinant of compliance with health and medical care recommendation. *Medical care*.13(1): 10-15; 1975
6. น้าอ้อย ภักดีวงศ์. ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 32(1), 23-30; 2557
7. นรินทร์ สุวรรณ. พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต] 2558 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/46115>
8. พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญญา วงศ์พิริโยธยา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 258-272; 2562

สามารถนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไป ประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ปรับเปลี่ยน ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้สู่การปฏิบัติ จนเกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้สามารถควบคุม ความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการติดตามผลของ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในระยะยาว เพื่อติดตาม ความคงอยู่ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การ ปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการทำวิจัยโดยใช้โปรแกรมการ เยี่ยมบ้านที่มีการส่งเสริมการรับรู้ ความเชื่อด้าน สุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน สถานบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผล ของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน



9. วัฒนศักดิ์ สุกใส, ชุติศักดิ์ นิธิเกตุกุล และธีรยุทธ อุดมพร. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 6(2). 53 – 64; 2556
10. ณัฐริรา ปราสาทแก้ว. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุข*, 42(3), 19 – 31; 2555
11. สุภาพร มาลีวรรณ. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพการปฏิบัติตัวและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 34(4): 63-72; 2559
12. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1988
13. bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1986.
14. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงได้จาก:
<https://spd.moph.go.th/kpi-template-2566/>

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of promoting health literacy among diabetes risk group Na Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province.

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 25,2023)

วิไลรัตน์ สุทธิประภา¹

Wilairat Suttiparpa

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาการศึกษาระหว่าง ตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 69 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า ก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ABSTRACT

This research was action research aimed study health literacy among people at risk of diabetes. And study model of promoting health literacy among diabetes risk group Na Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province. It is an action research with a study period between October 2021 to September 2022. Sample size were 69 diabetes risk group Na Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province. Data were collected by questionnaires and analyze data by content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean, standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study revealed that the behavior and health literacy of the diabetes risk group. Na Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province before operation overall and side moderate after operation overall and side at the highest level. Health Behaviors and Health Awareness of Diabetes Risk Groups Na Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Kalasin Province before and after operation There was a statistically significant difference at the .05 level ($p < .05$), where the mean scores were greater after the operation. before proceeding

Keywords : health literacy diabetes risk group

¹ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติได้รายงานไว้ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน สำหรับผู้เป็นเบาหวานพบมากกว่า 300 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มมากในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากการเพิ่มของประชากรสูงอายุ โภชนาการที่ไม่เหมาะสม ภาวะอ้วน และวิถีชีวิตที่นิ่ง ๆ นอน ๆ ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศพัฒนาส่วนใหญ่จะมีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า ส่วนในประเทศกำลังพัฒนาจะมีอายุ 45-64 ปี จึงส่งผลกระทบต่อผลผลิตของชาติ¹ ค.ศ. 2015 ชาวอเมริกัน 30.30 ล้านคน หรือร้อยละ 9.40 ของประชากรเป็นเบาหวาน โดย 23.10 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัย อีก 7.20 ล้านคน ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เด็กและผู้ใหญ่ ประมาณ 1.25 ล้านคน เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 25.20 หรือ 12 ล้านคน เป็นเบาหวาน และทุกปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 1.50 ล้านคน มีคนอายุ 18 ปีและมากกว่า จำนวน 84.10 ล้านคน กำลังจะเป็นเบาหวาน (prediabetes) และเบาหวานมีอัตราการตายเป็นอันดับ 7 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association [ADA], 2018) ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ชาวเอเชียได้มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 27.3 หลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 15.7 ส่วนชาวยุโรปมีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 16.5 และหลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 9.4²

สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยคล้ายกับต่างประเทศ โดยใน พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐสะสมรวม 1,219,161 ราย ความชุก 1,863.39 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 12,074 ราย อัตราตาย 18.45 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 393,887 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 602.03 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มคงที่ไม่ลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 228,040 ราย อัตราป่วย

685.07 ต่อแสนประชากร เพศชาย 165,847 ราย อัตราป่วย 516.02 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยสูงสุด 697.22 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ภาคเหนือ 690.45 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 523.61 ต่อแสนประชากร และภาคใต้ 451.88 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 41,897 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10.64 มีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงสุด 14,091 ราย คิดเป็น ร้อยละ 33.63 รองลงมา มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) 9,112 ราย คิดเป็น ร้อยละ 21.75 มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท 7,200 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.19 มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง 5,289 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.62³

จังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด 11,615.81 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 8525.65 โรคหัวใจขาดเลือด 782.03 โรคหลอดเลือดสมอง 705.36 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 571.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในระหว่างปี 2557-2559 ด้านภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 70.41 ได้รับการตรวจ LDL ร้อยละ 62.79 ได้รับการตรวจ CVDrisk ร้อยละ 81.29⁴

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการควบคุมปัจจัยและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งต้องทำครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) ซึ่งเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน และความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่เจ็บป่วย

และกลุ่มที่พิการ โดยมุ่งพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน⁵

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันไขหวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในช่วงที่ผ่านมา พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การกำกับติดตามและประเมินผลยังไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งในด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่ม

เสี่ยงโรคเบาหวาน และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในพื้นที่ตำบลนาจารย์ ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ประโยชน์ของงานวิจัย

1. ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. มีรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาการศึกษาระหว่าง ตุลาคม 2564 ถึง เดือน กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์



กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 69 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป
2. มีประวัติ บิดา มารดา พี่ หรือน้อง เป็นเบาหวาน
3. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
4. เคยได้รับการตรวจว่าเป็นภาวะที่อยู่ในระหว่างคนปกติกับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน (IGT: Impaired fasting glucose หรือ IFG: Impaired glucose tolerance) กลุ่มที่มีค่ากลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) $110 < 126$ มิลลิกรัม/เดซิลิตร
5. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว $\geq \frac{1}{2}$ ของส่วนสูง (เซนติเมตร) หรือมี ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2
6. รอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย หรือเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง หรือมากกว่าส่วนสูงหาร 2 ทั้งสองเพศ
7. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บรรยาย สาธิตและฝึกปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดังนี้⁶

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง
1.00 – 1.80	มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 902

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดังนี้⁶

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 – 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไป

ทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.921

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. การกำหนดกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
3. การจัดทำกิจกรรม Mini Coach เสริมพลังใจกลุ่มเสี่ยง ด้วยกลไก ฮึด ฮึด ฮึด
4. ติดตามประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 97/2564

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มี 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอน 1 สร้างและพัฒนาทีมแกนนำ พัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน และพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 3 เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 4 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 5 เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 6 ประเมินผลการพัฒนา

ขั้นตอน 7 ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.96	0.41	4.74	0.25	68	-22.935	.000	-1.93455	-1.62487
ออกกำลังกาย	2.88	0.67	4.78	0.38	68	-15.623	.000	-2.14104	-1.65606
บุหรื	2.96	0.44	4.70	0.26	68	-21.040	.000	-1.89614	-1.56763
สุรา	2.85	0.56	4.78	0.42	68	-14.593	.000	-2.35586	-1.78906
เครียด	2.91	0.66	4.80	0.33	68	-18.978	.000	-2.16225	-1.75080
ยา	3.09	0.72	4.74	0.31	68	-18.986	.000	-1.89522	-1.53473
รวม	2.71	0.81	4.76	0.20	68	-29.688	.000	-1.98397	-1.73406

จากตารางที่ 1 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ก่อนดำเนินการ

4. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตาราง 4.7 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ชั้น 1	2.88	0.50	4.76	0.29	68	-20.950	.000	-2.06351	-1.70460
ชั้น 2	2.99	0.46	4.73	0.27	68	-20.550	.000	-1.91198	-1.57352
ชั้น 3	2.92	0.46	4.74	0.28	68	-21.030	.000	-1.98746	-1.64298
ชั้น 4	2.87	0.57	4.77	0.33	68	-18.071	.000	-2.10820	-1.68890
ชั้น 5	2.89	0.47	4.76	0.21	68	-23.867	.000	-2.01802	-1.70662
ชั้น 6	2.89	0.36	4.78	0.19	68	-31.008	.000	-2.00530	-1.76281
รวม	2.91	0.30	4.76	0.17	68	-33.666	.000	-1.95735	-1.73830

จากตารางที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการประยุกต์มาจากแนวคิดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7 ขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นตอน 1 สร้างและพัฒนาทีม

แกนนำพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ขั้นตอน 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและ
พฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 3 เข้าใจปัญหาและวางแผน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 4 จัดกิจกรรม
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 5 เฝ้าระวัง
พฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอน 6 ประเมินผลการพัฒนา
และขั้นตอน 7 ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความ
ยั่งยืน⁷ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิลลิสรี อูทัย
พัฒนาชีพ พิณญาติ อาภัยฤทธิ์.(2562)⁸ ได้ศึกษา
ประสิทธิผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพต้นแบบ ผลการศึกษา พบว่า ด้านลักษณะ
พื้นฐานของหมู่บ้านต้นแบบ เป็นหมู่บ้านที่มีทั้ง
หมู่บ้านขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ โดยมี
ขนาดครอบครัวค่อนข้างเล็ก ส่วนใหญ่มีอาชีพ
เกษตรกรรมและรับจ้าง มีผู้หญิงและผู้ชายในสัดส่วน
ใกล้เคียงกัน ด้านภาวะสุขภาพยังป่วยเป็นโรคความดัน
โลหิตสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ผู้ป่วย
โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเมะเร็ง
ซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการกินอาหารที่ไม่เอื้อต่อ
สุขภาพ ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีความเครียดจาก
การประกอบอาชีพและสภาพครอบครัว มีพฤติกรรม
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในอัตราที่
ค่อนข้างสูง พฤติกรรมการทิ้งขยะในหมู่บ้านและการใช้
สารเคมีในเกษตรกรรม ส่วนศักยภาพการพัฒนาของ
หมู่บ้านมีการรวมกลุ่มมากมาย ซึ่งเป็นกลุ่มพลังหลักใน
การขับเคลื่อนและจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพ ส่วน
ด้านกระบวนการพัฒนาของหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า ทุก
หมู่บ้านมีการใช้แนวคิดและกระบวนการพัฒนาตาม
แนวทางของกองสุศึกษา 7 ขั้นตอน คือ การจัดตั้งทีม
ดำเนินงาน การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน การ
จัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมการเรียนรู้
ของประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การจัด
เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมดำเนินงาน และการ
ประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้าน แต่ก็มีผลผสมผสานกับ
แนวคิดและประสบการณ์ของแต่ละหมู่บ้านมีอยู่ใช้เป็น
หลักยึดการพัฒนาเพิ่มขึ้น ทำให้หลังการนำรูปแบบ
การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนา

จารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปใช้ กลุ่มตัวอย่าง
มีพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนา
จารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการ
ดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด
เมื่อทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและ
หลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลัง
การดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ก่อน
ดำเนินการ และการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้าน
สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดย
ที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ก่อน
ดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ชู ส ง่า
สีสัน ธนกร ปัญญาใสโสภณ. (2564)⁹ ได้ศึกษา
ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปึก
ธงชัย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาประสิทธิผลของ
โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปึกธงชัย การศึกษา
กึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2
กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับ
ประจำและต่อเนื่อง จำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มทดลอง
ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คนสำหรับ
เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงพยาบาล โดยการสุ่ม
แบบเจาะจงร่วมกับการสมัครใจ ระยะเวลา 20 สัปดาห์
เครื่องมือการวิจัยได้แก่ โปรแกรมความรอบรู้ด้าน
สุขภาพแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพผลการ
ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วและน้ำตาลสะสม
จากเวชระเบียน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย
ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที ผล
การศึกษาพบว่า 1) ภายหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้
ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ภายหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับ น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เท่ากับ 117.6 (SD=14.5) มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าน้ำตาลสะสมหลังการ ทดลอง เท่ากับร้อยละ 7.3 (SD=1.2) และสอดคล้องกับ การศึกษาของ นิรมล โทแก้ว. (2564)¹⁰ ได้ศึกษาการ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธี บวร.ร. ใน ประชาชนบ้านหนองหินตำบลโคกก่อ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การพัฒนามี 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) กระบวนการค้นหาปัญหา และศึกษาบริบท ของพื้นที่ 2) วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ 3) ประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมือง (พขอ.) 4) คัดเลือกและกำหนดพื้นที่นำร่อง 5) จัดทำ หลักสูตร 6) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 7) ติดตามผล 8) สรุปผลการพัฒนา 9) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการศึกษา : เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการ พัฒนาพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เฉลี่ย= 3.99, S.D.=0.472) และพฤติกรรมสุขภาพ (เฉลี่ย=3.93, S.D.=0.288) เพิ่มขึ้นจากเดิม ก่อนการพัฒนา คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เฉลี่ย=2.82, S.D.=0.327) และพฤติกรรมสุขภาพ (เฉลี่ย=2.46, S.D.=0.198) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเกิดเป็นโมเดล ชุมชนต้นแบบด้วยวิธี บวร.ร (บ้าน วัด โรงเรียนและ โรงพยาบาล)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ควรมีการประยุกต์แนวคิด หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7 ขั้นตอน ของ กองสุศึกษา คือ

ขั้นตอน 1 สร้างและพัฒนาทีมแกนนำ พัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐาน หมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 3 เข้าใจปัญหาและวางแผน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 4 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 5 เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 6 ประเมินผลการพัฒนา

ขั้นตอน 7 ถอดบทเรียน ขยายผลต่อ ยอดสู่ความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามประเมินผลการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดย การประยุกต์แนวคิดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ 7 ขั้นตอน ในระยะยาว

ควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, 1998, Health promotion glossary, World Health Organization, Geneva.
2. Maulee Hiromi Arambewela Noel P. Somasundaram Hettiarachchige Buddhi Pradeep Ranjan Jayasekara Mahesh P. Kumbukage Pulukkutti Mudiyanselage Sarath Jayasena Chandrasekara Mudalige Priyanka Hemanthi Chandrasekara, 1 Kurukulasuriya Ravindra Alexis Sudath Fernando and Divadalage Priyantha Kusumsiri (2018) Prevalence of Chronic Complications, Their Risk Factors, and the Cardiovascular Risk Factors among Patients with Type 2 Diabetes Attending the Diabetic Clinic at a Tertiary Care Hospital in Sri Lanka Hindawi Journal of Diabetes Research Volume 2018 1-10
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2560) จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์



5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ตัวชี้วัดโรคเบาหวานระดับกระทรวงและการตรวจราชการ: แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall
7. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการดำเนินงานระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.โรงพิมพ์กองสุศึกษา : กระทรวงสาธารณสุข
8. วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ พิณญาติ อภัยฤทธิ. ประสิทธิภาพการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. ต้นแบบ. วารสารวิ ชากการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562, 15 (1), 37- 48
9. ชูสง่า สีสัน ธนกร ปัญญาโสโสภณ (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปึกธงชัย วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 519 – 32
10. นิรมล โทแก้ว.(2564). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธี บวร.ร. ในประชาชนบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 61 - 72

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย

The Effect of Self – Management Program for Delayed Progression of Chronic Kidney Disease in Patients with Stage 3b Chronic Kidney Disease at Phakhao Hospital , Loei

(Received: June 17,2023 ; Revised: June 19,2023 ; Accepted: June 24,2023)

โฉมฐิตาภา สิริมา¹
Chomthitapa Sirima

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b จำนวน 50 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน วิธีการแบ่งกลุ่มโดยจับฉลาก กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยมีการประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเอง ประเมินความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้ในการจัดการตนเอง 2) การส่งเสริมการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ทำการศึกษา ณ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย มีการดำเนินงานระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 – ธันวาคม 2562 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลอง หลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (Scr) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน จึงควรมีการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ดีกว่าเดิม เพื่อสนับสนุนให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด

คำสำคัญ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม , ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to compare self-management outcomes before and after participation in a self-management program for delayed progression of chronic kidney disease in patients with stage 3b chronic kidney disease at Phakhao Hospital, Loei. The sample group consisted of 50 patients with stage 3b chronic kidney disease, divided into two groups: an experimental group and a control group, with 25 patients in each group. The groups were randomly assigned using purposive sampling. The control group received standard nursing care, while the experimental group received a self-management program to delay the progression of chronic kidney disease. Behavioral assessments, knowledge assessments, and clinical outcomes were evaluated before and after the intervention in both the control and experimental groups. The self-management program consisted of two activities: 1) providing knowledge on self-management and 2) promoting adherence to the self-management program for delaying the progression of chronic kidney disease in patients with stage 3b. The study was conducted at the outpatient clinic of the Nephrology Department, Phakhao Hospital, Loei, over six months, from June 2019 to December 2019.

¹โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย

The study found that after participating in the self-management program, the experimental group had higher knowledge scores than the control group. There was no significant difference in the behavioral assessments of self-management between the experimental and control groups after participating in the self-management program. The average clinical outcome (Scr) did not differ significantly between the experimental and control groups after participating in the self-management program. Therefore, it is recommended to implement the self-management program to delay the progression of chronic kidney disease in patient care and to improve the existing care system for patients with chronic kidney disease to support achieving the defined indicators.

Keywords Self-management program for delayed progression of chronic kidney disease, Patients with stage 3b chronic kidney

บทนำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีภาวะไตผิดปกติจนติดต่อกันเกิน 3 เดือน ไม่ว่าค่าการกรองไตจะผิดปกติหรือไม่หรือมีค่าการกรองไตน้อยกว่า $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยไตอาจไม่ผิดปกติ การคัดกรองไตเสื่อมในกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะพบอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป 10 เท่า ดังนั้น เบาหวานและความดันโลหิตสูงจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำหรับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ผลสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปีพ.ศ. 2552 พบอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี ประมาณร้อยละ 17.5 ของประชากรทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงโรคไตเรื้อรังที่สำคัญ 7 ประการประกอบด้วย อายุ เพศ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กรดยูริกในเลือดสูง นิ่วในไตและการใช้ยาถุกกลอน ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตระหนักถึงการป่วยน้อยมาก โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ความตระหนักต่อโรคร้อยละ 0.7 , 2.0 , 5.6 , 23.1 และ 66.7 ตามลำดับ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงเน้นค้นหาผู้ป่วยระยะแรกๆ และสร้างความตระหนักต่อโรคเพื่อชะลอให้ไตเสื่อมช้าที่สุด¹

การรักษาโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการจัดการตนเอง เช่น ลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน งดอาหารเค็ม หยุดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย 2) โภชนบำบัด โดยการจำกัดอาหารโปรตีน จำกัดโซเดียมและควบคุมระดับ

แคลเซียมฟอสเฟต 3) การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ลดระดับไขมันในเลือด รักษาภาวะซีด 4) หลีกเลี่ยงสารหรือยาที่เป็นพิษต่อไต 5) การบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การรักษาด้วยการฟอกเลือด(Hemodialysis) การล้างไตด้วยน้ำยาทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) และการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต (Kidney transplantation) ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตเพื่อชะลอของเสียออกจากร่างกาย ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนไม่สามารถเข้าถึงการรักษาบำบัดทดแทนไตทุกคน²

โรงพยาบาลผาขาวมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 จำนวน 373 , 409 และ 330 ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานพบการเปลี่ยนแปลงระยะของไตที่เพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2559 – 2561 คิดเป็นร้อยละ 20 , 16.38 และ 20.31 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2561 จากการเก็บข้อมูลโดยศึกษานำร่อง ในเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560 ผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานยาต้ม ยาขุด ยาถุกกลอน ยา NSAIDs อาหารที่มีโซเดียมสูงและดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงระยะของไตเพิ่มขึ้นและคงเดิม ไม่มีผลทำให้ระยะของไตลดลง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมรับประทานยาต้ม ยาขุด ยาถุกกลอน ยา NSAIDs อาหารที่มีโซเดียมสูงและดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีผลทำให้การ

เปลี่ยนแปลงระยะของไตคงเดิมและลดลง ระยะของไตเพิ่มขึ้นมีเป็นส่วนน้อย จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหา พบว่า สาเหตุสำคัญคือด้านผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ไม่ดี บางรายไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ บางรายยังมีการใช้ยา NSAIDs ยาต้ม ยาหม้อ ยาชุดและยาลูกกลอน ด้านเจ้าหน้าที่ มีการให้สุขศึกษารายกลุ่มและรายบุคคล แต่ยังมีรูปแบบการดูแลที่ไม่ชัดเจน สื่อในการสอนอาจไม่เพียงพอสำหรับอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ บางรายไม่มีญาติมาด้วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ยิน ไม่เข้าใจในเนื้อหาที่สอนเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม ทำให้ปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้อง ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

จากการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถชะลอไตเสื่อมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two – group pretest – posttest design) ได้แก่ กลุ่มควบคุม

ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง ประเมินความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการศึกษา ณ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b เนื่องจากการชะลอไตเสื่อมในระยะเริ่มต้นและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงระยะของไตไปเป็นไตเสื่อมในระยะที่ 4 และ 5 มีการดำเนินงานระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 – ธันวาคม 2562 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย จำนวน 194 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย จำนวน 50 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน วิธีการแบ่งกลุ่มโดยจับฉลาก มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 40 – 75 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัย CKD stage 3b ต่อเนื่อง 1 ปี
3. ได้รับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยาที่เหมาะสมตาม Scr
4. ได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตด้วยยาพื้นฐานเป็น Enalapril หรือ Losartan

5. มีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 มิลลิเมตรปรอท ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท

6. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง น้อยกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

7. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้มองเห็น รับฟังและสื่อสารตามปกติได้

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา

(Inclusion criteria)

1. พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าโปรแกรมและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยเสียชีวิต

3. ผู้ป่วยไม่สมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

2) แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง รวมทั้งใช้ประกอบการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ เนื้อหาในสมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ปฏิบัติในแต่ละวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย

3) แบบติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับทีมรักษา เนื้อหาประกอบไปด้วยการวัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ค่าการทำงานของไต ติดตามการรับประทานอาการ การใช้ยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ศิริ

ลักษณ์, 2557) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ ประสิทธิภาพการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ ประสิทธิภาพการได้รับความรู้เรื่องการใช้ยา ประสิทธิภาพการได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประสิทธิภาพการได้รับความรู้เรื่องปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต

2) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยในแต่ละด้านและใช้ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย การจัดการตนเอง ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเอง 6-7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเอง 3-5 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเอง 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อนั้นเลย

3) แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อประเมินความรู้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง การให้ความรู้

4. เวชระเบียนผู้ป่วยจากโปรแกรม Hos XP

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับและการยกเลิกหรือ

ถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยผู้ป่วยจะได้ตรวจไตทุก 3 เดือน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิก ได้แก่ การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมหากผู้ป่วยมีความต้องการ ในสัปดาห์ที่ 24 มีการปฏิบัติโดย 1) ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 2) ประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b 3) ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ผล Scr และ eGFR 4) แจ้งผลการทดลองให้ผู้ป่วยทราบและสรุปการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมให้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่สนใจ

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับและการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมและประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อม โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1) การให้ความรู้ในการจัดการตนเอง (Self – management education) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม มีสื่อการสอนเป็นนํ้าเสนอภาพนิ่ง (power point) ,โมเดลอาหาร ,สาธิตการประกอบอาหาร,สาธิตการออกกำลังกาย และมีบุคคลตัวอย่างมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “ทำอะไรไตแข็งแรง” มีการ

แบ่งกลุ่มให้ความรู้โดยสหวิชาชีพ การให้ความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้และทักษะในการจัดการโรคของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างเป้าหมายการดูแลตนเอง มีการตระหนักด้วยตนเอง มีการประเมินตนเองและสร้างเสริมแรงตนเองได้

2) การส่งเสริมการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองตามขั้นตอนการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิกซ์ - บายส์บูรณาการกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) และรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ ประกอบไปด้วย (1) การประเมิน (assess) (2) การแนะนำให้คำปรึกษา (advice) (3) การยอมรับ (agree) (4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ (5) การติดตามประเมินผล³ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้สอนวิธีการบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองลงในแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองที่บ้าน ดังนี้ จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม มัน หวาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมความดันโลหิต การใช้ยาที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสารพิษที่มีผลต่อไต ซึ่งจะมีทีมรักษไตคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดและมีการติดตามอาการเดือนละ 2 ครั้ง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตามนัดที่โรงพยาบาลแนะนำให้มาปรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมมาด้วยเพื่อประเมินอาการทุกครั้ง โดยจะ

นัดกลุ่มตัวอย่างเดือนละ 1 ครั้งและมีการตรวจเลือด 3 เดือน/ครั้ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสะท้อนปัญหาพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งกระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในครั้งแรก เพื่อเจาะลึกลงไปในแต่ละปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแต่ละรายก็จะมีปัญหาแตกต่างกันออกไป จะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการวางแผนในการส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย พร้อมทั้งแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยและร่วมมือกับผู้ป่วยให้สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อม

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 1-24 การปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไตในสัปดาห์ที่ 24 จากนั้นผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แจ้งผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทราบและเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมแรงให้กับผู้ป่วย ชื่นชมกับการจัดการตนเองตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย โดยได้รับการพิจารณาจริยธรรมเลขที่ 62010/2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และสถิติ dependent หรือ Pair t-test

ผลการวิจัย

1. ภายในกลุ่มทดลอง ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลโดยใช้ค่าผลต่างคะแนน ก่อน-หลัง ค่า p-value จากสถิติ shapiro-wilk test < 0.05 ทุกตัวแปร แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ต้องใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test (สถิติ Non parametric) แทน เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ paired-t test

1.1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ค่า p-value < 0.001 สรุปว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 24 รายที่มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง

1.2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ค่า p-value < 0.001 สรุปว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลอง

ส่วนการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่า Creatinine และ eGFR ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ค่า p-value = 0.695 สรุปว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

ค่ามัธยฐานของ Creatinine ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

2. ภายในกลุ่มควบคุม ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลโดยใช้ค่าผลต่างคะแนนก่อน-หลัง ตัวแปร 1.ความรู้ 2.พฤติกรรม 3. Cr มีค่า p-value จากสถิติ shapiro-wilk test < 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ต้องใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test (สถิติ Non parametric) แทน เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ paired-t test ส่วนตัวแปร eGFR มีค่า p-value > 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ สามารถใช้ paired-t test ได้

2.1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่า Creatinine ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ค่า p-value = 0.004 สรุปว่าหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของ Creatinine แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย ที่มีค่า Creatinine สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง

2.2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่า eGFR ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ paired-t test ค่า p-value = 0.003 สรุปว่าหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย eGFR แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า มีค่า eGFR ลดลงก่อนการทดลองเฉลี่ย 4.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.64) ส่วนเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ค่า p-value = 0.054 สรุปว่าหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

3. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติของตัวแปร ตัวแปร 1.ความรู้ 2.พฤติกรรม 3.Cr มีการแจกแจงไม่ปกติ ค่า p จากสถิติทดสอบ Shapiro-Wilk มีค่า < 0.05

จึงละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ independent-t test จึงต้องใช้การเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (สถิติ Non parametric) ตัวแปร eGFR มีการแจกแจงแบบปกติ สามารถใช้สถิติ independent-t test ในการเปรียบเทียบได้

3.1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ค่าสรุปว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.114) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3.2 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test สรุปว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.253) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.443)

3.3 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของ Creatinine ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test สรุปว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของ Creatinine ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.267) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของ Creatinine ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.181)

3.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย eGFR ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองด้วยสถิติ independent-t test ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย eGFR ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.332) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย eGFR ไม่แตกต่างกัน p-value = 0.254

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สามารถพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ และสามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกให้ดีขึ้นได้ภายในกลุ่มทดลอง แต่ยังไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกให้เกิดความแตกต่างได้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 24 รายที่มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง เป็นเพราะมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติโดยใช้โมเดลอาหาร , สาธิตการประกอบอาหาร, การใช้ยาที่เหมาะสมโดยใช้ตัวอย่างยาชุด ยาต้ม ยาหม้อ และยาที่มีผลต่อไตอื่นๆ , สาธิตการออกกำลังกาย โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพและมีบุคคลตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b ที่มีการดูแลตัวเองได้ดีมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “ทำอย่างไรไตแข็งแรง” ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปาลิดา นราวุฒิพร⁴ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางโภชนาการ หลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 18 รายมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลอง เป็นเพราะผู้ป่วยมีการติดตามตนเองโดยใช้แบบบันทึก

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น สามารถติดตามอาการของตนเองได้ อีกทั้งมีทีมรักษาคอยติดตามการปฏิบัติและอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤงทอง³ บุญจมาศ ถาดแสง⁵ ศันสนีย์ กองสกุล⁶ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และส่งผลให้การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ยังพบว่าผล Creatinine และ eGFR ไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น ผล Creatinine และ eGFR เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาเพียง 6 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาค่อนข้างน้อย อาจไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงของ Creatinine และ eGFR ที่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

จากผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ไปทดลองใช้กับผู้รับบริการ พบว่า กลุ่มทดลอง หลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (Scr) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (eGFR) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม



สนับสนุนการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน จึงควรมีการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ดีกว่าเดิม เพื่อสนับสนุนให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด⁷⁻⁹

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติสามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการ

ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไปใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมที่บ้านได้

2. การนำไปใช้ประโยชน์ต่อองค์กร ทำให้มีโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลผาขาว ที่มีรูปแบบที่ชัดเจน องค์กรควรมีการส่งเสริมการใช้แนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามปัญหาปรับปรุงคุณภาพของแนวทางและประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

2. ชุขณา สวนกระต่ายและธานินทร์ อินทรกำธรชัย.(2549). Update in problem-based medical practice. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. เบญจมาศ ถาดแสง. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
4. ปาลิดา นราวุฒิพร. (2558). ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
1. วินัย ลีสมีทธิและคณะ. (2560). สถิติผู้ป่วยโรคไตฟุ้ง หนุนวิจัย R2R พัฒนาระบบบริการ ชู คลองขลุงโมเดลต้นแบบคลินิกชะลอไตเสื่อม. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2562, จากเว็บไซต์ www.ryt9.com/s/prg/2505318.
6. ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
3. ศิริลักษณ์ ถูทอง. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
9. ศุภกิจ แก้วแสนทิพย์ . (2555) . ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
7. Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five “As” for patient-centered counseling. Health Promotion International, 21(3), 245-255.
8. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). Helping people change: A textbook of methods (pp.305-360). New York: Pergamon Press.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

The effect of a care program for end-stage renal failure patients on outcomes of Palliative care

(Received: June 26,2023 ; Revised: June 27,2023 ; Accepted: June 29,2023)

อดิสร อุดรทักษ์¹, ยวดี คาคีวี¹

Adison Audonthak¹, Yuvadee kadeevee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จำนวน 19 รายและผู้ดูแลจำนวน 19 รายคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์และมอร์เป็นเวลา 1 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบทีคู่

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.58, p < .001$; $t = 33.14, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย และตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.27, p < .001$; $t = -24.57, p < .001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะท้ายที่ดีขึ้นและมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ บุคลากรทางสุขภาพอาจนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตวาย ,การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This research was aimed to study the effect of a care program for end-stage renal patients on palliative care outcomes and perceived planning ahead of a calm life in end-stage renal failure patients. 19 cases of terminal illness and 19 caregivers were selected according to the specified criteria. The subjects received a terminal care program built according to Ruland and Moore's late life theory of calm for 1 week. Data were analyzed. with the double tee test statistic

The study found that after the experiment Mean scores for palliative care outcomes by patient perception and by caregiver relatives. It was statistically significantly lower than before the experiment ($t = 26.58, p < .001$; $t = 33.14, p < .001$). and according to relatives' caregiver's perception was significantly higher than before the experiment ($t = -19.27, p < .001$; $t = -24.57, p < .001$). End-of-life care programs help end-stage cancer patients have better care outcomes and have a more peaceful end of life This program may be used by health workers in the care of terminally ill cancer patients in other contexts.

Keywords: renal patients. ,palliative care.

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้าและมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ที่การดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือ การรักษาแบบองค์รวม ชนิดประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตใด ๆ แต่ มุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายใจจากโรค รักษา คุณภาพชีวิต โดยให้การดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและ ครอบครัว การบริการแบบประคับประคองจะช่วยพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีและตายดี ที่สำคัญการดูแล แบบประคับประคองยังช่วยประหยัดงบประมาณด้านการ บริการสุขภาพจากการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นใน ผู้ป่วยระยะท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาการบริการ แบบประคับประคองเพื่อรองรับกับสภาวะสุขภาพของ ประชาชนในประเทศ⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ การมีผู้ดูแล สถานภาพสมรส ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการ เคลื่อนไหว รายได้ครอบครัว เป็นต้น โดยการศึกษาใน ประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวยังมีไม่ มากนัก ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากแต่ละการศึกษายังมี ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน เช่น อัตราการกรองของไต ณ วันที่ ปรีक्षा อาชีพ ระดับการศึกษา การมีโรคร่วม เศรษฐฐานะ การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น⁵ โดยอาจเป็นความ แตกต่างของพื้นที่ประชากรที่ศึกษา

เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิ พื้นฐานของมนุษย์ โดยบุคคลต้องสามารถเข้าถึงบริการและ ได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม³ แต่ในหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์และคณะพยาบาล ศาสตร์ต่างๆ ในประเทศไทยมีการเรียนการสอนเรื่องการ ดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในหลักสูตรน้อย มาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ขาดความตระหนักและไม่ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลที่ตามมาคือ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายไม่ได้รับการดูแลที่ เหมาะสม ทนทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ในระยะสุดท้ายที่ ไม่สามารถควบคุมได้ดี รวมถึงขาดการวางแผนการดูแล รักษาล่วงหน้าทำให้บางครั้งผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ก่อ เกิดประโยชน์และไม่ตรงกับความต้องการ⁴

โรงพยาบาลเขาวง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 จำนวน 126, 172, 208 และ 154 รายตามลำดับ และในกลุ่ม นี้มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทน ไต ต้องการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 22.22, 20.35 และ 25.00 ตามลำดับ¹ สำหรับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีต้องเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ ระยะแรกของวินิจฉัยโรคว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จนถึงระยะการเสียชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลัง การจากไปของผู้ป่วยด้วย โดยใช้การดูแลตามแนวทางการ ดูแลแบบประคับประคอง ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ ครอบครัวทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็น บุคลากรทางการแพทย์ที่ถือเป็นแกนหลักสำคัญในการดูแล แบบประคับประคองที่ให้การดูแลแบบองค์รวมโดยมีการ ประเมินปัญหาจัดลำดับความสำคัญของการให้การดูแลตาม อาการและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อ ชีวิตดังนั้นเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพที่ ดีพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะ ท้ายและส่งเสริมการวางแผนล่วงหน้า โดยเฉพาะพยาบาลใน หน่วยบริการโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำเป็นจำเป็นต้องมี สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองเพราะมีบทบาท สำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาช่วง สุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน²³

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการ บำบัดทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้าง โปรแกรมการพยาบาล ซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางที่พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย¹⁸ ซึ่งจุดเน้นของทฤษฎีคือ การทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้เสียชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมทั้งการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติหรือเพื่อนสนิท เป็นต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

สมมติฐานการวิจัย

1.ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2.ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง^{7,13} เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเขาวง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2565 มีสถิติสัมพัทธ์ที่ดีสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจและ มีระดับความสามารถในการทำ

กิจกรรมโดยมี ระดับ คะแนน PPS (The Palliative Performance Scale) อยู่ระหว่าง 40 – 70¹² และญาติผู้ดูแล มีจำนวน 19 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเพร็รน้อย สิ่งชี้ข้างชี้ ที่มีจำนวนประชากรไม่เกิน 100 คนในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับประชากร จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale: PPS) ซึ่งสร้างขึ้นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์ไมเคิล ดาว นิง ปัจจุบันพัฒนามาเป็น version 2⁶ แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสมทราชนครเชียงใหม่ ปรับปรุงโดย บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ⁸ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) ได้เท่ากับ 0.911 และ 0.905 ตามลำดับ

2. แบบประเมิน ESAS

3.แบบประเมิน ความเจ็บปวด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1).แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคร่วม อาการรบกวน ระดับ PPS 2).แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามญาติ ผู้ดูแล เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว 3).แบบประเมินแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS) แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดย ศาสตราจารย์จุลีสธีร์น



และศาสตราจารย์ไอริน เจ. อิกกินสัน ในปีพ.ศ. 2542 ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 3 ฉบับ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนชุดละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0-4 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90¹⁷ ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแล ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดีคะแนนต่ำ หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดีมีอาการรบกวนต่าง ๆ น้อย 4) แบบประเมินการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ^{11,18} ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C) จำนวนคำถามชุดละ 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 ทั้ง 2 ชุด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับคะแนน รวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตน้อย 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลและการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ที่ได้รับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1-3) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของ

เนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-24 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใน 5 ด้านประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ ของความมีศักดิ์ศรีด้านการอยู่ในความสงบ และด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน^{11,18}

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ขั้นตอนการวิจัย

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 45-60 นาที: 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2) สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว 3) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน POS และ PEOLCS 4) เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก 5) ทบทวนความเข้าใจในการเตรียมเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต 6) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระยะท้าย 7) ประเมินความพร้อมเพื่อที่จะเริ่มเข้าสู่โปรแกรมและนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมาย 2) อธิบายให้ทราบถึงแนวทางการดูแลตาม

โปรแกรม 3) ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้นโดยยึดแนวทางตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 4) สรุปผลการดูแลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายต่อ

ครั้งที่ 4: ใช้เวลา 45-60 นาที 1) สอบถามความต้องการและการช่วยเหลือเพิ่มเติม 2) ค้นหาสิ่งค้างคาใจและปรารถนาสุดท้าย 3) ช่วยหาแนวทางปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจและการทำตามปรารถนาสุดท้าย 4) พูดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจ ให้ลุล่วง 5) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาอยู่ด้วยกัน 6) สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัววางแผนร่วมกันในการจัดการเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต 7) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 : ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ทบทวนถึงเป้าหมายและติดตามผลจากครั้งที่ 4 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 4 3) พูดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจให้ลุล่วง 4) อภิปรายร่วมกันถึงผลที่เกิดขึ้น 5) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 : ใช้เวลา 45-60 นาที 1) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 2) สอบถามถึงสภาวะของผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวพร้อมสรุปผลการปฏิบัติตามโปรแกรม 3) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน POS และ PEOLCS โดยประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) ให้ระบายความรู้สึก 5) อธิบายถึงการยุติในโครงการวิจัย 6) กล่าวขอบคุณและบอกช่องทางติดต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแล

ผลการศึกษา

เป็นผู้ป่วยไตวายระยะท้ายในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 19 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 68.42) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวรวม มากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 89.47) รองลงมาคือ เบาหวาน 12 ราย (ร้อยละ 63.16) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 % 10 ราย (ร้อยละ 52.63) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 78.94) รองลงมาคือ หอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 21.05) และ สับสน 3 ราย (ร้อยละ 15.78)

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.58, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 33.14, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ($n = 19$)

การรับรู้ผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคอง	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	29.00	1.59	12.05	1.98	26.58	18	.000
ญาติผู้ดูแล	32.15	1.11	8.26	2.55	33.14	18	.000

$p < .001$



จากตารางสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการจึงทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย

ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = -19.27, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = -24.57, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ($n = 19$)

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	72.89	8.65	137.63	9.96	-19.27	18	.000
ญาติผู้ดูแล	66.73	10.75	143.57	7.40	-24.57	18	.000

$p < .001$

จากตารางสามารถอธิบายได้หมายความว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับปัญหาและ

ความต้องการของผู้ป่วย โดย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ตารางที่ 3 ร้อยความพึงพอใจต่อวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ($n = 19$)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ(ร้อยละ)	
	มาก	ปานกลาง
1. การประเมินหรือสอบถามปัญหาและความต้องการ	89.47	10.53
2. การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา	89.47	10.53
3. การช่วยเหลือในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	84.21	15.79
4. การจัดการบรรเทาอาการเจ็บป่วย	94.74	5.26
5. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์	100.00	0.00
6. การเอาใจใส่ด้านความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคม	100.00	0.00
7. การส่งเสริมให้ท่านมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นคน	89.47	10.53
8. การสร้างขวัญและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย	94.74	5.26
รวม	92.76	7.24

จากตารางสามารถอธิบายได้หมายความว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลและการวางแผนล่วงหน้าที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ

สังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่¹⁹ ที่พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและประเมินในช่วงวันที่ 1-7 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เช่นกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน (Promarat C, 2017) ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติ ลดลงก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้อง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณจะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวดเหนื่อยอ่อนเพลียเบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจเป็นต้น ได้รับการบรรเทาส่งผลให้ คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ดูแลได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งการออกแบบโปรแกรมการดูแลนั้นมีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ สามารถทำให้ผู้ป่วยไตวายระยะท้ายและญาติผู้ดูแล เกิดการรับรู้ความสงบในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีและเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้

ข้อเสนอแนะผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ควรนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย ที่คะแนน PPS มากกว่า 70 คะแนน หรือคะแนน PPS น้อยกว่า 40 คะแนน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต จนถึงภายหลังการเสียชีวิตซึ่งควรประเมินทั้งในผู้ดูแลและพยาบาลเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติและทุกระยะของชีวิต

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้าย โรคอื่น ๆ และมีการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็น เพื่อให้เกิดการดูแลได้ครอบคลุม เช่น โรคทางสมอง เป็นต้น

2.3 หากเป็นการศึกษาเชิงทดลองในลักษณะเดียวกัน ควรมีกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อที่จะได้เปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. ทะเบียนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง พ.ศ. 2561-2564
2. เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ. การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. วารสาร พยาบาลศาสตร์ 2556; 31(3): 18-26
3. ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ, ธาวิณี ช่วยแท่น, เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ซิด. ผลของโปรแกรมการอบรมการดูแลแบบประคับประคองต่อสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563; 40(2): 122-132
4. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. การประชุมวิชาการสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหัวข้อ Palliative Care in End-Stage Renal Disease [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564]. จาก http://www.thaps.or.th/wpcontent/uploads/2017/07/Proposal-THAPS-Conf-2017_PC-in-End-Stage-Renal-Disease-1.pdf
5. อภิรดี อภิวัฒน์นาร, ชิตชนก เรือนก้อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. 2561;10(2):29-43.
6. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat care. 1996 spring; 12(1), 5-11
7. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization (5th ed.). Missouri: Elsevier; 2005.
8. Chewaskulyong B, Sapinan L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S. et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSV2). Palliative med. 2012;26(8),1038-1041.
9. Cohen J. Power primer. Psychological bulletin. 1992;112(1),155-159
10. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care outcome scale. Qual Health Care. 1999;8(4), 219-227
11. Konsuwan W. Nursing for Critically Ill Patients at the end Stage of Life with Technology. Songkhla: Chanmeang publishing; 2015. (in Thai).
12. Nilmanut K. The end of life care. Songkhla: Orange media; 2012. (in Thai).
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods (7th ed.): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
15. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principle and method (6th ed.): Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
16. Polit DF, Sherman RE. Statistical Power Nursing Research: Lippincott-Raven Publisher; 1990
17. Pukittayakamee P, Sapinun L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2018;56(3), 414-420.
18. Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook. 1998; 46(4), 169-175
19. Suwan P, Sapinun L, Chipoh T, Wongpalee T, Sangwattanasat W, Pongsathapom R, et al. The Palliative Care Outcome of Cancer patients At Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Nursing Journal. 2017;44(2): 89-103. (in Thai)
20. The result of Home Palliative Care Model development, Ban Hong Health Network, Ban Hong district, Lamphun province. Lanna Public Health Journal. 2017;13(1),

การพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of The Self-Management Program for Diabetes mellitus patients with third stage Chronic Kidney Disease at Somdet District, Kalasin Province

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 26,2023)

คำแปลง ศรีซัง¹

Kumplang Srisong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ในโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การและประเมินความต้องการพัฒนา จากการสัมภาษณ์ ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 9 คน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 10 คน และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด 20 ฉบับ 2) พัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80, 0.86 และ 0.80 และศึกษานำร่อง 3) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล โดยใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จำนวน 100 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามผล 12 เดือน 4) การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังและตัวชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้สถิติ paired t-tests ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษาพบว่า มีการพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลสมเด็จขึ้นซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model [CCM]) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการตัดสินใจ หลังจากใช้รูปแบบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c, ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การสนับสนุนจัดการตนเอง,โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

Abstract

This research and development study aimed to develop self-management supporting process for slow progression of chronic kidney disease among patients with diabetes mellitus and third stage of chronic kidney disease patients. The study was conducted in somdet hospital of Kalasin province. Four phase of the program were 1) situational analysis phase form interview are 9 multidisciplinary teams and 10 diabetic patients and third stage of chronic kidney disease and review

¹ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

medical record 20 copies of hemodialysis patients. 2) development phase, validation and pilot study .clinical Indicator format, knowledge assessment model for chronic kidney patients, self-management behavior for diabetic patients and satisfaction questionnaire of professional nurses and multidisciplinary team. Examined by 5 experts and tests for reliability were 0.80, 0.86 และ 0.80 respectively. 3) implement by one group was tested before and after the experiment. The study group were 100 diabetes mellitus patients and third stage of chronic kidney disease patients which randomized into self-management support by a multidisciplinary team and followed up for 12 months. 4) evaluation phase and clinical outcomes. The program was carried out from June 2022 to May 2023. The data were analyzed using descriptive statistics compare the difference in average knowledge scores, self-management behavior of chronic kidney patients and clinical indicators before and after the use of paired t-tests at .05 significance level. And paired t-test.

The results revealed that from the situation analysis and based on the chronic care model was developed which has four components, including delivery system design, self-management support, clinical information system, and decision support. After the model was implemented score of knowledge after using the third stage chronic kidney disease model was higher than before the experiment. Mean scores of self-management behaviors before and after the use of the third-stage chronic kidney disease model as a whole and at the individual level were significantly different at the .05 level. Clinical indicators include HbA1c level, creatinine level and Glomerular filtration rate. There were statistically significant differences at .05 level. The systolic and diastolic blood pressure, BMI and fasting blood sugar are not different. Multidisciplinary team has satisfaction level at high level.

Keywords: Self-management supporting ,The third stage Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)¹¹ จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี พ.ศ.2555พบว่า สาเหตุของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยที่พบบ่อยที่สุดเกิด จากโรคเบาหวาน (37.5%) รองลงมาเป็น hypertensive nephropathy (25.6%) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้ โรคไตอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health service plan)² เน้นการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และให้มีการชะลอความเสื่อมของไต เป้าหมายคือ ผู้ป่วย

ที่มีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) ลดลงน้อยกว่า 4 ml/min/1.73 m² โรคไตเสื่อมจากเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของโรคไตระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) โดยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของน้ำตาลกลูโคสในร่างกาย เกิดพยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไตและการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไต ทำให้มีโปรตีนในปัสสาวะ การทำงานของไตเสื่อม อัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) ลดลง นำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย¹² พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) เป็นการดูแลและส่งเสริมให้



ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเอง เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model: CCM)¹³ ตามแนวคิดของ Lorig และ Holman¹⁰ การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการจ้ดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างการมีส่วนร่วมบูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้ความสำคัญกับมิติการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การสร้างพลังและการสนับสนุนทางสังคมมาบูรณาการในการดูแลรายบุคคลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองโดยสามารถตัดสินใจร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค¹ องค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมไตเน้นการให้ความรู้ภายใต้มาตรฐานการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการและนักกายภาพบำบัด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway) โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานติดตามอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง (CKD) จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2561 - 2564 มีอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) จำนวนเท่ากับ 2,848.05 , 3,128.77 , 2,746.54 และ 2,670.68 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในปี 2565 แยกตามระยะ (Stage) ของโรคไตเสื่อม พบมากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ ระยะที่ 3 จำนวน 11,204 คน (42.93%) รองลงมา ระยะที่ 2 จำนวน 6,938 คน (26.59%) ระยะที่ 1 จำนวน 3,245 คน (12.43%) ระยะที่ 4 จำนวน

2,951 คน (11.31%) และน้อยที่สุด คือ ระยะที่ 5 จำนวน 1,759 คน (6.74)⁵ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 2561 - 2564 ของอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยที่ได้รับ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 2,319 คน, 3,268 คน, 3,456 คน และ 3,526, คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 48.26, 66.64, 75.26 และ 79.45, ตามลำดับ แยกตามระยะ (Stage) ของโรคไตเสื่อม พบว่ากลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมากที่สุด คือ ระยะที่ 3 จำนวน 398 คน, 648 คน , 835 คน และ 837 คน คิดเป็นร้อยละ 46.77, 43.93, 49.85 และ 50.33 ตามลำดับ⁵ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยเชื่อว่าการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ร่วมกับการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการใช้ยา การออกกำลังกาย และการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านโดยคู่มือดูแลไต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและช่วยชะลอความเสื่อมของไตเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ระยะที่ 5 ที่ต้องรับการบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความ ต้องการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3
อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเอง
เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ
ไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการ
วิจัยและพัฒนา (Research and Development)
ระยะเวลาที่ทำการวิจัยตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2565 ถึง
เดือน พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่ม
ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม
ระยะ 3 มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล
สมเด็จ ตั้งแต่เวลา 08.30 น.-12.00 น.วันจันทร์ถึงวัน
ศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย
โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling) กำหนด
เกณฑ์การ คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังระยะที่ 3 อายุ 40-75 ปี การรับรู้และการ
ติดต่อสื่อสารได้ปกติ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา เกณฑ์การ
คัดออก (exclusion criteria) ต้องการยกเลิกการเข้า
ร่วมการศึกษา และระหว่างดำเนินการ มีภาวะเจ็บป่วย
ไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษา

2. กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเอง
เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ
ไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ เป็นการวิจัยและพัฒนา

(Research and Development) โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ
คือ

ระยะที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ของ
รูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
(Situational Analysis Phase) ประกอบด้วย การ
สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 10 คน และทีมสห
สาขาวิชาชีพ 9 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
อย่างน้อย

2 ปี ประกอบด้วยแพทยศาสตร 1 คน พยาบาล
วิชาชีพ 5 คน นักกายภาพบำบัด 1 คนนักโภชนาการ 1
คน และเภสัชกร 1 คน รวม 9 คน ทำการสนทนา 1 ครั้ง
ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการ
ฟอกเลือดที่หน่วยโรคไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จ 20
ฉบับ ในเดือน มิถุนายน 2565 กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ได้ทำการศึกษาจากเอกสาร/ฐานข้อมูลต่างๆของ
โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาล
แนวปฏิบัติ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ
โรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนา (Development
Phase) คือ ขั้นการวางแผน ปฏิบัติการ (plan and
action) ผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลที่สรุป
รวบรวมได้ในขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการแก้ไข นำปัญหาเข้า
ปรึกษาในที่ประชุม PCT อายุรกรรมหาแนวทางปรับปรุง
แก้ไข เพื่อให้เกิดระบบการบริการที่มีความต่อเนื่องของ
การดูแลผู้ป่วย เมื่อได้รูปแบบกิจกรรมการสนับสนุน
จัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แล้วจึงนำสู่การปฏิบัติ
ใช้จริง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้
(Implementation) และทบทวน ปรับปรุงรูปแบบการ
สนับสนุนการจัดการตนเอง ดำเนินงานในขั้นตอนนี้แบ่ง
ออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1.ระยะก่อนใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการ
ตนเอง ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง
เดือน สิงหาคม 2565 เป็นระยะเตรียมความพร้อมด้วย



การประชุมทีมสุขภาพ ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจกับระบบบริการใหม่

ที่ใช้บนพื้นฐานของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (CKD Clinic) กำหนดวันให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ทุกวันอังคาร จากนั้นได้เตรียมความพร้อมของทีมโดยจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม.ผู้ดูแล (คู่มือดูแลไต) เตรียมสื่อสุขภาพต่างๆ ได้แก่ คู่มือผู้ป่วย แผ่นพับ 1 ชุด ป้ายไว้นิลงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการป้องกันชะลอไตเสื่อม 5 เรื่อง สื่อการสอนภาพพลิก 1 ชุด และแบบฟอร์มติดตามการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของคู่มือดูแลไต (Clean Kitchen) 1ชุด เตรียมสถานที่โดยมีศูนย์เรียนรู้ (NCD learning center) สำหรับการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล กำหนดขั้นตอนการสอนให้ชัดเจน ดังนี้ 1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (NCD) สอนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง/การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2) นักโภชนาการสอนเรื่องอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3) นักกายภาพบำบัดสอนเรื่อง การยืดเหยียด กล้ามเนื้อ และการออกกำลังกาย 4) เภสัชกรสอนเรื่องยาที่มีพิษต่อไต 5) แพทย์แผนไทยสอนเรื่องสมาธิบำบัดและแพทย์ทางเลือก

2.ระยะดำเนินการเข้าถึงบริการ ตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 พบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเข้ารับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.ระยะการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง

1. ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดำเนินการในโรงพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคที่ยังเหลืออยู่

2. ประสานงานกับศูนย์ COC ส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

3. พัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย ที่ต้องติดตามเชื่อมร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านและ อสม

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation Phase)

สรุปถอดบทเรียน และประเมินผลลัพธ์ เป็นการติดตามการดำเนินงานในคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ที่พัฒนาตามรูปแบบใหม่ ประเมินผลการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านต่างๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือทางการแพทย์ ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก อาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพการรับรู้ด้านโภชนาการ การใช้ยา ความรู้เรื่องไตเสื่อม การรักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวานประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของไต ความหมายของโรคไตเรื้อรัง สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ปัจจัยเสี่ยงอาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนนตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) = 0.74 ทดสอบความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาและการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และการจัดการเรื่องความเครียด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.86 ทดสอบความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่พัฒนาขึ้นใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) =0.8 นำไปใช้เก็บข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วย 1) คู่มือการชะลอไตเสื่อมจัดทำโดยโครงการ CKDNET โดยการบรรยาย 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่งใช้ในการให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง 3) ป้ายไว้นิลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการป้องกันชะลอไตเสื่อม 5 เรื่อง 4) สื่อการสอนภาพพลิก 1 ชุด 5) แบบฟอร์มติดตามการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของคู่หูดูแลไต (Clean Kitchen) และสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการชะลอไตเสื่อมเพื่อติดตาม นำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือ ไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต โภชนากร เภสัช พยาบาลผู้จัดการรายกรณี นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา และความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงก่อนนำไปใช้

3. เครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิกและเครื่องวัดความดันโลหิต

3.1 เครื่องตรวจวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือด ยี่ห้อ SD check Gold

3.2 เครื่องตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ตรวจวิเคราะห์สารเคมีอัตโนมัติ Mindray รุ่น BS 600 บริษัทเฟอร์เมอร์ ประเทศจีน เครื่องมือที่ใช้วัดความดันโลหิต ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล ยี่ห้อ Omron HBP 9020

3.3 เครื่องตรวจและอ่านผลซีรัมครีเอตินินและอัตราการกรองของไต ซึ่งวัดและอ่านผลด้วยวิธี enzymatic method ด้วยการนำเลือดของผู้ป่วยมาแยกปั่นน้ำเหลืองและทำการตรวจวิเคราะห์ โดยใช้น้ำยาสำเร็จรูปชุดมาตรฐานและสารควบคุมคุณภาพ PCCC1,PCCC2 ของบริษัทเฟอร์เมอร์ ทำการตรวจวิเคราะห์สารเคมีในเลือดด้วยเครื่องอัตโนมัติ Mindray รุ่น BS 600

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มสรุปผลดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 จำนวน 10

คน เป็นเพศชาย 4 ราย (40%) เพศหญิง 6 ราย (60%) อายุเฉลี่ย 67.7 ปี มีโรคร่วม เบาหวานร้อยละ 20 ความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 80 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 80 พบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยต้องการหายจากโรคไม่ต้องการมีโรคอื่นที่รุนแรง ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้คำแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และต้องการได้รับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง 2) มีสื่อที่เอากลับไปดูที่บ้านได้ ควรมีตัวอย่างอาหารที่แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน

1.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิง 8 ราย เพศชาย 1 คน อายุเฉลี่ย 37.8 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน พบปัญหาและความต้องการของทีมสุขภาพ 1) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนมาก การดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบเนื่องจากภาระงานประจำและภาระงานอื่นมาก ทีมสุขภาพต้องทำงานทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2) เครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ สื่อที่ใช้สอนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้เข้าใจถึงการดูแลสุขภาพตนเองก็ยังมีไม่เพียงพอ

ระบบการดูแลต่อเนื่องและการติดตามที่ยังไม่เหมาะสม ระบบประสานการดูแลระหว่างแผนกผู้ป่วยนอก และศูนย์ COC เพื่อติดตามผู้ป่วยในชุมชน เช่น เยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในการดูแลและการปรับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย “ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ แล้วก็ปล่อยกลับไปในชุมชนโดยไม่มีการติดตาม กลับมาอีกทีก็ไถวยา ระยะสุดท้ายแล้ว ควรมีการส่งต่อให้ชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย” สัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพ

1.3 ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่ได้รับการฟอกเลือดที่หน่วยโรคไตเทียม จำนวน 20 ฉบับ พบว่าเป็นเพศชาย 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 เพศหญิง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 60.45 ปี มีโรคร่วม เบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 80 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20 และทำการทบทวนย้อนหลังจากระยะที่ 5 ไประยะที่ 3 พบ ว่าระยะเวลาของไถวยาเรื้อรังที่เปลี่ยนจากระยะ 3 เป็นระยะ 4 ใช้เวลาเฉลี่ย 25.25 เดือน เปลี่ยนจากระยะ 4 เป็น ระยะ 5 ใช้เวลาเฉลี่ย 14.05 เดือน รวมระยะเวลาจากระยะ 3 เป็นระยะ 5 ใช้เวลาเฉลี่ย 40.15 เดือน

สรุปประเด็นที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตาราง 2 เปรียบเทียบรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบเดิมกับรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบบริการเดิม	รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น
- ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ไม่มีสื่อเฉพาะและคู่มือผู้ป่วย เฉพาะโรค ไตเรื้อรัง	- ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง - นักโภชนาการสอนเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง - เภสัชกรสอนเรื่องยาที่มีพิษต่อไต - นักกายภาพบำบัดสอนเรื่อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการ ออกกำลังกาย - สื่อสุขภาพต่างๆ ได้แก่ คู่มือผู้ป่วย แผ่นพับ 1 ชุด ป้ายไว้นิล เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการป้องกันชะลอไตเสื่อม 5 เรื่อง สื่อการสอนภาพพลิกร้อยใบสู่ไตดี 1 ชุด และแบบติดตามการ ปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมของศูนย์ดูแลไต (Clean Kitchen) - จัดสถานที่ให้บริการโดยมีศูนย์เรียนรู้ (NCD learning center) สำหรับการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล
2. ด้านระบบบริการและการเข้าถึงบริการ	2) ด้านระบบบริการและการเข้าถึงบริการ

ตาราง 2 เปรียบเทียบรูปแบบบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบเดิมกับรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบบริการเดิม	รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น
- ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในคลินิกอื่น เช่น ศัลยกรรม คลินิกโรคหัวใจ ไม่ได้รับคำแนะนำ เนื่องจากไม่มีการส่งปรึกษาทำให้ผู้ป่วยขาดข้อมูลที่สำคัญในการดูแลตนเอง 3) ด้านการดูแลต่อเนื่อง - ระบบการดูแลต่อเนื่องและการติดตามที่ยังไม่เหมาะสม ประสานการดูแลระหว่างแผนกผู้ป่วยนอก และศูนย์ COC เพื่อติดตามผู้ป่วยในชุมชน	- ปรับแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง (แผนภาพที่ 1) - มีการนำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไปปฏิบัติในคลินิกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เข้าถึงบริการ ได้มากที่สุด 3) ด้านการดูแลต่อเนื่อง - มีการประสานงานกับศูนย์ COC เพื่อส่งต่อข้อมูลให้มีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - ปรับแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 3 ในชุมชน - พยาบาลผู้จัดการรายกรณี สรุประเบียบปัญหาที่ต้องการติดตามต่อเนื่องในบันทึกการติดตามเยี่ยม - ติดตามผู้ป่วยโดยทีมเยี่ยมบ้าน และ อสม. คู่มือดูแลหรือทีมสห สาขาวิชาชีพและผู้จัดการรายกรณี ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

การวิเคราะห์หลังการนำรูปแบบการสนับสนุนจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ ไปใช้พบปัญหาและอุปสรรคดังนี้

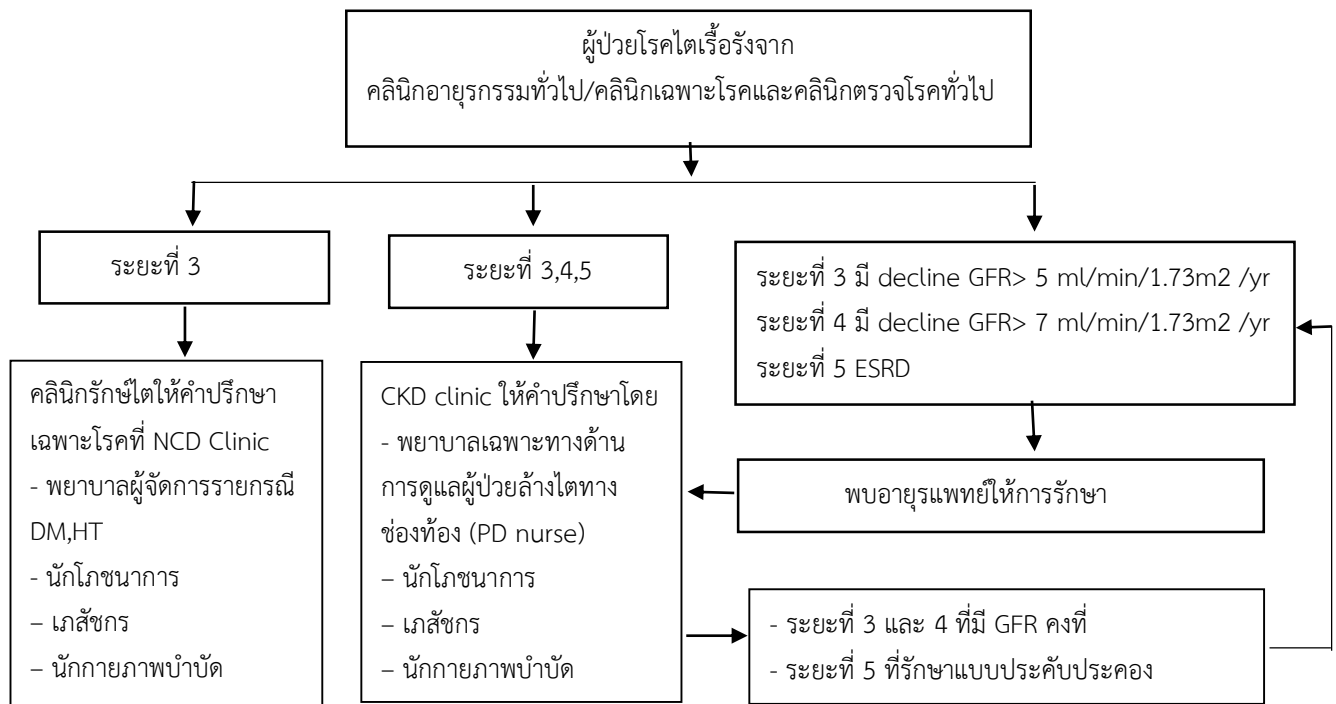
1. พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่สอนผู้ป่วยมีการะงานมากไม่สามารถสอนได้ทุกวัน
 2. การจัดกิจกรรมกลุ่ม ต้องใช้เวลานานประมาณ 2 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวก
 3. สถานที่ให้บริการร่วมกับคลินิกตรวจโรคทั่วไป
- การดำเนินการแก้ไข**

1.แยกคลินิก NCD ออกจาก OPD โดยจัดบริการคลินิกโรคไตทุกวันจันทร์ ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 โดยนัดผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เพื่อให้ความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และทำกิจกรรมกลุ่มเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

2. ให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ทุกวันอังคาร

3.การติดตามการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ของคู่มือดูแลและบุคลากรสาธารณสุข โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) คู่มือดูแลที่ผ่านการอบรม ดูแลติดตามเพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ติดตามการลงบันทึกของกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเจาะเลือดปลายนิ้ว เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และบันทึกลงในบันทึกโรคไตทุกสัปดาห์

2. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการดูแล
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการจัดทำแนวทางการให้บริการ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงดังนี้ (แผนภาพที่ 1)
แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จ



การวิเคราะห์หลังนำแนวทางการดูแลต่อเนื่องไปใช้พบปัญหา

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. ลง เยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 20 ราย พบปัญหาดังนี้
 - ยังพบผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ใช้ผงปรุงรสในการประกอบอาหาร
 - ปัญหาในการควบคุมโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน เช่น พบขวดน้ำตาลสูง ผลเลือดน้ำตาลในตู้เย็น น้ำอัดลม กาแฟซอง
 - ปัญหาเรื่องการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีผู้ป่วย 1 ราย ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ที่โฆษณาขายในชุมชน ลักษณะเป็นน้ำผลไม้ ผู้ป่วย 1 รายใช้ใบกัญชาต้มดื่มก่อนอาหารเช้าวันละ 1 แก้ว

การดำเนินการแก้ไข ให้คำแนะนำ ส่งต่อ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลต่อเนื่อง

3.ประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79 อายุเฉลี่ย 64.13 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 68 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 90 ประกอบ

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68 โรคร่วมความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 79 ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ 55 ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินถึงอ้วน ร้อยละ 56 ได้รับความรู้ ประกอบอาหารทานเองร้อยละ 65 ได้รับความรู้ด้านโภชนาการ ร้อยละ 73 ได้รับความรู้เรื่องโรคไต ร้อยละ 68 ได้รับความรู้ด้านการใช้จ่าย 78 รักษาด้วยยารับประทานร้อยละ 56 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 72

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.88 เพศชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 อายุเฉลี่ย 37.8 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 พยาบาล 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.55 เภสัชกร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 นักกายภาพบำบัด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และ นักโภชนาการ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และตัวชี้วัด

ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการการสนับสนุน
การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 พบว่า (ตารางที่ 3)

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบ
การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมใน
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 สูง
กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี
ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 โดยรวม แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้
รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลลัพธ์	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired t –test	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	9.00	2.06	13.17	1.40	-19.22	.000*
2.พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม	3.76	0.51	4.23	0.33	-14.63	.000*
3.ผลลัพธ์ทางคลินิก						
3.1 ระดับ FBS	149.56	52.40	144.07	44.61	0.92	.360
3.2 ระดับ HbA1c	9.35	7.52	7.91	2.02	1.99	.049*
3.3 ความดันโลหิตซิสโตลิก	132.78	11.95	133.57	12.35	-4.61	.646
3.4 ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	70.84	8.95	71.06	12.60	-170	.865
3.5 ระดับซีรัมครีเอตินิน	1.37	0.25	1.32	0.28	2.50	.014*
3.6 อัตราการกรองของไต (eGFR)	44.91	7.61	47.35	10.32	-2.99	.004*
3.7 ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.24	4.40	25.29	4.60	-.340	.734

P < 0.05, วิเคราะห์โดย Paired t –test

2. การประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขา
วิชาชีพ ต่อรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อ
ชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไต
เสื่อมระยะ 3 ที่พัฒนาขึ้น พบว่าพยาบาลวิชาชีพและ
ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ
75.55 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม 3.81 และมีระดับ
ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในรายชื่อพบว่ามีความ

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดทางคลินิก
ได้แก่ ค่า FBS, HbA1c, Creatinine ,eGFR ,Systolic
BP, Diastolic BP และ BMI ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมใน
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จัดการ2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ
3 โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่า HbA1c, Cr
,eGFR ความรู้ และพฤติกรรม มีความแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังจัดกิจกรรม
มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่า FBS
,BMI ,Systolic BP และ Diastolic BP ไม่แตกต่างกัน

ระยะที่ 4 สรุปถอดบทเรียน และประเมิน ผลลัพธ์

พึงพอใจในระดับ มาก 4 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ
คือ การมีพยาบาลวิชาชีพเพียงพอ สนับสนุนการทำงาน
ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาเสนอตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่ายังไม่มี การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเป็นผู้ให้ คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งไม่ครอบคลุมการส่งเสริมการปรับพฤติกรรม และจาก การทบทวนเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีการดูแล สุขภาพไม่ถูกต้อง ทำให้การดำเนินของโรคเร็วขึ้น จาก ไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปเป็นระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ใช้ เวลาสั้นที่สุดเพียง 1 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรคไตอยู่ในแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เน้นให้มีการชะลอ ความเสื่อมของไต ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการ สนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 โดยเน้นการ ให้ความรู้โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ และจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น เสริมพลัง ให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อม ของไต สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพศาล ไตรศิริโชค และคณะ (2562)⁴ พบว่า การสนับสนุนการจัดการ ตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้พฤติกรรม การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังดีขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้แบบบูรณาการของทีมสห วิชาชีพ และการจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมพลัง เน้นบทบาท ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยแต่ละ รายถึงปัญหาและแนวทางการดูแลเพื่อชะลอการ เสื่อมของไต จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสห วิชาชีพ บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและ ญาติ เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทาน

อาหารที่เหมาะสม การใช้ยาสมเหตุสมผล สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Chosivasakul และคณะ⁵ ศึกษาผลของ โปรแกรมการบูรณาการ ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหา ขับซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีคะแนน เฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ภาวะไตเสื่อมระยะ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และตัวชี้วัดทาง คลินิก ได้แก่ HbA1c, Cr, eGFR ความรู้ และพฤติกรรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังจัดกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อน การทดลอง อธิบายได้ว่า รูปแบบการสนับสนุนการ จัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ โรค และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ส่งผลให้ค่าเฉลี่ย ฮีโมโกลบินเอวันซีลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พร เพ็ญ ศรีสวัสดิ์³ ที่พบว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีที่ลดลง 1 เปอร์เซ็นต์ จะลดการเสื่อมของไตได้ร้อยละ 35 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร จันทชาติ⁷ การ พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไต เรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิก HbA1C, FBS 8 hrs, Cr และ GFR) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง คลินิก .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัส สาระจรัส และ แอนนา สุมะโน⁶ ผลของกระบวนการสนับสนุนการ จัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มี ภาวะไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่ง Kanfer & Gaelick-Buys⁹ อธิบายว่ากระบวนการจัดการตนเอง เน้นการกำกับตนเอง สร้างทักษะ การคิดแก้ไขปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยได้ ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ และประสิทธิภาพการทำงานของไตดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ดัชนีมวลกาย ยังไม่มีความแตกต่างหลังการทดลอง เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองได้แก่ การมีไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และพฤติกรรมบริโภคที่ซับซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการด้านอาหาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เลือกวิธีการจัดการตามความพร้อม ตามแนวคิดการจัดการตนเองสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือพฤติกรรมเดิม เช่น การหลีกเลี่ยงการบริโภคโซเดียม มีทั้งเลือกควบคุมด้วยการลดปริมาณ ลดความถี่ หรือเลือกชนิด เช่น งดหรือลดบริโภคผงชูรส รสดี ผงปรุงรส แต่เลือกใช้น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว แทนเป็นต้นรับประทานอาหารประจำวันและผลไม่ตามฤดูกาล ที่ส่งผลต่อการชะลอไตเสื่อมโดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับการจัดการด้านยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างนำยาออกจากห่อฟรอยด์ หักแบ่งตามขนาดการรักษาเพื่อความสะดวกในการรับประทานยา มีทั้งแบ่งบางส่วน หักแบ่งยาทั้งหมดที่ได้รับ และรับยาตามนัดแต่ไม่รับประทานยาบางรายการที่คิดว่าไม่จำเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติ ใช้น้ำสมุนไพรสำเร็จรูป นำสมุนไพรสดมาต้มดื่มแทนน้ำ เป็นต้น สำหรับการจัดการตนเองด้านออกกำลังกาย มีการเปลี่ยนแปลงน้อยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกินถึงอ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 ที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ ควรศึกษาบริบทของโรงพยาบาล และปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและบุคลากรทีมสุขภาพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรบริหารเวลาให้เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย

2. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และมอบหมายงานให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้ดำเนินงานในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไปว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถคงไว้ซึ่งการจัดการตนเองที่ยั่งยืนในการชะลอโรคไตเรื้อรัง

2. รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม จึงควรพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีอุบัติการณ์สูง ได้แก่ รูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 สามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพไตไปเป็นปกติได้ มีอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น ความเสื่อมของไตช้าลง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอสมเด็จที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือให้คำแนะนำ

ทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่าน รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่
เข้าร่วมโครงการ ซึ่งทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จบรรลุตาม
วัตถุประสงค์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จุฑามาศ เทียนสอาด,และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2559) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แนวคิดและการประยุกต์ใช้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
รามธิบดีพยาบาลสาร ;22(3):223-232.
2. ประเสริฐ ธนกิจจารุ.สถานการณ์ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.ฉบับประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม 2558. (เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน
2560). เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2
3. พรเพ็ญ ศรีสวัสดิ์ (2550). Glycated hemoglobin standardization. วารสารเทคนิคการแพทย์, 35 (1), 1763-1766.
4. ไพศาล ไตรศิริโชค , หลั่งพร อุตศาสตร์ และ วราทิพย์ แก่นการ (2561) ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
เพื่อชะลอ โรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น.ศรีนครินทร์เวชสาร 2562, 34(6) : 552-5585.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center): ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข;
[สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย.2565]. แหล่งข้อมูล
6. วินัส สารจรัสและ แอนนา สุมะโน (2561) ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มี
ภาวะ ไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี.วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ.2561,1(3) : 13 -26.
7. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้นและเพ็ญศรี จาประไพ (2560) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยไต เรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการ
จัดการตนเองวารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(3):280-290.
8. Chosivasakul K, Piaseu N, Sakdanupab S. Effects of a programme integrating multidisciplinary approach and self-
management on chronic kidney disease patients with complications. Thai Journal of Nursing Council 2017;
32: 79-93
9. Kanfer, F. H., &Gaelick-Buys, L. Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). Helping people change:
A textbook of methods. New York: Pergamon. 1991.pp. 305-360
10. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med
2003; 21: 1-7
11. Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2012 Report. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2559).
เข้าถึงได้จาก :<http://www.nephrothai.org/trt/trt-Lasp>
12. Thungtong S, Chinnawong T, Thaniwattananon P. Effects of Self-management support program for delayed
progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with
uncontrolled type 2 diabetes mellitus.Songklanagarind Journal of Nursing 2015; 35: 67-84.
13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence
into action. Health Aff (Millwood) 2001; 20: 64-78.



การพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ Development and management of a massage business registration system in Kalasin province

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 26,2023)

ชุติกัญจน์ ปิยะศิลป์¹, ภาวดี น้อยอาษา¹, นวลปรางค์ ดวงสว่าง²
Chutikan Piyasilpa¹, Pawadee Noiarsa¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางและส่งเสริมการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์
วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ประกอบการสถานประกอบการจังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาศึกษา
ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2565 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การขึ้นทะเบียนและออกสำรวจพื้นที่ ระยะ
ที่ 2 ออกแบบการจัดการ (เคาะประตูถึงสถานประกอบการ, เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงผลงานต้นแบบ, จัดตั้งชมรม) ระยะที่
3 นำแนวทางมาปรับใช้แล้วประเมินผล และระยะที่ 4 ติดตามผลสะท้อนกลับปรับปรุงได้แนวทางที่เหมาะสม เครื่องมือ คือ แบบฟอร์ม
การติดตามประเมิน แบบสังเกต แบบประเมิน การขึ้นทะเบียนผ่านเว็บไซต์ สรุป

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าปี 2560 ร้านนวดเพื่อสุขภาพขึ้นทะเบียน 24 แห่ง ร้านนวด
เพื่อเสริมความงาม 1 แห่ง ร้านนวดสปา 1 แห่ง หมดอายุขึ้นทะเบียนจำนวน 296 คน เมื่อพัฒนาด้วยการออกแบบการจัดการ เคาะ
ประตูถึงหน้าสถานประกอบการ 60 แห่ง เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดแสดงผลงานผู้ประกอบการต้นแบบ 1 ครั้ง และจัดตั้งชมรม
1 ชมรม เมื่อปี 2563 ร้านนวดเพื่อสุขภาพขึ้นทะเบียนเป็น 69 แห่ง ร้านนวดเพื่อเสริมความงาม 4 แห่ง ร้านนวดสปา 2 แห่ง และหม
นวดขึ้นทะเบียนจำนวน 819 คน แสดงถึงกระบวนการจัดการที่นำไปใช้กับผู้ประกอบการสามารถสร้างแรงจูงใจให้ขึ้นทะเบียนสถาน
ประกอบการในระบบเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ขึ้นทะเบียนสถานประกอบการ, นวด, สปา

Abstract

Introduction: The aim of this study is to develop process and enhance massage business to register legally
in Kalasin province. Materials and Method: Study design is action research. Subject are massage businesses in Kalasin
province. This study is determined between 2020 to 2022. The study is divided into 5 parts. That is firstly, to analysis
how to register and explore study area, secondly, to design intervention properly, thirdly, intervention what are to
knock the door, to discuss with demonstrate how to be successful in this business by excellent owner and to be
found an alliance). Fourthly, intervention was reassessed to decrease pitfalls. And lastly, results were collected and
explored for the better intervention. Instruments are data scattering forms and study official website. Results: Three
types of massage business in 2017 are found. There are 24 places of massage for health, 1 place of beauty massage
and spa service. Register masseuses are 296 persons. Sixty message businesses are found by knock the door. To
discuss, exchange experience and demonstrate by excellent business owner was operate for a time. Finally, the
alliance was establish. In 2020, 69 massage businesses for health encouragement, 4 places of massage for beauty
and 2 places of spa massage are registered. Furthermore, 819 masseuses are established. All results are increased
after this study was performed. Conclusion: The business owners can be encouraged to register increasingly by all
processes of this study.

Keywords: massage establishments, health massage, registering for establishments

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โทรศัพท์/โทรสาร 043-815418/
043-814620 และ pnoiarsa@gmail.com ผู้นิพนธ์

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ ควบคุมกำกับและดูแลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา¹ จังหวัดกาฬสินธุ์มี 18 อำเภอ เป็นเมืองรองที่มีความโดดเด่นด้านการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม² การสร้างรากฐานผลักดันให้มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญ

ปี พ.ศ. 2559 พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์ มีสถานประกอบการสปา ขึ้นทะเบียนในระบบ Online เป็น 0 แห่ง, สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ ขึ้นทะเบียนในระบบ Online 0 แห่ง, สถานประกอบการนวดเพื่อเสริมความงาม ขึ้นทะเบียนในระบบ Online 0 แห่ง ซึ่งขณะนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ไม่ทราบเป้าหมายจริงที่มีทั้งหมดในจังหวัด รวมถึงหมอนวดที่ประจำอยู่ในสถานประกอบการ ได้รับการขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 Online จำนวน 0 คน³ ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์จึงได้ทำการประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง ตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ผลปรากฏว่า ผลการขึ้นทะเบียน ยังคงมีอัตราการคงเดิม และยังคงไม่ทราบเป้าหมายสถานประกอบการและจำนวนหมอนวด ที่ครบถ้วน ครอบคลุม⁴

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ตระหนักในความสำคัญ และต้องการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกฎหมายที่มีการบังคับใช้ และด้วยความตั้งใจในการพัฒนางานของหน่วยงานประจำ จึงนำปัญหาหน้างานมาวิเคราะห์ ค้นหากระบวนการ วิธีการในการแก้ไข กำหนดแนวทางการพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ แล้วปรับใช้ให้เหมาะสม โดยคาดหวังว่าการพัฒนาดังกล่าวนี้นี้ จะสามารถเพิ่มอัตราการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในระบบ Online และ

สนับสนุนให้หมอนวดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดและผ่านการขึ้นทะเบียนในระบบ Online ตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 Online ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางและส่งเสริมการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ จากฐานข้อมูลเดิมที่มี ซึ่งไม่อยู่ในระบบระบบ Online การขึ้นทะเบียนร้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การขึ้นทะเบียนหมอนวด และประชุมปรึกษาหารือ แล้วจัดทำโครงการ Knock doors ร้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ทุกแห่งในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ กุมภาพันธ์ 2563 กระบวนการประกอบด้วย การสำรวจร้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การชี้แจง สร้างความเข้าใจ ตระหนักในการบังคับใช้ พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559, การแนะนำการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ Online, การแนะนำชักจูงใจ ให้เข้าร่วมการอบรมนวดตามหลักสูตรที่กำหนดไว้, การเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดแสดงผลงานผู้ประกอบการต้นแบบ เป็นต้น ผู้ดำเนินการสำรวจ คือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 จำนวน 253 คน ครอบคลุมการดำเนินการทุกพื้นที่อำเภอและตำบล

ระยะที่ 2 ออกแบบการจัดการ ระยะเวลา 1 วัน คือ วันที่ 4 เมษายน 2561 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม 300 คน ที่มา ผู้ประกอบการเพื่อสุขภาพ หมอนวด และพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

กระบวนการประกอบด้วย การรับฟังบรรยาย, จัดเวทีเสวนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดกิจกรรม สถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้นแบบจัดแสดงผลงานตลอดวัน เปิดชมรมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมถึงการประชุมหารือกำหนดแนวทางการพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 3 การปรับใช้ให้เหมาะสมในพื้นที่ โดยการนำแนวทางที่ได้จากการจัดเวทีเสวนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในวันที่ 4 เมษายน 2563 มาปรับใช้ให้เหมาะสมในพื้นที่ ระยะเวลา พฤษภาคม 2563-กันยายน 2564

ระยะที่ 4 ประเมินผล การเก็บข้อมูลผลการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการสุขภาพ ในระบบ Online ตามปีงบประมาณเปรียบเทียบกับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563-2565 และเก็บข้อมูลหมอนวดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ คือ 150 ชม. โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันศึกษาที่ขอรับรองหลักสูตร ในการอบรมหมอนวดไทย 150 ชั่วโมง ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดกาฬสินธุ์, วิทยาลัยสารพัดช่างจังหวัดกาฬสินธุ์, วิทยาลัยเทคนิคจังหวัดกาฬสินธุ์ และวิทยาลัยการอาชีพห้วยผึ้ง เป็นต้น

ระยะที่ 5 ติดตามผลสะท้อนกลับปรับจนได้แนวทางที่เหมาะสม ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากความพึงพอใจในการเข้าร่วมการพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากกลุ่มผู้ประกอบการ, หมอนวดที่เข้าร่วมกิจกรรม, หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเป็นหน่วยฝึกอบรมตามหลักสูตร รวมถึงเอกสารรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ผลการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามโครงการ Nock doors ครอบคลุม ครบในทุกพื้นที่ ทุกอำเภอ

ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ร้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทสปา 2 แห่ง สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 64 แห่ง สถานประกอบการนวดเพื่อเสริมความงาม 4 แห่ง รวมถึงมีผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ คือ หมอนวด ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบ รวมทั้งสิ้น 819 คน

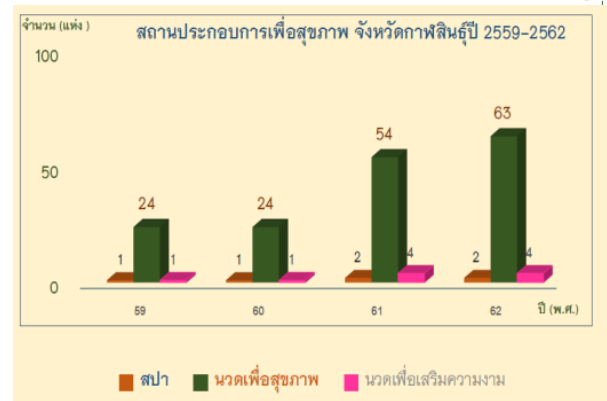
ระยะที่ 2 ออกแบบการจัดการ ระยะเวลา 1 วัน คือ วันที่ 4 เมษายน 2561 พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม 300 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมรับฟังบรรยาย, เสวนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประชุมหารือกำหนดแนวทางการพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการจัดกิจกรรมแสดงผลงานร้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ต้นแบบในแต่ละประเภท ทั้งสิ้นจำนวน 15 ร้าน และมีการเปิดให้บริการเพื่อสุขภาพ เช่น นวดไทยเพื่อสุขภาพ นวดเท้าเพื่อสุขภาพ ตลอดจนมีการประกวดกิจกรรมลีลาการนวดไทย ฯลฯ ร้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่เป็นต้นแบบสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จัดแสดงผลงานตลอดวัน

ผลประชุมหารือ ได้แนวทางการพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการจัดตั้งชมรมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1 ชมรม โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 25 คน มีการกำหนดแผนงานโครงการและระดมงบประมาณสนับสนุน เพื่อบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการและขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และขับเคลื่อนชมรมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยมีสมาชิกชมรม 250 คน และกำหนดมาตรฐานการขึ้นทะเบียน Online ด้วยการตรวจสอบข้อมูลตามแบบตรวจสอบเอกสารคำขอรับใบอนุญาตขอขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ. ปี พ.ศ. 2559

ระยะที่ 3 การปรับใช้ให้เหมาะสมในพื้นที่ โดยผลจากการจัดตั้งชมรมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ดำเนินการจัดประชุมเพื่อขับเคลื่อนพัฒนาและ

บริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 6 ครั้ง ในรอบปี 2563-2565 ที่ผ่านมา (พฤษภาคม 2563-พฤษภาคม 2564) มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกชมรมมีส่วนร่วมในการจัดอบรมนัด 150 ชม. 2 ครั้ง, จัดทำโครงการเผยแพร่ความรู้ในการจัดตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 1 ครั้ง, มีสมาชิกในชมรมเพิ่มขึ้นเป็น 390 คน, มีการจัดรายการวิทยุชุมชน 6 ครั้ง เพื่อเผยแพร่ผลงานการการขับเคลื่อนพัฒนา, มีการระดมงบประมาณสนับสนุนเพื่อบริหารจัดการชมรม 20,000 บาท และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีการขึ้นทะเบียน Online ด้วยการตรวจสอบข้อมูลตามแบบตรวจสอบเอกสารคำขอรับใบอนุญาตขอขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ. ปี พ.ศ. 2559 ในทุกสถานประกอบการที่ลงทะเบียน Online

ระยะที่ 4 ประเมินผล ด้วยการเก็บข้อมูลผลการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการสุขภาพ Online และการเก็บข้อมูลหมอนวดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ พบว่า สถานประกอบการสปา ขึ้นทะเบียน Online 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100, สถานประกอบการร้านนวดเพื่อสุขภาพ ขึ้นทะเบียน Online 63 แห่ง จากทั้งหมด 64 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98.44, สถานประกอบการนวดเพื่อเสริมความงาม ขึ้นทะเบียน Online 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และ หมอนวดขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 819 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งรายละเอียดดังภาพประกอบที่ 1 ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 ผลการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการสุขภาพ Online ปี พ.ศ. 2563-2565

ระยะที่ 5 ติดตามผลสะท้อนกลับปรับปรุงได้แนวทางที่เหมาะสม พบว่า จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมการพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากคณะกรรมการชมรม 77 คน ปรากฏว่า มีความพึงพอใจในภาพรวม ระดับมาก 52 คน คิดเป็นร้อยละ 67.54 พึงพอใจในระดับปานกลาง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 32.46 ส่วนผู้ประกอบการเพื่อสุขภาพ 69 คน มีความพึงพอใจในภาพรวม ระดับมาก 57 คน คิดเป็นร้อยละ 82.61 พึงพอใจในระดับปานกลาง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 ส่วนสมาชิกชมรม 350 คน มีความพึงพอใจในภาพรวม ระดับมาก 311 คน คิดเป็นร้อยละ 88.85 และพึงพอใจในระดับปานกลาง 39 คน คิดเป็นร้อยละ 11.15 เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่า สรุปผลการประชุมคณะกรรมการชมรม ได้รับการรับรองจากสมาชิกชมรม มากกว่าร้อยละ 70 จำนวน 5 ใน 6 ครั้ง ของการประชุมขับเคลื่อนพัฒนาและบริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ และมีการเผยแพร่ในระบบ file electronic ให้กับคณะกรรมการและสมาชิกทุกคนได้รับทราบอย่างทั่วถึงกัน

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ด้วยการใช่วิธีการที่เรียกว่า Knock doors เพื่อสำรวจข้อมูล,

การให้ข้อมูลข่าวสาร, การชี้แจง สร้างความเข้าใจ ตระหนักในการบังคับใช้ พ.ร.บ. สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และการแนะนำการขึ้น ทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ Online นี้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการ พัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุม โรคชิคุนกุนยา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จัด กิจกรรมเคาะประตูบ้านเพื่อกระตุ้นการตื่นตัวเพื่อ การป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ ทำให้ เกิดการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่าง ครอบคลุม กว้างขวางในพื้นที่⁵ เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการอ่านเชิงรุกแบบเคาะ ประตูบ้าน (Door to Door) ให้กับประชาชนวัยเด็ก ก่อนวัยเรียน วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุในจังหวัด พะเยา เพื่อการเข้าถึงหนังสือที่ต้องการและสนใจ และส่งเสริม พฤติกรรมการอ่านหนังสือ⁶

ระยะที่ 2 ออกแบบการจัดการ ด้วยการจัดให้ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ต่อการสร้าง เสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้กับผู้สูงอายุใน ชุมชนชนบทของจังหวัดพะเยา ซึ่งได้กำหนดให้ทุก กระบวนการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา ปรับแก้ไขกระบวนการให้เหมาะสมอยู่ เสมอ⁷ ส่วนการจัดตั้งชมรมสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงาน และกำหนดมาตรฐานการขึ้นทะเบียน Online ด้วยการตรวจสอบข้อมูลตามแบบตรวจสอบ เอกสารคำขอรับใบอนุญาตขอขึ้นทะเบียนสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ. ปี พ.ศ. 2559 สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง การศึกษาแนวทาง มาตรการ และข้อเสนอแนะทางกฎหมายเพื่อใช้กำกับ ธุรกิจ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ที่ได้เสนอแนะแนวให้เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายที่มี อยู่อย่างเคร่งครัด และพัฒนามาตรฐานการบริการ ของสถานประกอบการในประเทศไทยให้เข้าสู่มาตรฐาน, ออกมาตรการเพิ่มเติมเพื่อที่จูงใจผู้ประกอบการ ปรับปรุง มาตรฐานของตนเองให้ดีขึ้น⁸

ระยะที่ 3 การปรับใช้ให้เหมาะสมในพื้นที่ โดย ผลจากการจัดตั้งชมรมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ดำเนินการจัดประชุมเพื่อขับเคลื่อนพัฒนาและ บริหารจัดการระบบการขึ้นทะเบียนสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ สมาชิกชมรมมีส่วนร่วมใน การจัดอบรมนัด, จัดทำโครงการเผยแพร่ความรู้ใน การจัดตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ, มีสมาชิกใน ชมรมเพิ่มขึ้น, มีการจัดรายการวิทยุชุมชน เพื่อ เผยแพร่ผลงานการขับเคลื่อนพัฒนาฯ, มีการ ระดมงบประมาณสนับสนุนเพื่อบริหารจัดการชมรม และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีการขึ้นทะเบียน Online ด้วยการตรวจสอบข้อมูลตามแบบตรวจสอบ เอกสารคำขอรับใบอนุญาตขอขึ้นทะเบียนสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งกระบวนการดำเนินการ ดังกล่าวสอดคล้องกับ ผลการศึกษา เรื่อง แนวทาง มาตรการ และข้อเสนอแนะทางกฎหมายเพื่อใช้กำกับ ธุรกิจ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพในประเทศไทย⁹ และตามคู่มือแนวทางดำเนินงานสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ¹ อีกทั้งแนวทางการบังคับใช้กฎหมายนั้น ก็ได้ยึดตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ พ.ศ. 2559⁹

ระยะที่ 4 ประเมินผล สถานประกอบการสปปา ขึ้นทะเบียน Online, สถานประกอบการร้านนวดเพื่อ สุขภาพ ขึ้นทะเบียน Online, สถานประกอบการนวด เพื่อเสริมความงาม ขึ้นทะเบียน Online และ หมอ นวดขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ ซึ่งกระบวนการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้อง กับ ผลการศึกษา เรื่อง แนวทาง มาตรการ และ ข้อเสนอแนะทางกฎหมายเพื่อใช้กำกับธุรกิจ สถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพในประเทศไทย⁹

ระยะที่ 5 ติดตามผลสะท้อนกลับปรับจนได้ แนวทางที่เหมาะสม พบว่า มีการสรุปผลการประชุม คณะกรรมการชมรม และเผยแพร่ผลงานการ ขับเคลื่อน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ได้สอดคล้องกับผล การศึกษา เรื่อง ผลการใช้บันทึกเชิงสะท้อนคิดที่มีต่อ พฤติกรรมของผู้สอนและผู้เรียนในชั้นเรียนวิจัย การศึกษา: การศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบผสมวิธี ที่ ได้กล่าวว่า การบันทึกเชิงสะท้อนคิดช่วยให้ผู้เรียน

เกิดการรับรู้ในปัญหาตนเอง นำไปสู่การพัฒนา
ปรับปรุงด้วยตนเอง (Self-improvement) และรับรู้
ถึงความรู้สึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่นกัน¹⁰

แยกจำนวนหมวดตามประเภทของสถาน
ประกอบการเพื่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสนับสนุน
ข้อมูลเชิงปริมาณ ในทุกๆ ระยะ การดำเนินการ และ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มเติมประเด็นการศึกษาการป้องกัน
การใช้สถานที่ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผิด
ประเภท และการส่งเสริมกิจการสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2560) แนวทางดำเนินงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ. บริษัท เจเนซิส มีเดียคอม จำกัด.
2. จังหวัดกาฬสินธุ์.(2558). สรุปผลการดำเนินงานจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2558. สำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2561). สรุปผลการปฏิบัติราชการ ครั้งที่ 2/2561. กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2560). สรุปผลการปฏิบัติราชการ ครั้งที่ 2/2561. กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2560
5. สุปรียา แก้วสวัสดิ์, สาโรจน์ เพชรเมณี และ นันทพงศ์ จันทมาศ.(2556). การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการ ป้องกันและควบคุม โรคชิคุนกุนยา อำเภอท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จัดกิจกรรมเคาะประตู บ้านเพื่อกระตุ้นการตื่นตัวเพื่อการป้องกัน โรค ไข้เลือดออก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 22(6).
6. พัชร ศรีสังข์.(2556). รูปแบบการส่งเสริมการอ่านเชิงรุกแบบเคาะประตูบ้าน (Door to Door) ให้กับประชาชนวัยเด็กก่อนวัยเรียน วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 16(บทคัดย่อ).
7. เกษแก้ว เสียงเพราะ, นิศารัตน์ อุตตะมะ, ประกาศิต ทองช่วย และสายฝน ผุดผ่อง.(2561). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ ภาควิชาในชุมชน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้กับผู้สูงอายุใน ชุมชนชนบทของจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุข ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา. 48(2).
8. ฆนัท ครุฑกุล.(2555). การศึกษาแนวทาง มาตรการ และข้อเสนอแนะทางกฎหมายเพื่อใช้กำกับธุรกิจ สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพในประเทศไทย. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2559). พระราชบัญญัติสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ (พ.ศ. 2559). กระทรวง สาธารณสุข.
10. กฤษณา ขำปากพลี.(2557). ผลการใช้บันทึกเชิงสะท้อนคิดที่มีต่อพฤติกรรมของผู้สอนและผู้เรียนในชั้นเรียนวิจัย การศึกษา: การ ศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบผสมวิธี. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการ วิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและ จิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม

Development of long-term care systems in public health For the elderly with dependency Nakhon Phanom Province

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 26,2023)

นนทรี เมืองศรี¹ พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์
Nonsee Muangsri, Pisit sereethammaphithak

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อกำหนดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมสุขภาพ จำนวน 30 คน ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 36 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้ารับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม จำนวน 313 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2566 ใช้ระยะเวลารวม 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X=9.12$, $SD=1.50$; $X=7.74$, $SD=2.06$) 2) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X=90.71$ $SD=9.07$; $X=55.76$, $SD=7.37$) 3) ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X=33.88$ $SD=2.02$; $X=21.92$ $SD=3.08$) และ 4) ความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมสุขภาพและทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า โดยภาพรวมมีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ทีมสุขภาพและทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 100 ทุกข้อเช่นกัน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การพัฒนาระบบ, การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This research is an action research to determine the long-term care system in public health. For the elderly who are dependent Nakhon Phanom Province The sample consisted of 30 health care teams, 36 related parties, and dependent elderly people. who are admitted to the public health long-term care system For the elderly who are dependent Nakhon Phanom Province, 313 people willing to participate in the research. The research tools were general information questionnaires. Activity Daily Living : ADL Assessment form for assessing the ability to perform daily life according to the Barthel ADL Index Satisfaction questionnaire for dependent elderly people and a feasibility assessment form for using a public health long-term care system. For the elderly who are dependent The study was conducted

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

during January to June 2023, using a total period of 6 months. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation. Comparison of the ability to perform daily activities according to the Barthel ADL index (Activity Daily Living: ADL), quality of life of dependent elderly people Satisfaction of the dependent elderly by using inferential statistics to analyze the t value (t-test), type dependent Sample t-test.

The results showed that 1) the ability to perform daily life according to the Barthel ADL index (Activity Daily Living: ADL) of the volunteers. dependent elderly It was found that after the development, the average ability to perform daily activities was increased than before the development. statistically significant at the 0.05 level ($X=9.12$, $SD=1.50$; $X=7.74$, $SD=2.06$). of the volunteer sample dependent elderly It was found that after the development, the average quality of life was increased than before the development. statistically significant at the 0.05 level ($X=90.71$ $SD=9.07$; $X=55.76$, $SD=7.37$). of the volunteer sample Stakeholder Team It was found that after the development, the average satisfaction of the dependent elderly was higher than before the development. statistically significant at the 0.05 level ($X=33.88$ $SD=2.02$; $X=21.92$ $SD=3.08$) and 4) the possibility of using a public health long-term care system. For the elderly who are dependent of the volunteer sample The health and stakeholder teams found that, overall, they agreed on the possibility of using a public health long-term care system. for the elderly with dependent conditions, 100 percent, and when classifying each item found that Health and stakeholder teams agree on the possibility of implementing a public health long-term care system. For the elderly with dependent conditions, 100 percent of all items as well.

Keywords : dependent elderly, system development, public health long-term care for dependent elderly

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งประเทศไทย¹ ทั้งจากสัดส่วนและขนาด พบเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 โดยประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมากด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ส่งผลให้ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกประมาณ 5 ปี ข้างหน้า เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีอายุยืนยาวขึ้นของ ประชากรวัยผู้สูงอายุ² ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการการบริการสุขภาพของประเทศ วัยผู้สูงอายุร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอย เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการตามมา³ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเฉพาะ สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยง ในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ภาวะกระดูกพรุน การบาดเจ็บจากการหกล้มและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนมีความพิการ มีภาวะพึ่งพิง

หรือติดบ้านติดเตียง⁴ บุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ และมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ยังได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก⁵ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแล ที่มีคุณภาพจากผู้ดูแล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรง และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁶ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญ ในการจัดการเพื่อลดผลกระทบ ที่ อาจจะเกิดขึ้นตามมา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2565-2569) ยุทธศาสตร์ที่ 1 เติบโตการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ⁷ และได้ทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care for The Dependent Elderly)^{8,9} ในปัจจุบันเป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก ซึ่ง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ถือได้ว่าเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่โดยเป็นผู้เชื่อม ประสานระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัวทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการทางด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁰ ซึ่งการช่วยเหลือดูแลครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง¹¹

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีหน้าที่ในการถ่ายทอดนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขนำไปสู่การกำหนดนโยบายระดับจังหวัด และการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งการสนับสนุน ส่งเสริม กำกับ และติดตามการทำงานในระดับพื้นที่ครอบคลุม 12 อำเภอในจังหวัดนครพนม จากรายงานสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพ (Focal points) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ปี 2565 พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ของจังหวัดนครพนม ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 โดยเป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 2.60, 3.66, 4.10 และ 4.63 ตามลำดับ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 0.45, 0.52, 0.66 และ 0.61 ตามลำดับและพบมีพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ NA, NA, 24.15, 28.27 จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสภาพปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการแก้ปัญหาโดยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care: LCT) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2559 ได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินงานอย่างไร ก็ตามถึงแม้จังหวัดนครพนมจะมีแนวทางใน

การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายปฏิเสธการดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ความต่อเนื่องของงบประมาณที่จัดสรร ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมออกนอกระบบบริการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น มีข้อจำกัดหลายอย่าง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางประจำคลินิกในการดูแลหรือประสาน ขาดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงเครือข่าย ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน เครือข่ายสุขภาพ ด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางราย มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ญาติผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในการดูแล ขาดความตระหนักรู้ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านชุมชนพบว่า ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล และไม่มี การกำกับ ติดตามร่วมกับหน่วยงาน จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ดังนั้นการมีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การมีทีมเครือข่ายสุขภาพที่มีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟูที่ถูกต้อง เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้ภาวะสุขภาพที่เผชิญอยู่¹²

ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและองค์กร ในการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการเน้นพัฒนาระบบบริการ ในการบำบัดที่มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง บุคลากรมีความพร้อมด้านทักษะองค์ความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟังฟัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง ได้รับบริการที่ครอบคลุม ตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ ของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง ที่สอดคล้องตามบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข รวมทั้งยังสามารถลดผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะฟังฟัง จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการกำหนดรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง จังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาตามขั้นตอน วงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) หรือ PDCA Cycle ในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง จังหวัดนครพนม ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2566 ระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอน ที่ 3 การตรวจสอบ/แก้ไข และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงของทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง จังหวัดนครพนม ประกอบไปด้วย แพทย์พยาบาล เกษัตริ์กร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา จำนวน 30 คน และทีม

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง ในพื้นที่จังหวัดนครพนม จำนวน 36 คน กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง จังหวัดนครพนม ที่ได้รับการประเมินตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Activity Daily Living : ADL) มีค่าคะแนน ADL 0 – 11 คะแนน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 313 คน มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (ADL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง และ แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะฟังฟัง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง และคู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
2. ผู้ศึกษาขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตจังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนิน

การศึกษา ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก

3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้บำบัดขณะที่ผู้บำบัดรอการตรวจหรือภายหลังที่ได้รับการตรวจแล้ว เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วมรวมถึงการรักษา ความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษามีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา โดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการนัดในการเข้าร่วมการทดลองตามแผนการดูแล (Care plan) ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม

5. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง 2) เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการ

แก้ปัญหา 4) จัดทำแผนและกำหนดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจง และเพิ่มพูนทักษะทีมสหวิชาชีพ ผู้ร่วมวิจัย 2) การลงมือปฏิบัติตามแผนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมที่กำหนดไว้ในสถานบริการ เพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบและศึกษาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม โดยการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม และ ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบผลลัพธ์ของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ดังนี้ 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (ADL) 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) ความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม และ 5) สรุปและวิเคราะห์ ข้อมูลตามระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.8 หากค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 และ 2 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ และขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL), คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

จริยธรรมการทํารว้จ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านขอพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 070/65 จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวมก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเท่ากับ $X=7.74$, $SD=2.06$ หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถด้านการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองเท่ากับ $X=9.12$, $SD=1.50$ และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=313)		หลังพัฒนา (N=313)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	7.74	2.06	9.12	1.50	-28.68	312	0.00

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวมก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับที่ไม่ดี ($X=55.76$, $SD=7.37$) หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับกลางๆ ($X=90.71$ $SD=9.07$) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=313)			หลังพัฒนา (N=313)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	55.76	7.37	คุณภาพชีวิตกลางๆ	90.71	9.07	-55.94	312	0.00

3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยภาพรวมก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับน้อย ($X=21.92$ $SD=3.08$) หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก

ที่สุด ($X=33.88$ $SD=2.02$) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=313)			หลังพัฒนา (N=313)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ ภาพรวม	น้อย	21.92	3.08	มากที่สุด	33.88	2.02	-54.49	312	0.00

4. ความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมสุขภาพและทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า โดยภาพรวมมีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ทีมสุขภาพและทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 100 ทุกข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4, 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมสุขภาพ

ข้อความ	เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม	30	100
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม	30	100
3. ท่านตั้งใจมั่นที่จะใช้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมทุกครั้งแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแลของท่าน	30	100
4. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมสามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่มีความยุ่งยาก	30	100
5. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมในแต่ ละหัวข้อมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยให้ท่านสามารถประเมินได้ทุกขั้นตอน	30	100

ตารางที่ 4 ร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมสุขภาพ

6. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติงานและดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง	30	100
7. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม	30	100
8. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านปฏิบัติได้ตามมาตรฐานและครบถ้วนถูกต้อง	30	100
9. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านสามารถบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลได้อย่างครบถ้วนเป็นระบบ	30	100
10. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยแก้ไขปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	30	100
รวม	30	100

ตารางที่ 5 ร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ข้อความ	เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม	36	100
2. ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม	36	100
3. ท่านตั้งใจมุ่งมั่นที่จะใช้ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมทุกครั้งแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแลของท่าน	36	100
4. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมสามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่มีความยุ่งยาก	36	100
5. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมในแต่ละหัวข้อมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยให้คุณสามารถประเมินได้ทุกขั้นตอน	36	100
6. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติงานและดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง	36	100
7. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม	36	100
8. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านปฏิบัติได้ตามมาตรฐานและครบถ้วนถูกต้อง	36	100
9. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยให้ท่านสามารถบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลได้อย่างครบถ้วนเป็นระบบ	36	100
10. ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนมช่วยแก้ไขปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	36	100
รวม	36	100



สรุปและอภิปรายผล

ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม ที่เน้นจัดบริการโดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ภายใต้กระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์รัตนพันธ์¹³ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบได้กระบวนการจัดบริการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ 4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของศศิรินทร์ สายแววและวรพจน์ พรหมสัตยพรต¹⁴ ที่ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ เริ่มดำเนินการปี 2561 โดยความร่วมมือของภาควิชาการ

และภาคท้องถิ่นเป็นหลัก แต่ภาคประชาชนไม่มีบทบาทร่วมดำเนินการชัดเจน เมื่อประเมินความพร้อมและสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ 4 ขั้น คือ 1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการกำหนดกิจกรรมและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วนตามบทบาท 3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาท 4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนวทาง เพื่อการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม
2. ควรมีการขยายผลรูปแบบบริการไปยังกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้พิการ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมสุขภาพ ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่ง ของการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). ผลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงาน สถิติแห่งชาติ.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2014). Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. [in Thai]

4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). Situation of the Thai elderly 2018. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. [in Thai]
5. World Health Organization. (2000). Home-based long-term care: Report of a WHO study group. Geneva: WHO.
6. World Health Organization. (2003). Collection on long-term care: Key policy issues in long term care. Geneva: WHO.
7. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และคณะ. (2560). แนวโน้มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง. ในปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559, นครปฐม: บริษัท พรินท์เทอรี่ จำกัด.
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
9. กรมอนามัย. (2553). คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
10. เกรียงไกร ชื่อเลื่อม. (2552). องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์เบอร์รี่ จำกัด.
13. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. (2564). การพัฒนาระบบการจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม; ปีที่ 15(37).
14. ศศินันท์ สายแววและวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2564) การพัฒนาระบบการจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน; ปีที่ 7(4).

ความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม

Knowledge Attitudes and Prevention of Unwanted Pregnancy among Adolescent Girls Nakhon Phanom Province

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 26,2023)

พัชรพร ควรรณสุ¹ พิศิษฐ์ เสรีธรรมพิทักษ์ นันทนา ควรรณสุ
Phatcharaporn kawansu¹ Pisit sereethammapithak Nuntana Khavansu

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นหญิงในเขตจังหวัดนครพนม จำนวน 946 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มที่เคยตั้งครรภ์ จำนวน 473 คน และไม่ได้ตั้งครรภ์ จำนวน 473 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง แบบสอบถามการป้องกันการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่อินติเข้าร่วมการวิจัย ศึกษาในระหว่างเดือน เมษายน ถึง สิงหาคม 2561 ใช้ระยะเวลารวม 5 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์และขนาดระหว่างตัวแปร ด้านประชากร ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ คำนวณค่าอัตราส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจ (Prevalence ratios) ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence intervals) ใช้ log binomial regression

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติระหว่างหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และไม่ได้ตั้งครรภ์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความเห็นที่แตกต่างกันเกือบจะทุกด้าน ยกเว้น ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ ที่บอกว่า “การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์” “วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนใหญ่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา” และประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่บอกว่า “การป้องกันการตั้งครรภ์จะทำให้ไม่เสียโอกาสต่างๆ ในชีวิต” ประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันมาก ได้แก่ “ผู้หญิงที่อยู่หอพักหรือห้องเช่ามีโอกาสมิเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าผู้หญิงที่อยู่กับผู้ปกครอง” หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เห็นด้วย ร้อยละ 70 ขณะที่ผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ เห็นด้วย ร้อยละ 42 อีกประเด็นได้แก่ “วัยรุ่นเป็นวัยไม่พร้อมต่อการมีบุตร” หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เห็นด้วย ร้อยละ 1 ขณะที่ผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ เห็นด้วย ร้อยละ 48

คำสำคัญ : วัยรุ่นหญิง, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, ความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง

Abstract

This research is a descriptive research to study knowledge. Attitudes and prevention of unwanted pregnancy among adolescent girls Nakhon Phanom Province The sample is Adolescent girls in Nakhon Phanom Province were 946 people divided into 473 formerly pregnant and 473 non-pregnant groups. The research instruments were general information questionnaires. knowledge questionnaire Attitudes and prevention of unwanted pregnancy among adolescent girls Pregnancy Prevention Questionnaire A questionnaire for obtaining information and support for pregnancy prevention willing to participate in the research The study was conducted between April and August 2018 for a total period of 5 months. Data were analyzed using descriptive statistics, namely frequency, percentage, mean, comparison and size between population variables. Tests for differences in proportions were tested with Chi-square statistics. Significance was set at $P < 0.05$. Prevalence ratios were calculated. Confidence intervals were 95% (95% confidence intervals).) using log binomial regression

The results of the study comparing knowledge and attitudes between unintended and unintended adolescent girls found that the two groups had different opinions in almost every aspect except the severity of pregnancy, which stated that “pregnancy Adolescent pregnancies pose a significant risk to maternal and fetal health.” “Most unintended adolescents drop out of school. causing a loss of educational opportunities” and the benefits of preventing pregnancy,

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

saying “Prevention of pregnancy will not lose opportunities in life”. Issues that have very different opinions include: 70 percent of pregnant women agree, while non-pregnant women agree 42 percent. “Adolescents are not ready for having children.” 1 percent of pregnant women disagreed, while 48 percent of non-pregnant women agreed.

Keywords : adolescent girls, unwanted pregnancy, knowledge, attitudes and prevention of unwanted pregnancy among adolescent girls

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยอยู่ในยุคสมัยใหม่ เป็นยุคของการแข่งขันเสรี การสื่อสารและเดินทางอย่างไร้พรมแดน ความทันสมัยได้เปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้คนในสังคมไทยไปจากเดิม ครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว สังคมเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม สังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ส่งผลให้ผู้คนต้องออกไปเรียน ทำงาน เป็นแรงงาน ทั้งเด็ก ผู้หญิง ครอบครัวให้อยู่กับผู้สูงอายุ ทำให้เด็กวัยรุ่นให้ห่างไกลจากครอบครัว นำไปสู่การใช้ชีวิตกับเทคโนโลยี วัตถุนิยม ตัสมุราสารเสพติดและมีเพศสัมพันธ์ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นภาพสะท้อนของปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคมสื่อถึงความล้มเหลวระบบครอบครัวและชุมชน ประเทศไทยนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมาพบว่า การคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2555 มีจำนวนการคลอดทั้งหมด 801,737ราย เป็นการคลอดที่เกิดจากวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 129,451 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 หรือร้อยละ 5 เมื่อคำนวณจากหญิงที่อายุระหว่าง 15-19 ปี ซึ่งมีอยู่ 2.4 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราการคลอด 53.8 รายต่อพันประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอัตรา 31.1 รายต่อพันประชากร ในปี พ.ศ. 2543 และล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 พบในอัตรา 44.8 รายต่อพันประชากรวัยเดียวกัน¹ ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอยู่ในระดับสูงและเป็นอัตราการคลอดที่สูงกว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่มีค่าเฉลี่ย 35 ราย ต่อ 1,000 คน² แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของสถานการณ์ได้ชัดเจน³ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจและให้ความสำคัญในการช่วยกันแก้ไขปัญหาเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับ ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงปกปิดการตั้งครรภ์และการคลอดของตนและเลือกคลอดที่ต่างจังหวัด³ เป็นผลมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม รวมทั้งการที่ไม่สามารถเข้าถึงเพศวิถีและการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ แม้จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากความยากจน การแต่งงานหรือใช้ชีวิตคู่ตั้งแต่วัยเด็ก ประเพณีและความเชื่อของท้องถิ่น ความกดดันทางสังคม ความเข้มแข็งและการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ให้บริการในพื้นที่ ตลอดจนความล้มเหลวของการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายต่างๆ⁴ การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้และเข้าใจถึงวิธีการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน การถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการถูกข่มขืน และถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน⁶ ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด สำหรับรายที่มีความรู้ก็ไม่สามารถโน้มน้าวหรือต่อรองให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยได้ และมีบางรายที่ตั้งใจไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเพราะต้องการตั้งครรภ์^{7,8} ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จึงเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในประเด็นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นสามารถป้องกันได้ทั้งจากตัวของวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน รวมทั้งชุมชนและสังคม

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นตัวชี้วัด สำหรับประเทศไทยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นนโยบายว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573⁹ สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดนครพนม พบมีลักษณะที่คล้ายกับภาพรวมของประเทศไทย คือ การคลอดจากวัยรุ่นหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้น³ ในปี พ.ศ. 2559 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี คือ 1.3 รายต่อ 1,000 คน และอัตรา 41.1 รายต่อ 1,000 คน ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี¹ และในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดนครพนมมีวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-14 ปี จำนวน 22,227 ราย ตั้งท้องก่อนวัยอันควรจำนวนมากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ค่าเฉลี่ยในจำนวนวัยรุ่นสองหมื่นกว่าคนนี้มีวัยรุ่นคลอดบุตร จำนวน 17 คน โดยเป็นมารดาที่อายุ 10-14 ปี อันดับหนึ่งของอำเภอที่มีมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์และคลอดบุตรสูงสุด คือ อำเภอบ้านแพง รองลงมาคือ เรณูนครและท่าอุเทน และนอกจากนั้นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 23,610 คน คลอดบุตร จำนวน 634 คน มากที่สุดคือ อำเภอศรีสงคราม รองลงมาคือ นาทมและเรณูนคร¹⁰ การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ 15-19 ปี จำนวน 634 คน พบมีมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำหรือมีบุตรคนที่สองตามมา จำนวน 106 คน มากที่สุดคือ อำเภอนาทม รองลงมาคือปลาปากและเมืองนครพนม โดยวัยรุ่นเหล่านี้ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดทักษะชีวิต มีค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งสื่อออนไลน์ที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบกับความคิด ความเชื่อ ตามบริบทของพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีคูครองในวัยรุ่นและความต้องการมีบุตรเร็วเพื่อให้ครอบครัวสมบูรณ์ การเข้าใจถึงความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จะช่วยให้ทราบถึงชุดข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง ตามบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนมต่อไป

จากสภาพปัญหาต้นทางดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมทางเพศ และเป็นภาพสะท้อนการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นว่าเป็นปัญหาของสังคม ทั้งนี้เพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ และจะได้มีแนวทางในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 10-19 ปี ในจังหวัดนครพนม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Fleiss Method (48) จากข้อมูลความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (Case) และกลุ่มไม่ได้ตั้งครรภ์ (Control) กลุ่มละ 473 คน ขนาดศึกษาจำนวนรวมทั้งหมด 946 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง แบบสอบถามการป้องกันการตั้งครรภ์

แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมเพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วเท่านั้น

2. ผู้วิจัยเดินทางไปยังพื้นที่วิจัยในตำบลและหมู่บ้านตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นหญิงที่สุ่มได้ในทุกๆ วัน โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อนัดหมายที่บ้านหรือสถานศึกษาหรือสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นกับความสะดวกของผู้ที่จะเข้าร่วมการชี้แจงโครงการวิจัยและผู้ปกครองโดยไม่ให้เกิดผลกระทบหรือกลุ่มเสี่ยงต่ออาสาสมัคร หากพบว่าวัยรุ่นหญิงตามรายชื่อที่สุ่มได้ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือเดินทางออกไปนอกพื้นที่จังหวัดนครพนมและมีแนวโน้มไม่เดินทางกลับมาภายใน 1 เดือน ผู้วิจัยจะถือว่าไม่พบอาสาสมัครและจะไม่ได้เชิญเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่ยังอาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมแต่เนื่องจากภารกิจทำให้ไม่อยู่บ้าน ผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มเป้าหมายกับผู้ปกครองและเดินทางไปพื้นที่อีกครั้งตามการนัดหมายใหม่ หากนัดหมายและเดินทางไปพบแล้ว 3 ครั้ง แต่ยังไม่ได้พบกับวัยรุ่นหญิงตามรายชื่อนั้น ผู้วิจัยจะถือว่าไม่พบอาสาสมัครและจะไม่ได้เชิญเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยให้คำชี้แจงตามเอกสาร ขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านได้ดีหรือ

ประสงค์ให้สอบถามด้วยวาจา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อความตามเนื้อหาและข้อคำถามตามเอกสารเพื่อให้อาสาสมัครเลือกคำตอบและลงบันทึกคำตอบตามที่อาสาสมัครเลือกลงในแบบสอบถาม หลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืนแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเก็บรวบรวมเพื่อเตรียมการวิเคราะห์

4. ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากอาสาสมัครหรือผู้ปกครอง มีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับเนื้อหาในแบบสอบถามหรือต้องการความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ ในการขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.67 หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามความรู้ ทักษะคิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง แบบสอบถามการป้องกันการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ คำนวณค่าอัตราส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจ (Prevalence ratios) ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence intervals) ใช้ log binomial regression



จริยธรรมการทําวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านขอพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC HE 600011 จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง ในระหว่างวันที่ 15 เมษายน ถึง 31 สิงหาคม 2561 ใช้ระยะเวลารวม 5 เดือน พบว่าจากจำนวนหญิงวัยรุ่นทั้งหมดได้รับการเชิญเข้าร่วมการวิจัย 3,698 คน ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 3,443 คน (93%) ตอบแบบสอบถามครบ 3,253 คน (94%) พบว่า เป็นวัยรุ่นหญิง ไม่มีเพศสัมพันธ์ 1,470 คน (45%) มีเพศสัมพันธ์ 1,783 คน (55%) ในจำนวนนี้ตั้งครรภ์ 1,233 คน (69%) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 454 คน (37%) ส่วนหญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ 550 คน (31%) คุมกำเนิดเพราะยังไม่ต้องการมีบุตร 522 คน (95%)

1. ลักษณะพื้นฐานของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-

19 ปี : ลักษณะพื้นฐานของหญิงวัยรุ่นจะแบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ ลักษณะทั่วไปของหญิงวัยรุ่น อายุของหญิงวัยรุ่นเฉลี่ย 17 ปี ทั้งกลุ่มตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15-19 ปี คือร้อยละ 95 ทั้งสองกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 5 ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ กับการไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรแต่อย่างใด ค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ได้จากพ่อแม่ของตน ถึงแม้ว่าหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ประมาณครึ่งหนึ่งจะบอกว่าตนประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เกือบร้อยละ 20 ที่มีเงินไม่พอใช้ในขณะที่ยังวัยรุ่น ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ มีร้อยละ 13 ทั้งสองกลุ่มของหญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้มีพ่อแม่อยู่ด้วยกันประมาณร้อยละ 20 มีบ้านเป็นของตนเอง ประมาณร้อยละ 90 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านร่วมกันตั้งแต่ 4 คน ขึ้นไป มีมากกว่าครึ่งหนึ่ง ครอบครัวของหญิงวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-15,000 บาท อย่างไรก็ตาม ประมาณร้อยละ 10 บอกว่ารายได้ของครอบครัวไม่พอใช้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะพื้นฐานของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี (n = 3,253)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ n=1,233 n (%)	ไม่ตั้งครรภ์ n=2,020 n (%)	p-value
อายุ (ปี), mean ± S.D	17 (2)	17 (2)	0.087
10 - 14 ปี	63 (5)	96 (5)	0.675
15 - 19 ปี	1,170 (95)	1,924 (95)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	59 (5)	93 (5)	<0.001
ประถมศึกษา	101(8)	199 (10)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	563 (46)	678 (33)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	436 (35)	933 (46)	
อนุปริญญา/ ปวส.	71 (6)	117 (6)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	74 (6)	91 (5)	< 0.001
นักเรียนนักศึกษา	511 (41)	1,367 (67)	
ประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง	648 (53)	572 (28)	
แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			

ตาราง 1 ลักษณะพื้นฐานของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี (n = 3,253)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ n=1,233 n (%)	ไม่ตั้งครรภ์ n=2,020 n (%)	p-value
พ่อและแม่ของตนเอง	931 (76)	1,460 (72)	0.045
แฟน	157 (13)	20 (1)	< 0.001
พ่อและแม่ของแฟน	1,136 (92)	0 (0)	< 0.001
ปู่ ย่า ตายาย	64 (5)	112 (6)	0.690
ญาติ	2 (0.1)	165 (8)	< 0.001
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอ	1,005 (81)	1,759 (87)	< 0.001
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน			
น้อยกว่า 3,000 บาท	768 (62)	950 (47)	< 0.001
3,001 – 5,000 บาท	119 (10)	411 (20)	
5,001 บาท ขึ้นไป	346 (28)	659 (33)	
สถานภาพของครอบครัว			
พ่อ-แม่ อยู่ด้วยกัน หรือแยกกันอยู่เนื่องจากภารกิจ	1,017 (82)	1,600 (79)	0.047
พ่อหรือแม่ เสียชีวิต หรือเสียชีวิตทั้งคู่	133 (11)	242 (12)	
พ่อ-แม่ หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	83 (7)	178 (9)	
อาศัยอยู่กับพ่อและแม่	1,093 (88)	1,612 (80)	< 0.001
ลักษณะที่อยู่อาศัย			
บ้าน/อพาร์ทเมนต์	1,113 (90)	1,794 (89)	0.281
บ้านญาติ	69 (6)	143 (7)	
ห้องเช่า/ บ้านเช่า	28 (2)	38 (2)	
หอพัก	23 (2)	45 (2)	
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน			
1 คน	55 (5)	52 (2)	< 0.001
2 - 3 คน	310 (25)	589 (29)	
4 – 5 คน	813 (66)	1,102 (55)	
มากกว่า 5 คน ขึ้นไป	55 (4)	277 (14)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว			
< 5,000 บาท	232 (19)	400 (20)	< 0.001
5,001 –15,000 บาท	667 (54)	953 (47)	
15,001 –25,000 บาท	318 (26)	651 (32)	
≥ 25,001 บาท	16 (1)	16 (1)	
สถานะรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือน			
มีเงินออม	21 (2)	87 (4)	< 0.001
มีรายได้พอดีกับรายจ่าย	1,075 (87)	1,803 (89)	
เงินไม่พอใช้	137 (11)	130 (6)	

2. ความรู้และทัศนคติ

2.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น : การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงวัยรุ่น ร้อยละ 20 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และวิธีการคุมกำเนิด ในขณะที่ร้อยละ 80 ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารนั้น ในจำนวนนี้ร้อยละ 25 บอกว่า เป็นความรู้ที่ยังไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากเพื่อน รองลงมาเป็น บุคลากรทาง

2.2 การเปรียบเทียบการรับรู้และทัศนคติที่สำคัญระหว่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และไม่ได้ตั้งครรภ์ตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ : เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้และทัศนคติที่สำคัญระหว่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และไม่ได้ตั้งครรภ์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความเห็นที่แตกต่างกันเกือบจะทุกด้าน ยกเว้น ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ ที่บอกว่า “ทารกในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและครรภ์” “วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนใหญ่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ทำให้เสียโอกาส

การแพทย์ ครู อาจารย์ เป็นที่น่าแปลกใจว่าได้รับข้อมูลจากพ่อแม่ตนเองเพียง ร้อยละ 6 เมื่อถามถึงบุคคลที่สามารถช่วยเหลือในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ 3 ลำดับแรก พบว่า หญิงตั้งครรภ์นึกถึง ครู อาจารย์ รองลงมาเป็น ญาติ และสุดท้าย คือ บุคลากรทางการแพทย์ เป็นที่น่าสังเกต คือ ไม่นึกถึง พ่อ แม่ ของตัวเองหรือแฟน ประเด็นที่หญิงวัยรุ่นคิดว่าได้รับการสนับสนุนแนะนำอย่างสม่ำเสมอจากบุคคลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในประเด็นต่างๆ นั้น โดยประมาณมีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น

ทางการศึกษา” และประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่บอกว่า การป้องกันการตั้งครรภ์จะทำให้ไม่เสียโอกาสต่างๆ ในชีวิต ประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันมาก ได้แก่ “ผู้หญิงที่อยู่หอพักหรือห้องเช่ามีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าผู้หญิงที่อยู่กับผู้ปกครอง” หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เห็นด้วยร้อยละ 70 ขณะที่ผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ เห็นด้วย ร้อยละ 42 อีกประเด็น ได้แก่ “วัยรุ่นเป็นวัยไม่พร้อมต่อการมีบุตร” หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เห็นด้วยร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ เห็นด้วย ร้อยละ 48 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบการรับรู้และทัศนคติที่สำคัญระหว่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และไม่ได้ตั้งครรภ์ (n=976)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (N=454) n (%)	ไม่ได้ตั้งครรภ์ (N=522) n (%)	p-value
การรับรู้โอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์			
1. การมีเพศสัมพันธ์แม้เพียงครั้งเดียวโดยไม่คุมกำเนิด ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้	400 (88)	498 (95)	< 0.001
2. ผู้หญิงที่อยู่หอพักหรือห้องเช่ามีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าผู้หญิงที่อยู่กับผู้ปกครอง	321 (70)	221 (42)	< 0.001
3. การเที่ยวกลางคืนหรือการจัดปาร์ตี้ในหมู่วัยรุ่น มีโอกาสทำให้มีเพศสัมพันธ์และเกิดการตั้งครรภ์	204 (44)	429 (82)	< 0.001
4. การดื่มสุรา เสพสารเสพติด มีโอกาสทำให้มีเพศสัมพันธ์และเกิดการตั้งครรภ์	438 (96)	506 (97)	0.019
5. วัยรุ่นที่ขาดทักษะการเจรจาต่อรองให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีโอกาสตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์	429 (94)	511 (98)	0.001
การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์			



ตาราง 2 เปรียบเทียบการรับรู้และทัศนคติที่สำคัญระหว่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และไม่ได้ตั้งครรภ์ (n=976)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (N=454) n (%)	ไม่ได้ตั้งครรภ์ (N=522) n (%)	p-value
6. ทารกในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและครรภ์	442 (97)	505 (97)	0.706
7. วัยรุ่นเป็นวัยไม่พร้อมต่อการมีบุตร	4 (1)	249 (48)	< 0.001
8. วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนใหญ่แก้ปัญหาด้วยการทำแท้งเองหรือทำแท้งเถื่อน จนอาจเกิดเป็นอันตรายต่อชีวิต	435 (96)	514 (98)	0.017
9. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อนและสังคม	409 (90)	506 (97)	< 0.001
10. วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนใหญ่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา	424 (93)	492 (94)	0.595
การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์			
11. การป้องกันการตั้งครรภ์จะทำให้ไม่เสียโอกาสต่างๆ ในชีวิต	424 (93)	469 (90)	0.051
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์			
12. วัยรุ่นที่ขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิดที่ถูกวิธี มีโอกาสตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์	383 (84)	479 (92)	< 0.001
13. การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น อาทิ การพกถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นเรื่องที่สังคมมองว่าไม่เหมาะสม	173 (38)	273 (52)	< 0.001
14. การเรียนการสอนเพศศึกษา กระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น	111 (24)	154 (29)	< 0.001
การรับรู้ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์			
15. การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ไม่ใช่เรื่องของความต้องการทางเพศตามธรรมชาติ	75 (16)	142 (27)	< 0.001
16. การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ไม่ควรเพราะเป็นวัยที่กำลังศึกษาอยู่	55 (12)	13 (2)	< 0.001
17. ผู้หญิงควรที่จะรักในตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเองให้มาก	44 (10)	123 (14)	< 0.001
18. ผู้หญิงไม่ควรไปเที่ยวกับเพื่อนชายตามลำพังเพราะมีโอกาสที่จะทำให้มีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์	37 (8)	193 (37)	< 0.001
19. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ขาดสติ เกิดเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกัน	37 (8)	193 (37)	< 0.001
20. ผู้หญิงไม่ควรยอมมีเพศสัมพันธ์เมื่อฝ่ายชายขอ เพราะไม่มีผลทำให้รักกันมากขึ้น	37 (8)	193 (37)	< 0.001
21. สื่อประเภท ยั่วเย้าอารมณ์เพศและการเผยแพร่ของสื่อต่างๆ มักจะทำให้วัยรุ่นอยากเลียนแบบการกระทำ	33 (7)	344 (66)	< 0.001
22. ผู้หญิงที่พกถุงยางอนามัยเป็นสิ่งที่แสดงถึงผู้หญิงที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว	409 (90)	427 (81)	0.001
23. การมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้ง สองครั้งก็สามารถทำให้ตั้งครรภ์ได้	119 (26)	304 (58)	< 0.001

*Fisher's exact test



4. การป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ผู้ที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ : เป็นการแสดงถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ซึ่งจะแยกออกเป็นผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์และผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์บอกว่า หากมีเพศสัมพันธ์จะคุมกำเนิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 50 จะใช้ถุงยางอนามัย ขณะที่เพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 10 และเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกันการตั้งครรภ์ จะเจรจาต่อรองกับแฟนเพื่อขอการมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 7 เท่านั้น ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์บอกถึงความตั้งใจที่จะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอว่า จะรักษาวินัยของตัวเองและไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ร้อยละ 74 หากจะมีเพศสัมพันธ์จะคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ ร้อยละ 63 จะปฏิเสธและหาทางออกได้ หากเพื่อนคะยั้นคะยอให้ไปนอนค้างที่บ้านเพื่อน ร้อยละ 38 จะปฏิเสธและหาทางออกได้หากมีคนมาขอมิเพศสัมพันธ์ด้วย ร้อยละ 45 จะหลีกเลี่ยงการอยู่กับเพื่อนชายตามลำพังสองต่อสอง ร้อยละ 76 ซึ่งคล้ายๆ กันกับจะไม่เที่ยวเตร่กลางคืนตามลำพัง ร้อยละ 72 และจะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนมึนเมา ร้อยละ 85 จะเห็นได้ว่าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ มีความตั้งใจที่อยู่บนความเสี่ยงหรือเปิดโอกาสให้ตัวเองต้องตั้งครรภ์ ซึ่งตัวเลข 100 เปอร์เซนต์ แสดงถึงการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอเป็นตัวเลขที่แสดงให้เห็นถึงความประมาทหรือความเข้มแข็งของวัยรุ่นว่า อยู่ในระดับใด รายละเอียดดังแสดงในตาราง 5

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติระหว่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และไม่ได้ตั้งครรภ์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความเห็นที่แตกต่างกันเกือบจะทุกด้าน ยกเว้น ความรุนแรงของการตั้งครรภ์

ที่บอกว่า “การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์” “วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนใหญ่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา” และประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่บอกว่า “การป้องกันการตั้งครรภ์จะทำให้ไม่เสียโอกาสต่างๆ ในชีวิต” ประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันมาก ได้แก่ “ผู้หญิงที่อยู่หอพักหรือห้องเช่ามีโอกาสมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายกว่าผู้หญิงที่อยู่กับผู้ปกครอง” หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เห็นด้วย ร้อยละ 70 ขณะที่ผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ เห็นด้วย ร้อยละ 42 อีกประเด็นได้แก่ “วัยรุ่นเป็นวัยไม่พร้อมต่อการมีบุตร” หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เห็นด้วย ร้อยละ 1 ขณะที่ผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ เห็นด้วย ร้อยละ 48 แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้วัยรุ่นหญิงมีความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิงที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำข้อมูลไปเผยแพร่ ขอความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในจังหวัดนครพนมเพื่อทราบสภาพปัญหาและหาแนวทางแก้ไขตามบริบทให้มากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มที่เป็นวัยรุ่นเพศชาย เนื่องจากมีส่วนมาเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิง รวมทั้งควรศึกษาเชิงทดลองเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ระยะยาวและให้มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวัยรุ่นหญิง ทีมเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2558). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
2. UNFPA State of World Population. (2013). Motherhood in Childhood Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ. ฉบับที่ 1. หน้า 257.
4. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ. (2556). สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556, นนทบุรี.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ.
6. สมรัฐ ศรีตระกูล (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2(3), หน้า 1425-1431.
7. ศิริพร จิรวัดกุล, กฤตยา แสงเจริญ, และคณะ. (2555). สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น: การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัดของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 21, หน้า 865-877.
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ./2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙. ใน การประชุมครั้งที่ 1/2559, 22 สิงหาคม 2559 ณ ห้องประชุมสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ.
9. คณะกรรมการวิชาการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). รายงานการพิจารณาศึกษาเรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ.



ผลการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

RESULT OF TREATMENT COMMON BILE DUCT STONE BY ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN KALASIN HOSPITAL

(Received: June 16,2023 ; Revised: June 23,2023 ; Accepted: June 24,2023)

พีรตล พรหมไต้¹
Peeradol Promtai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาถึงอัตราความสำเร็จ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้อง ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นนิ่วในท่อน้ำดี และได้รับการรักษาด้วยวิธีส่องกล้องในท่อน้ำดี

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้งสิ้น 146 ราย อายุเฉลี่ย 63.9 ปี เข้ารับการรักษาทั้งสิ้น 181 ครั้ง จำแนกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.84 ผู้ป่วยนัดผ่าตัด 82 ราย ร้อยละ 56.16 โดยรักษาสำเร็จ 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.90 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา คือ ขนาดของนิ่ว พบว่ากลุ่มที่รักษาสำเร็จนั้น มีขนาดนิ่วเล็กกว่ากลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จ รวมถึงลักษณะของนิ่วในกลุ่ม Muddy stone พบอัตราความสำเร็จมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.67 เมื่อประเมินอัตราความสำเร็จในการรักษาแต่ละวิธีจากจำนวนผู้เข้าร่วม พบว่าการทำหัตถการด้วยวิธี CRE + Ballon extraction มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.67 ภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องทางเดินน้ำดี พบอัตราการเกิดตับอ่อนอักเสบ และติดเชื้อในท่อน้ำดี น้ำดีมากที่สุด

คำสำคัญ: นิ่วในท่อน้ำดี, การส่องกล้องท่อน้ำดี, ผลการรักษา, ภาวะแทรกซ้อน

ABSTRACT

This study aimed to study the outcomes and complication of common bile duct stone patients who were treated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography in kalasin hospital A retrospective analysis of patients with diagnosed common bile duct stone in Kalasin hospital who were treated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography from October 2017 until September 2022

Results: The study consisted of 146 patients with an average age of 63.9 years, received a total of 181 treatments, classified as 64 emergency patients, (43.84%) 82 elective patients (56.16%), with 86 (58.90%) Unsuccessful, 60 cases, (41. 10%). The factor affecting the success of the treatment was the size of the stones. The average stone diameter was 1.39 ± 0.05 cm, which was less than the failure group with an average diameter of 1.47 ± 0.08 cm. The muddy stone type had the highest success rate accounted for 47.67% and the procedure in CRE + Ballon extraction group had the highest treatment success rate was 86.67% followed by the Lithotripsy + Balloon extraction method for 75%, CRE + Balloon extraction+ Tripsy was 66.67 % and Balloon extraction was 64.08% respectively. Complications of ERCP The rate of pancreatitis and cholangitis were 8.90%. perforation 0.68 % and the mortality rate representing was 1.36 %. The success rate of ERCP in Kalasin Hospital There is still a moderate success rate. The success rate depends on the characteristics of the patient and the skill of the surgeon.

Keywords: Common bile duct stone , Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, Result ,Complication

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000 Corresponding Author
E-mail: armmmmd42@gmail.com

บทนำ

นิ่วในท่อน้ำดี เป็นโรคที่พบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อุบัติการณ์ในประเทศไทยพบได้ประมาณร้อยละ 6⁽¹⁾ โดยมีอาการและอาการแสดงได้หลายอย่าง เช่น ปวดท้อง ตาเหลือง ตืดเชื้อทางเดินน้ำดี ตืดเชื้อในกระแสเลือด จนถึงเสียชีวิตได้⁽²⁾ การรักษาในท่อน้ำดีมีการรักษาได้หลายวิธี^(3, 4) มีทั้งแบบที่ไม่ตัดท่อน้ำดี และแบบที่ผ่าตัดท่อน้ำดี การรักษาโดยไม่ตัดท่อน้ำดี เช่น การรักษาด้วยยา แต่ใช้เวลานานและโอกาสเป็นซ้ำได้สูง ซึ่งไม่นิยมเพราะมักไม่ค่อยได้ผล ดังนั้นการรักษาที่เหมาะสมคือ การตัดท่อน้ำดีออกไป โดยในอดีตที่ผ่านมาได้มีการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง (Open cholecystectomy and common bile duct exploration)^(5, 6) ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ ท่อน้ำดีตีบหรือรั่ว หรือมีนิ่วตกค้างทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนาน ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการผ่าตัด และเสียค่าใช้จ่ายสูง

ในปัจจุบันการส่องกล้องทางเดินน้ำดี เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบบาดเจ็บบนน้อย (Minimally invasive surgery; MIS) ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวด และภาวะสูญเสียโลหิตน้อยกว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดใช้เวลาสั้นกว่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือทำงานได้เร็วขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy and common bile duct exploration) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีกว่าการรักษาแบบเดิม^(7, 8) และสามารถทำได้ในโรงพยาบาลหลายแห่ง โดยมีการรายงานความสำเร็จประมาณ 80-95% ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา 3-10% ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละสถานที่ที่ทำการรักษา⁽⁹⁻¹²⁾

การผ่าตัดผ่านกล้องได้นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะนิ่วในท่อน้ำดีที่มีปริมาณมากขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่าการผ่าตัดวิธีนี้จำเป็นต้องใช้

เครื่องมือพร้อมอุปกรณ์ที่มีต้นทุนสูง รวมทั้งวัสดุสิ้นเปลืองที่มีราคาแพง ส่งผลให้ค่าผ่าตัดผ่านกล้องมีราคาสูง⁽¹³⁾ และการเบิกจ่ายในแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะนำการผ่าตัดแบบบาดเจ็บบนน้อยมาให้บริการทางการแพทย์สำหรับประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁴⁾ โดยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้เริ่มทำการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 โดยศัลยแพทย์ทั่วไปภายใต้อุปกรณ์และทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และเนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาถึงผลสำเร็จของการรักษา ประสิทธิภาพของการใส่ท่อระบายน้ำดี ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา และภาวะแทรกซ้อนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลแห่งนี้นักก่อน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการส่องกล้องทางเดินน้ำดีเพื่อรักษานิ่วในท่อน้ำดีในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ย้อนหลังในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อค้นหาสาเหตุ ประเด็นที่จะต้องส่งเสริมหาแนวทางแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการเพิ่มคุณภาพการรักษาภายในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงอัตราความสำเร็จ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา
2. ภาวะแทรกซ้อนของการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study): โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยนอก จากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2565 โดยกำหนดให้



รักษาสำเร็จ (Success) คือ สามารถเอานิวในท่อน้ำดีออกได้สำเร็จในการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดีในครั้งแรก และไม่พบว่ามีนิวอีกภายในเวลา 6 เดือน เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีนิวในถุงน้ำดี (ถ้าเกิดนิวซ้ำในรายที่ยังมีนิวในถุงน้ำดีอยู่ไม่นับว่าไม่สำเร็จ)

รักษาไม่สำเร็จ (Failure) คือ ไม่สามารถเอานิวในท่อน้ำดีออกได้สำเร็จในการส่องกล้องครั้งแรก รวมทั้งไม่สามารถใส่อุปกรณ์เข้าไปในท่อน้ำดีหรือไม่สามารถใส่กล้องเข้าไปถึงลำไส้เล็กได้

ภาวะแทรกซ้อน (Complication) คือ ภาวะตับอ่อนอักเสบ ภาวะติดเชื้อในทางเดินน้ำดี ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะลำไส้เล็ก/ท่อน้ำดีทะลุ แบ่งเป็นความรุนแรงระดับต่างๆ โดยเกิดภายใน 30 วันหลังทำการหัตถการ⁽¹⁵⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ เป็นโรคนิวในท่อน้ำดีทุกกลุ่มอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี โดยใช้กล้องขนาดมาตรฐานของผู้ใหญ่ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยหรือกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ป่วยไม่เคยได้รับการทำ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) มาก่อน เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (Exclusion criteria) คือประชากรที่รับการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี ไม่พบนิว หรือผู้ป่วยที่มีข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เอกสารขออนุญาตผู้อำนวยการในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2565 สืบค้นโดยใช้รหัสโรคนิวในท่อน้ำดี (ICD-10-CM) K80.3 – K80.7 รหัสหัตถการ การส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี (ICD-9-CM) 51.1

2. เวชระเบียนและประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตั้งแต่ 1 ตุลาคม

พ.ศ.2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2565 โดยบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อนามสกุล และเลขประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital number; HN) ของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องต้องงดน้ำอาหาร 6 ชั่วโมงก่อนการได้รับการส่องกล้อง และได้รับ Antibiotic prophylaxis ทำการดมยาสลบ General anesthesia โดยทีมวิสัญญีแพทย์ และพยาบาลวิสัญญี พร้อมทั้งตรวจวัดสัญญาณชีพ ความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือด ตรวจการวินิจฉัยโดยกล้อง Olympus ดำเนินการวินิจฉัยและรักษาโดยศัลยแพทย์ที่ทำการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดี ซึ่งผ่านการอบรมเพิ่มเติมแล้ว

โดยใส่กล้องเข้าไปในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (Duodenum) และใส่สายเข้าท่อน้ำดี เมื่อใส่สายเข้าไปใน ท่อทางเดินน้ำดีได้ จะทำการ Sphincterotomy ทั้ง ES (Electrical sphincterotomy) และ Pre cut (Niddle knife sphincterotomy) ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมหลังจากนั้นศัลยแพทย์จะทำการฉีดยา ประเมินขนาดนิว จำนวน และขนาดท่อน้ำดีในท่อน้ำดี ร่วมกับการขยาย ampulla ใช้บอลลูนดึงนิว หรือใช้ตระกร้อขบนิว นำออกจากท่อน้ำดี และตรวจวินิจฉัยว่านิวออกหมดหรือไม่ หากไม่สามารถออกไม่หมด หรือไม่สามารเอานิวออกได้ จะมีการใส่ท่อระบายน้ำดี เพื่อป้องกันทางเดินน้ำดีอุดตัน และเพื่อลดขนาดนิว โดยทั่วไปจะดึงนิวเข้าไป 4-6 สัปดาห์หลังการทำการหัตถการในครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องก่อนบันทึกลงระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA (Version 15.0, StataCorp. College Station, TX, USA) ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์

ข้อมูลทั่วไป และผลลัพธ์ทางคลินิก คือ อัตราความสำเร็จ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา และภาวะแทรกซ้อนในการรักษานี้ในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้อง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ 041/2022R วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดท่อน้ำดี โดยวิธีการส่องกล้องภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2565 มีจำนวน

ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 146 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.27 และเพศหญิง 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.73 ช่วงอายุตั้งแต่ 18 ถึง 92 ปี ข้อมูลทั่วไปอื่นๆ ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยมีจำนวน 72 รายที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 49.32 พบโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตเรื้อรัง มากที่สุดเป็นสามอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 47 ร้อยละ 34 และร้อยละ 16 ตามลำดับ และได้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 5 ราย คือได้รับ Aspirin มากที่สุด 3 ราย รองลงมาคือได้รับ Warfarin และได้รับทั้ง Aspirin และ Warfarin ร่วมกันอย่างละ 1 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มที่รักษาสำเร็จ (Success) และ กลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จ (Failure) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่เข้าร่วมการศึกษา ดังแสดงในการตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา			
	ผู้ป่วยทั้งหมด N=146	กลุ่มที่รักษาสำเร็จ (Success) (N=86)	กลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จ (Failure) (N=60)	P-value
อายุ (ปี) Mean±SD (Min-Max)	63.93 ± 1.22 (18-92)	62.41±1.70 (18-92)	66.17±1.64 (28-88)	0.104**
เพศ				0.689*
ชาย	88 (60.27)	53 (61.63)	35 (58.33)	
หญิง	58 (39.73)	33 (38.37)	25 (41.67)	
โรคประจำตัว				0.123*
ไม่มี	74 (50.68)	39 (45.35)	35 (58.33)	
มี	72 (49.32)	47 (54.65)	25 (41.67)	
ได้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด				0.536*
Aspirin	5	2	3	
Warfarin	3	2	1	
Aspirin + Warfarin	1	0	1	
Aspirin + Warfarin	1	0	1	

หมายเหตุ * วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi-square, Fisher's exact test

** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Independent Sample t- test



ผลการรักษาพบว่าการรักษาในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้อง จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 146 ราย มีผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จจำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.90 และกลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.10 โดยวิเคราะห์ผลตามปัจจัยที่มีผลต่อการสำเร็จของการรักษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วย Elective มีจำนวนผู้ป่วย 47 รายจาก 86 รายที่สามารถรักษาได้สำเร็จมากกว่ากลุ่ม Emergency คิดเป็น ร้อยละ 54.65 ผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อ(Sepsis) และผู้ป่วยที่ไม่มีถุงน้ำดีอักเสบ(Cholecystitis) เป็นกลุ่มที่พบว่าสามารถรักษาในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องได้สำเร็จมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 77.91 และร้อยละ 87.21 ตามลำดับ

เมื่อประเมินขนาดนิ่วในท่อน้ำดีของ ผู้ป่วยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาสำเร็จ (Success) มีขนาด Common bile duct size มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ย 1.39 ± 0.05 เซนติเมตร ซึ่งมีขนาดน้อยกว่ากลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จ (Failure) ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ย 1.47 ± 0.08 เซนติเมตร และขนาดของ Common bile duct stone ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาสำเร็จ (Success) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ย 0.98 ± 0.0 เซนติเมตร ซึ่งมีขนาดน้อยกว่ากลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จ (Failure) ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง

เฉลี่ย 1.29 ± 0.08 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อประเมินลักษณะของนิ่วพบว่า Muddy stone สามารถรักษาได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 47.67 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่เป็น Facet stone ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

ประเมินความสำเร็จจากประเภทหัตถการในการรักษาในท่อน้ำดีพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธี Balloon extraction มากที่สุดคือ 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.55 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือ วิธี CRE + Balloon extraction จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.27 และ Lithotripsy + Balloon extraction จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.74 และวิธี CRE + Balloon extraction + Tripsy จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.05 ตามลำดับ เมื่อประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาในแต่ละวิธีจากจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่าการทำหัตถการด้วยวิธี CRE + Balloon extraction มีอัตราความสำเร็จมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมาคือ Lithotripsy + Balloon extraction ร้อยละ 75, วิธี CRE + Balloon extraction + Tripsy ร้อยละ 66.67 และ Balloon extraction ร้อยละ 64.08 เป็นอันดับสุดท้าย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา			
	ผู้ป่วยทั้งหมด N=146	กลุ่มที่รักษาสำเร็จ (Success) (N=86)	กลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จ (Failure) (N=60)	P-value
Condition				0.659*
- Elective	82 (56.16)	47 (54.65)	35 (58.33)	
- Emergency	64 (43.84)	39 (45.35)	25 (41.67)	
Sepsis				0.524*
- มี	35 (23.97)	19 (22.09)	16 (26.67)	
- ไม่มี	111 (76.03)	67 (77.91)	44 (73.33)	
Cholecystitis				0.096*
- มี	25 (17.12)	11 (12.79)	14 (23.33)	
- ไม่มี	121 (82.88)	75 (87.21)	46 (76.67)	

ตารางที่ 2 ผลการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา			
	ผู้ป่วยทั้งหมด N=146	กลุ่มที่รักษาสำเร็จ (Success) (N=86)	กลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จ (Failure) (N=60)	P-value
Common bile duct size Mean±SD	1.42±0.04	1.39±0.05	1.47±0.08	0.054**
< 1 cm	10 (6.85)	3 (3.49)	7 (11.67)	
≥ 1 cm	136 (93.15)	83 (96.51)	53 (88.33)	
Common bile duct stone Mean±SD	1.10±0.05	0.98±0.05	1.29± 0.08	0.000**
< 1 cm	56 (38.36)	38 (44.19)	18 (30.0)	
≥ 1 cm	90 (61.64)	48 (55.81)	42 (40.0)	
Procedure				
Balloon extraction	103 (70.55)	66 (76.74)	37 (61.67)	
Lithotripsy+ Balloon	4 (2.74)	3 (3.49)	1 (1.67)	
CRE + Balloon	15 (10.27)	13 (15.12)	2 (3.33)	
CRE + Balloon+ tripsy	3 (2.05)	2 (2.33)	1 (1.67)	
Unknown	21 (14.38)	2 (2.33)	19 (31.67)	
Stone				0.005*
Facet	50 (34.25)	29 (33.72)	21 (35.0)	
Muddy	56 (38.36)	41 (47.67)	15 (25.0)	
Unknown	40 (27.40)	16 (18.60)	24 (40.0)	

หมายเหตุ * วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi-square , Fisher's exact test

** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Independent Sample t- test

ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องรักษาน้ำในท่อน้ำดี เพื่อกำจัดน้ำในท่อน้ำดี โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ 1. ตับอ่อนอักเสบ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.9 ประเมินตามความรุนแรง พบว่ามีความรุนแรงน้อย (Mild) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.2 ความรุนแรงมาก (Severe) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.69 โดยในผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีรักษาโดยการประคับประคอง ให้งดอาหาร และให้ยาแก้ปวด 12 ราย รักษาโดยการผ่าตัด 1 ราย และ 2. ติดเชื้อในท่อน้ำดี (Cholangitis) 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.9 และ 3. พบภาวะทะลุจากการส่องกล้อง 1 ราย (Perforation) โดยทะลุแบบ Sphincterotome perforation 1 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 0.68 ซึ่งได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัด และพบผู้ป่วยเสียชีวิต(Death) 2 ราย จากภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี 1 ราย และตับอ่อนอักเสบ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.36 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนคนที่เกิดภาวะแทรกซ้อน(N=27)
Acute pancreatitis	13 (8.90)
Severity	
- Mild	12 (8.21)
- Moderate	0
- Severe	1 (0.68)
Pancreatic Treatment	12 (8.21)

- Supportive	1 (0.68)
- Surgery	
Cholangitis	13 (8.90)
Bleeding	0
Perforation	1 (0.68)
Death	2 (1.36)

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีนิ่วขนาดเล็ก และลักษณะของนิ่วที่เป็น Muddy stone เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะแทรกซ้อนของการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องที่พบได้มากที่สุดคือ ภาวะตับอ่อนอักเสบ และภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี

อภิปรายผล

การส่องกล้อง ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ใช้ในการรักษานิ่วในท่อน้ำดี มะเร็งท่อน้ำดี รักษาภาวะ Common bile duct injury และรักษาภาวะท่อน้ำดีตีบ เนื่องจากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกในการเกิดนิ่วในท่อน้ำดี ดังนั้นจึงมีการรักษาผู้ป่วยด้วยการส่องกล้อง ERCP แต่เนื่องจากเป็นหัตถการที่ต้องใช้ความชำนาญพิเศษ โดยในปี พ.ศ.2559 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้มีการเริ่มต้นทำหัตถการซึ่งมีการทำหัตถการทั้งสิ้น 436 ครั้ง และอยู่ในช่วงพัฒนาเพื่อความสำเร็จทางด้านนี้

โดยอัตราความสำเร็จของการกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยการทำหัตถการ ใช้การดมยาสลบส่องกล้องเข้าสู่บริเวณลำไส้เล็กดูโอเดนิมส่วนต้น เพื่อ Cannulate พบว่ามีการทำหัตถการสำเร็จทั้งสิ้น 166 ครั้ง จากทั้งหมด 181 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.71 โดยปัจจัยความสำเร็จของการทำหัตถการนั้นก็มีความแตกต่างกัน^(16, 17) โดยในการศึกษานี้ขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย ขนาดของท่อน้ำดี ขนาดของนิ่ว

ในท่อน้ำดี ลักษณะของนิ่ว และหัตถการในการลากล้างในท่อน้ำดี

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 146 ราย พบผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จ 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.90 และกลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.10 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการลากล้างในท่อน้ำดีในการศึกษานี้ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีนิ่วที่มีขนาดเล็ก มีอัตราความสำเร็จมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีนิ่วขนาดใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ.2007 Philip และคณะ⁽¹⁸⁾ และลักษณะของนิ่วในกลุ่ม Muddy stone ซึ่งเป็นนิ่วในกลุ่ม pigment stone⁽¹⁹⁾ ส่วนมากเป็น Primary CBD stone ซึ่งลักษณะของนิ่วมีความหนาแน่นที่ต่ำกว่ากลุ่ม Facet stone ซึ่งเป็นนิ่วที่เกิดจาก Cholesterol stone ที่มีความหนาแน่นสูงกว่า จึงทำให้นิ่วในกลุ่ม Muddy stone นั้นมีอัตราความสำเร็จในการกำจัดนิ่วได้มากกว่า⁽¹⁸⁾

ภาวะแทรกซ้อนของการทำ ERCP พบว่าการเกิดตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Philip และคณะ และการศึกษาของ Freeman และคณะ^(11, 18) ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มีอัตราการเกิดติดเชื้อในท่อน้ำดีเท่ากับภาวะตับอ่อนอักเสบ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่พบภาวะตับอ่อนอักเสบมากกว่า เนื่องจากในประเทศไทยมักพบนิ่วในกลุ่ม Pigment stone ที่มาด้วยภาวะ Obstructive jaundice เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะอุดกั้นในท่อน้ำดี จึงพบการติดเชื้อในท่อน้ำดีได้มากกว่า โดยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นสัมพันธ์กับการทำหัตถการ Duct cannulation และในการศึกษานี้พบผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2 ราย คือ ภาวะตับอ่อนอักเสบจากการส่องกล้อง 1 ราย และภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี 1 ราย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการ Cannulation ทั้งสิ้น

ข้อดีของการรักษานิ่วท่อน้ำดีผ่านการส่องกล้องท่อน้ำดีคือ ไม่มีแผลผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และความเจ็บปวดจากการผ่าตัด แต่ในกรณีที่มีนิ่วมีขนาดใหญ่มาก หรือนิ่วจำนวนมาก อาจต้องทำการส่องกล้องซ้ำหลายครั้ง เพื่อให้ประสบความสำเร็จ และอาจมีภาวะนิ่วกลับเป็นซ้ำได้ แต่อย่างไรก็ตามยังสามารถรักษาได้โดยการส่องกล้องท่อน้ำดีเข้าได้เช่นเดิม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การเพิ่มทักษะความชำนาญในการ Cannulation การดึงนิ่วโดยใช้เทคนิค CRE with Balloon extraction และระยะเวลาในการทำหัตถการที่นานขึ้นจะเพิ่มอัตราความสำเร็จในการ

กำจัดนิ่วได้ รวมถึงการ Cannulation สำเร็จตั้งแต่ครั้งแรกจะลดภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากหาก Cannulation หลายครั้ง หรือ P duct cannulation จะทำให้เกิด acute pancreatitis มากขึ้น⁽¹⁸⁾

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อมีทั้งในท่อน้ำดี เนื่องจากความดันในท่อน้ำดีสูง ดังนั้นก่อนการฉีดสีเพื่อตรวจท่อน้ำดี ควรมีการดูดน้ำออกให้มากที่สุด เพื่อลดแรงดันในท่อน้ำดี⁽¹⁹⁾ และใช้แรงดันน้อยในการฉีดสี โดยในกรณีที่ผู้ป่วยมีท่อน้ำดีบวม ควรพิจารณาใส่ท่อระบายน้ำดีเป็นการชั่วคราวก่อน เพื่อลดความดันในท่อน้ำดี และในการติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนควรติดตามในระยะยาว อาจเพิ่มระยะเวลาเป็น 1-3 ปี เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.อนวัตร สิวาทิ. Comparative Study between Open cholecystectomy and Three port Laparoscopic cholecystectomy in Chatturat rural Hospital. ชัยภูมิ เวช สาร. 2017;48-59.
- 2.Diehl AK. Symptoms of gallstone disease. Baillière's clinical gastroenterology. 1992;6(4):635-57.
- 3.Dasari BV, Tan CJ, Gurusamy KS, Martin DJ, Kirk G, McKie L, et al. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(9).
- 4.Binmoeller KF, Schafer TW. Endoscopic management of bile duct stones. Journal of clinical gastroenterology. 2001;32(2):106-18.
- 5.McEntee G, Grace P, Bouchier-Hayes D. Laparoscopic cholecystectomy and the common bile duct. Journal of British Surgery. 1991;78(4):385-6.
- 6.Sahai AV, Mauldin PD, Marsi V, Hawes RH, Hoffman BJ. Bile duct stones and laparoscopic cholecystectomy: a decision analysis to assess the roles of intraoperative cholangiography, EUS, and ERCP. Gastrointestinal endoscopy. 1999;49(3):334-43.
- 7.Kercher K, Heniford B, Matthews B, Smith T, Lincourt A, Hayes D, et al. Laparoscopic versus open nephrectomy in 210 consecutive patients: outcomes, cost, and changes in practice patterns. Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques. 2003;17:1889-95.
- 8.Topal B, Peeters G, Verbert A, Penninckx F. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: clinical pathway implementation is efficient and cost effective and increases hospital bed capacity. Surgical endoscopy. 2007;21:1142-6.
- 9.Omuta S, Maetani I, Saito M, Shigoka H, Gon K, Tokuhisa J, et al. Is endoscopic papillary large balloon dilatation without endoscopic sphincterotomy effective? World Journal of Gastroenterology: WJG. 2015;21(23):7289.
- 10.Williams EJ, Green J, Beckingham I, Parks R, Martin D, Lombard M. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 2008;57(7):1004-21.



11. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, Haber GB, Herman ME, Dorsher PJ, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *New England Journal of Medicine*. 1996;335(13):909-19.
12. Pungpapong S, Kongkam P, Rerknimitr R, Kullavanijaya P. Experience on endoscopic retrograde cholangiopancreatography at tertiary referral center in Thailand: risks and complications. *J Med Assoc Thai*. 2005;88(2):238-46.
13. Cook J, Richardson J, Street A. A cost utility analysis of treatment options for gallstone disease: methodological issues and results. *Health Economics*. 1994;3(3):157-68.
14. Pongchairerks P. The impact of laparoscopic cholecystectomy on the practice and training of gallbladder surgery in Thailand. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 1996;25(5):629-34.
15. Silveira ML, Seamon MJ, Porshinsky B, Prosciak MP, Doraiswamy VA, Wang CF, et al. Complications related to endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a comprehensive clinical review. *J Gastrointest Liver Dis*. 2009;18(1):73-82.
16. Kim HJ, Choi HS, Park JH, Park DI, Cho YK, Sohn CI, et al. Factors influencing the technical difficulty of endoscopic clearance of bile duct stones. *Gastrointestinal endoscopy*. 2007;66(6):1154-60.
17. García JR. Factors related to therapeutic failure in the extraction of bile duct stones for endoscopic retrograde colangiopancreatography ERCP. *Revista de gastroenterologia del Peru: organo oficial de la Sociedad de Gastroenterologia del Peru*. 2011;31(4):330-4.
18. Dundee PE, Chin-Lenn L, Syme DB, Thomas PR. Outcomes of ERCP: prospective series from a rural centre. *ANZ Journal of Surgery*. 2007;77(11):1013-7.
19. Kaufman HS, Magnuson TH, Lillemoe KD, Frasca P, Pitt HA. The role of bacteria in gallbladder and common duct stone formation. *Annals of surgery*. 1989;209(5):584.

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

The Effect of Motivational Interviewing Program to controlled blood sugar level
in Diabetes Patients NongHan Hospital Udonthani.

(Received: June 25,2023 ; Revised: June 26,2023 ; Accepted: June 27,2023)

วัลัยพร รุ่งเรือง¹

Walaiporn Roongruang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (one group pre-posttest) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานระหว่างเดือน เมษายน 2565- มิถุนายน 2565 จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพฤติกรรมการบริโภคก่อนเข้าร่วมโครงการ ($\bar{X}=6.43SD=2.10$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=14.0SD=1.21$) พฤติกรรมการใช้ยา ก่อนเข้าร่วมโครงการ ($\bar{X}=5.23SD=1.40$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=6.40SD=0.52$) พฤติกรรมออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=2.56SD=2.89$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=5.30SD=1.50$) ส่วนพฤติกรรมดูแลเท้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=8.93SD=2.56$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=14.88SD=2.08$)

2) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (FPG) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=221.5SD=39.99$) ลดลง ($\bar{X}=160.6SD=53.90$) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$ และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=8.43SD=0.56$) ลดลง ($\bar{X}=6.96SD=0.47$) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$

คำสำคัญ: โปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจ, ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a motivational counseling program for glucose control in diabetic patients at Nong Han Hospital. Udon Thani Province The sample consisted of 30 diabetic patients who received services at the diabetes clinic between April 2022-June 2022. Data were collected by using an interview form. Data were analyzed by using percentage statistics, mean findings. and standard deviation and paired t-test.

The results showed that 1) the mean scores of health behaviors before and after joining the program were significantly different at the 0.05 level. (($\bar{X}=6.43SD=2.10$) increased (($\bar{X}=14.0SD=1.21$) drug use behavior before joining the project. (($\bar{X}=5.23SD=1.40$) increased (($\bar{X}=6.40SD=0.52$) exercise behavior before participating in the program. (($\bar{X}=2.56SD=2.89$) increased (($\bar{X}=5.30SD=1.50$). (($\bar{X}=8.93SD=2.56$) increased (($\bar{X}=14.88SD=2.08$) 2) Mean blood glucose (FPG) before joining the program (($\bar{X}=221.5SD=39.99$) decreased (($\bar{X}=160.6SD=53.90$) significantly different from before joining the program $P < .05$ and Mean cumulative

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองหาน อ.หนองหาน จ.อุดรธานี เบอร์โทรศัพท์ 082-5326549
E-mail address w.rungruang@gmail.com

glucose (HbA1C) before joining the program ($\bar{X}=8.43$ SD=0.56) decreased ($\bar{X}=6.96$ SD=0.47) significantly different from before joining the program $P < .05$

Keywords: motivational counseling program, blood glucose level

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่าปี 2560 พบผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 463 ล้านคน ในปี 2562 คาดว่าในปี 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน¹ ในขณะที่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 151 ล้านคน² จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบอัตราของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 และร้อยละ 9.5 ในปี 2563 เมื่อพิจารณาความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล (ประเมินจาก HbA1C < 7.0) ควบคุมได้ร้อยละ 34.37³ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 40) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายได้แก่ จอประสาทตาผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา⁴

โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ประชากรในพื้นที่จำนวน 116,529 คนอัตราผู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี 2562-2564 ร้อยละ 5.54 5.20, 5.82 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นในปี 2562-2564 อัตรา 446.47, 539.64, 557.11, ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลมีแนวโน้มลดลง 2562-2564 ร้อยละ

46.11, 25.88, 24.54 ตามลำดับจากการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยกล้อง Fundus camera พบภาวะผิดปกติ ร้อยละ 0.22 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 0.27 ในปี 2564 และการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้าด้วย monofilament พบผลผิดปกติ ร้อยละ 0.08 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 0.69 ในปี 2564⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลต่อการลดลงของค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{6,7} สอดคล้องกับการศึกษาการให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจของนักศึกษาแพทย์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสามารถลดค่าน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลสะสมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคนิคให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มโรคต่างๆ ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก เช่นการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในการการควบคุมความดันโลหิต⁹ การชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁰ และจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลง¹¹

การจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลหนองหานที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ให้ความรู้สุขศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลด้วยวิธีการแบบ Routine แต่ในสถานการณ์ให้บริการจริง มีผู้ป่วยที่มารับบริการ

จำนวนมาก บุคลากรไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถให้บริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ตรงตามสภาพปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาเน้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยทางเลือกของผู้ป่วยเอง ในวิถีทางที่ตนเองสะดวก นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและทางเลือกประกอบการตัดสินใจมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) Engagement (การสร้างสัมพันธภาพ/ ตกลงบริการ) 2) Find out motivation การค้นหาสิ่งสำคัญ/ แรงจูงใจ) 3) Strengthen motivation (การผลักดันจูงใจให้แน่นแฟ้น) 4) Advice with menus (การแนะนำแบบมีตัวเลือก) 5) Making a solid plan (วางแผนและสรุป)¹⁴โดยจัดให้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดระดับน้ำตาลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประเมินผลจากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน

ผู้ป่วยเบาหวาน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย

สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมง และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (one group pre-posttest) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานระหว่างเดือน เมษายน 2565- มิถุนายน 2565 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีอายุ 18-70 ปี 2) มีค่าน้ำตาลสะสมมากกว่า 8 มก.%3) ค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ 5) สามารถอ่านและสื่อสาร ภาษาไทยได้ 6) สามารถ ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power 3.1 การกำหนดอำนาจทดสอบ (β)=.80 ความเชื่อ มั่น (α)=.05 และการกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ด้านการควบคุมเมตาบอลิกเท่ากับ .60¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ซึ่งควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย



30 ราย ดังนั้นในการศึกษานี้จึง ใช้กลุ่มตัวอย่าง
30 คน¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมให้คำแนะนำเสริมสร้าง
แรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วย
เบาหวาน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ
ของ Miller และ Rollnick¹⁴

2. แผ่นพับเรื่อง การนั้บคาร์โบไฮเดรตที่
พัฒนาโดยงาน เทคนิคง่ายๆ ในการควบคุมน้ำตาล
ในเลือด จัดทำโดยกลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาล
หนองหาน จังหวัดอุดรธานี

3. แผ่นพับเรื่อง การดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วย
เบาหวาน จัดทำโดยงานกายภาพบำบัด
โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ ชื่อ
สกุล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา ระยะเวลาเป็นโรค

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย
เบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก แบบประเมินการ
ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย
พฤติกรรมกรบริโภค ข้อคำถาม 8 ข้อ พฤติกรรม
การเฝ้าระวัง ข้อคำถาม 4 ข้อ พฤติกรรมกรออกกำลังกาย ข้อคำถาม 4 ข้อ และพฤติกรรมกรดูแลเท้า
ข้อคำถาม 10 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ แบบ
สัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
scale) 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติ
พฤติกรรมในเรื่องนั้นมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติ
พฤติกรรมในเรื่องนั้น 1-3 วัน/สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การประเมินผลคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เกณฑ์แปรผลแบบมาตรา
ส่วนสมบูรณ์ ใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหาร
ด้วยระดับที่ผู้วิจัยต้องการประเมิน โดยแบ่งคะแนน
ทั้งหมดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง
และระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย
ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์วิธีการประโยชน์และ
ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้า
ร่วมวิจัยผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วน
บุคคล ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมพฤติกรรมสุขภาพ
ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามใน
แบบสอบถามแต่ละข้อให้ผู้ผู้ป่วยฟังแล้วให้ผู้ผู้ป่วย
ตอบในแต่ละข้อจากนั้นเริ่มดำเนินกิจกรรมตาม
โปรแกรมระยะที่ 1 -3 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์
หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ
วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
และสรุปผลการดำเนินงานตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติร้อยละ การ
หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
เปรียบเทียบค่าน้ำตาลหลังงดน้ำ งดอาหาร 8
ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อน
และหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบ Paired
t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนี้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง ร้อยละ 76.7 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ
46.7 รองลงมาคืออายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 40
ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50

สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษา
ปฐมศึกษา ร้อยละ 83.3 ระยะเวลาป่วยเป็นโรค 6-

10 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ 11-15 ปี ร้อยละ
26.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			P value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล	
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	6.43	2.1	ปานกลาง	14	1.21	สูง	<0.001*
2. พฤติกรรมการใช้ยา	5.23	1.4	ปานกลาง	6.4	0.52	สูง	<0.001*
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.56	2.89	ต่ำ	5.30	1.50	สูง	<0.001*
4. พฤติกรรมการดูแลเท้า	8.93	2.56	ปานกลาง	14.88	2.08	สูง	<0.001*

*p<0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองทุกด้านเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพฤติกรรมการบริโภคก่อนเข้าร่วมโครงการ ($\bar{X}=6.43SD=2.10$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=14.0 SD=1.21$) พฤติกรรมการใช้ยาก่อนเข้าร่วมโครงการ ($\bar{X}=5.23SD=1.40$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=6.40SD=0.52$) พฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=2.56SD=2.89$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=5.30 SD=1.50$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลเท้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=8.93SD=2.56$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=14.88SD=2.08$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (N=30)

ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	P value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ระดับน้ำตาล (FPG)	221.5	39.99	160.6	53.9	6.6	<0.001*
2. น้ำตาลสะสม (HbA1C)	8.43	0.56	6.96	0.47	7.44	<0.001*
*p < 0.05						

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (FPG) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=221.5 SD=39.99$) ลดลง ($\bar{X}=160.6 SD=53.90$) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

P < .05 และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=8.43SD=0.56$) ลดลง ($\bar{X}=6.96 SD=0.47$) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P < .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ของ Miller & Rollnick¹⁴ ร่วมกับนำหลักการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client- centered) มาบูรณาการในการให้คำปรึกษาเน้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุน ชื่นชม ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวิถีทางของผู้ป่วยเอง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 6.43SD=2.10) เพิ่มขึ้น ($\bar{x}$ = 14.0 SD=1.21) พฤติกรรมการใช้ยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 5.23SD=1.40) เพิ่มขึ้น ($\bar{x}$ = 6.40SD=0.52) พฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 2.56SD=2.89) เพิ่มขึ้น ($\bar{x}$ = 5.30 SD=1.50) และพฤติกรรมการดูแลเท้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 8.93SD=2.56) เพิ่มขึ้น ($\bar{x}$ = 14.88SD=2.08) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังดื่มน้ำตาลอาหาร 8 ชั่วโมง (FPG) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังดื่มน้ำตาลอาหาร 8 ชั่วโมง (FPG) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 221.5SD=39.99) ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 160.6SD=53.9) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 8.43SD=0.56) ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 6.96SD=0.47) สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา สารทอง¹⁶ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นร้อยละ 42.12 และการศึกษาของละออง กนกแสง¹⁷ ศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่กระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการที่พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องได้รับการอบรม พัฒนาความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษา รวมถึงการให้คำปรึกษาแบบสั้น Brief Advice (BA) และ Brief Intervention (BI) เพื่อค้นหาปัญหาได้ตรงประเด็นเฉพาะรายบุคคล และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีความต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ จึงจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เข้าใกล้ค่าปกติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรพยาบาลควรได้รับการอบรมเพิ่มสมรรถนะในการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ motivational interview: MI) มาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้น

2. ควรขยายระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมจาก 3 เดือนเพิ่มเป็น 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas. 9thed. Brussels, Belgium: IDF; 2019
2. International Diabetes Federation. Diabetes atlas. Eighth edition. (online) 2020 (cited 2022)
3. ประเด็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. KPI ควบคุมกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานปี 2565.เข้าถึงเมื่อวันที่ 23พ.ค. 2566 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://kpo.go.th/webkpo/meeting_ssj01/attach2022_02_20220303091505.pdf
4. Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, National Health Security Office. Clinical Practice Guideline for Diabetes, Thailand 2014. Bangkok :Aroonkarnpim; 2014
- 5 ข้อมูลเพื่อตอบสนองService plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM HT CVD). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิ.ย.]. [เข้าถึงได้จาก] https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=1932e7f6482a5e1e3c20b51927ef4adc
- 6 KalayouKidanuBerhelD*, HaftuBerheGebru, Hailemariam BerheKahsay). Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis) [วารสารออนไลน์]. 2020. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2566 จาก <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0240839&type=printable>.
- 7 Pâmela L.S. Steffen MSc ¹, Claunara S. Mendonça PhD ¹, Elisabeth Meyer PhD ², Daniel D. Faustino-Silva PhD ¹.Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT.American Journal of Preventive Medicine[วารสารออนไลน์]. 2021. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2566]จาก <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379721000684>
- 8 Thepwoonga, I., Muthukumar, R., &Kessomboon, P. Motivational interviewing by general practitioners for Type 2 diabetes patients: a systematic review. Family practice, 34(4), 376-383. [วารสารออนไลน์]. 2021. [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2566]จาก https://academic.oup.com/fampra/article/34/4/376/3806595?login=false#google_vignette
- 9 โสภ ไชยแก้ว. กรเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8: 174-181.
- 10 บัณฑิต การวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังโดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีวัช. 2564; 1:76-88
- 11 รัตนภรณ์ จิระวัฒน์, สิริมนต์ วัชรกุล ประเทืองธรรม, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย. Rama Nurs J. 2018; 24(1): 51-68



- 12 เติตศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย NCD (Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs). บริษัท ปิยอนพัลลิสซิ่ง จำกัด; 2560.
- 13 ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์สยามปรินต์ กรุงเทพมหานคร 2540.
- 14 Miller, W.R. & Rollnick, S. What makes it Motivational Interviewing?. Presentation at the international Conference on Motivational Interviewing (ICMI). Stockholm: 2010.
- 15 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท 25 มีเดีย จำกัด; 2563.
- 16 พนิดา สารทอง . การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลนาคูณ; 2560
- 17 ละอองกลิ่น กนกแสง. ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564; 5(10): 61-170

การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ Adjustment of energy conservation equipment Nong Kung Sri Hospital Kalasin Province.

(Received: June 26,2023 ; Revised: June 27,2023 ; Accepted: June 28,2023)

เอื้อการณ์ บุตรโพธิ์ศรี¹

Ueakan Butphosri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้พลังงานของโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์และการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2564) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาคารในโรงพยาบาลหนองสูงศรี ประกอบด้วย อาคารทั้งหมด 10 อาคาร โดยมีพื้นที่ทั้งหมด 3100.4 ตารางเมตร เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การเปลี่ยนเครื่องปรับอากาศชนิดแยกส่วนเป็นแบบ Inverter ก่อนดำเนินการ พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 1,077,541.32 kWh / ปี หลังดำเนินการพบว่า พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 752,952.66 kWh / ปี คิดเป็น พลังงานไฟฟ้าที่ประหยัดได้ 324,588.66 kWh/ปี คิดเป็นเงินที่ประหยัดได้ 1,428,190.10 บาท/ปี การปรับปรุงระบบแสงสว่างเป็นหลอด LED ก่อนดำเนินการ พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 114,361.800 kWh / ปี หลังดำเนินการพบว่า พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 36,721.92 kWh / ปี คิดเป็น พลังงานไฟฟ้าที่ประหยัดได้ 77,639.88 kWh/ปี คิดเป็นเงินที่ประหยัดได้ 341,615.47 บาท/ปี

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยน อุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน

ABSTRACT

This research was experimental research (Experimental Research) aims to study the energy consumption situation of Nong Kungsri Hospital. Kalasin Province and equipment modification in energy conservation Nong Kung Sri Hospital Kalasin Province has a period of study. Period of study During the fiscal year 2021 (October 2020 to September 2021), the sample group consisted of buildings in Nongkungsri Hospital consisting of 10 buildings with a total area of 3100.4 square meters. Content Analysis: Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation.

The results of the study showed that the change of split air conditioners to inverter type before operation was electrical energy equal to 1,077,541.32 kWh / year. kWh/year, representing a saving of 1,428,190.10 baht/year, upgrading the lighting system to LED bulbs before operation, electric energy was 114,361.800 kWh/year, after operation, it was found that electric energy was 36,721.92 kWh/year, representing energy Electricity saved 77,639.88 kWh/year, equivalent to savings of 341,615.47 baht/year.

Keywords: modification energy conservation equipment

¹ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความยั่งยืนของประเทศไทย รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในด้านการลดการใช้พลังงานของประเทศ การใช้พลังงานในโรงงานอุตสาหกรรมและอาคารโดยไม่มีการบริหารจัดการที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีต้นทุนการประกอบการสูงขึ้นได้ เนื่องจากพลังงานเป็นปัจจัยหลักในการผลิตและบริการ เมื่อมีการใช้พลังงานมากก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มาก เนื่องจากแหล่งพลังงานลดน้อยลงไปทุกที ต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้นนี้ส่งผล ต่อศักยภาพในการแข่งขัน จำเป็นต้องลดต้นทุนด้านพลังงานด้วยการบริหารจัดการด้านพลังงานการบริหารจัดการด้านพลังงานต้องมีความตั้งใจอย่างจริงจัง กำหนดนโยบาย และเป้าหมายที่ชัดเจนจัดตั้งองค์กรเพื่อดูแลรับผิดชอบการใช้พลังงานโดยตรง ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ทั้งทางด้านบุคลากรและการเงิน จึงสามารถลดต้นทุนด้านพลังงานลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังเป็นการอนุรักษ์พลังงานให้แก่ประเทศชาติด้วย¹

วิกฤตการณ์พลังงานที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียเงินจำนวนมากในการจัดการแหล่งพลังงาน เพื่อตอบสนองความต้องการผลิตและการใช้พลังงานภายในประเทศ นอกจากนี้ราคาพลังงานก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เป็นภาระต่อผู้ใช้พลังงานและความสามารถในการแข่งขันเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนในการประกอบกิจการของทุกๆ ภาคส่วน ด้วยเหตุนี้กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงานจึงออกพระราชบัญญัติการส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2550 เพื่อกำหนดให้โรงงานและอาคารควบคุม ดำเนินการจัดการพลังงานอย่างเป็นขั้นตอนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งมีการวางแผนการดำเนินการที่ดีและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดใช้พลังงานและลดต้นทุนการประกอบกิจการ ตามนโยบายด้านพลังงานของประเทศ ได้กำหนดกลยุทธ์ด้านการอนุรักษ์พลังงาน ซึ่งมีมาตรการทั้ง

ทางด้านการบริหาร ด้านสังคม และด้านกฎหมาย เพื่อกำกับดูแล และส่งเสริมให้เกิดการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด ให้กับภาครัฐและภาคเอกชน โดยเป้าหมายตามแผนอนุรักษ์พลังงาน 20 ปี นั้น แผน EEDP 2015 (พ.ศ.2558-2579) ยุทธศาสตร์การเพิ่มการพึ่งพาตนเองด้านเทคโนโลยี และเสริมสร้างธุรกิจผลิตสินค้าที่มีประสิทธิภาพพลังงานสูง และยกระดับประสิทธิภาพการใช้พลังงานทุกภาคเศรษฐกิจให้ทัดเทียมสากล ได้กำหนดมาตรการ การส่งเสริมการปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้พลังงานของเครื่องปรับอากาศ ให้มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งอยู่ภายใต้การส่งเสริมมาตรการใช้เกณฑ์มาตรฐานและติดฉลากอุปกรณ์อาคารโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งเป็นอาคารที่มีชั่วโมงการใช้งานสูงเนื่องจากเป็นอาคารที่คอยบริการสุขภาพให้ประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้มีการใช้พลังงานสูงตามไปด้วย ในประเทศไทยมีจำนวนสถานพยาบาลภาครัฐ ทั้งหมด จำนวน 1,027 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นอาคารที่มีขนาดการใช้พลังงานสูง ซึ่งมีการติดตั้งหม้อแปลงใหญ่กว่า 1175 kVA จำนวน 143 แห่ง ซึ่งหากมีการดำเนินการสนับสนุนการปรับปรุง/ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ดังกล่าว จะทำให้เกิดการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพในอาคารโรงพยาบาลภาครัฐ และสอดคล้องกับการดำเนินการตามนโยบายด้านการอนุรักษ์พลังงานของประเทศ²

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ใช้พลังงานมาก เนื่องจากมีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีการใช้พลังงานเพื่อตอบสนองต่อ กิจกรรมการให้บริการทางการแพทย์อีกทั้งยังมีแนวโน้มการเพิ่มของอัตราความต้องการใช้พลังงานตามการเติบโตทางเศรษฐกิจและความต้องการบริการด้านสาธารณสุขของประเทศซึ่งมี พ.ร.ฎ. ว่าด้วยกำหนดอาคารควบคุม พ.ศ. 2538 กล่าวคือ อาคารใดที่มีการใช้พลังงานไฟฟ้าเกินกว่า 1,000 กิโลวัตต์ ถือเป็นอาคารควบคุมการใช้พลังงานและต้องปฏิบัติตาม พ.ร.ฎ. ดังกล่าว คือต้องมีการสำรวจการใช้พลังงาน และดำเนินการตามแผนควบคุมการใช้

พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้พลังงานของโรงพยาบาลก็อยู่ในข่ายของอาคารควบคุม ที่ต้องปฏิบัติตาม พ.ร.ฎ. ดังกล่าว³

โรงพยาบาลหนองกุงศรี เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ประกอบด้วยอาคารทั้งหมด 10 อาคาร มีพื้นที่ใช้สอย รวม 3100.4 ตารางเมตร พื้นที่ปรับอากาศ 1078.8 ตารางเมตร มีการใช้พลังงานไฟฟ้า 611,089.01 kWh/ปี คิดเป็นมูลค่า 2,633,365.80 บาท/ปี ค่าไฟเฉลี่ย 4.4 บาท/kWh จำนวนพนักงาน 182 คน ชั่วโมงการทำงาน 24 ชั่วโมง/วัน 365 วัน/ปี โดยลักษณะการใช้พลังงานของโรงพยาบาลหนองกุงศรี ส่วนใหญ่เป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากอุปกรณ์ที่ใช้พลังงานมีสภาพเก่าและล้าสมัย จากข้อมูลการสำรวจรายละเอียดอุปกรณ์และเครื่องจักรในอาคารโรงพยาบาลหนองกุงศรี พบว่าอุปกรณ์ที่มีผลต่อการใช้พลังงานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระบบแสงสว่าง ระบบปรับอากาศ ที่มีอายุการใช้งานนาน⁴

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษา ในฐานะผู้รับผิดชอบในการดำเนินการด้านการอนุรักษ์พลังงานของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จึงมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อให้เกิดการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพในอาคารโรงพยาบาลภาครัฐ และสอดคล้องกับการดำเนินการตามนโยบายด้านการอนุรักษ์พลังงานของประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้พลังงานของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2564)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาคารในโรงพยาบาลหนองกุงศรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาคารในโรงพยาบาลหนองกุงศรี ประกอบด้วย อาคารทั้งหมด 10 อาคาร โดยมีพื้นที่ทั้งหมด 3100.4 ตารางเมตร สำหรับการใช้สอยพื้นที่ของแต่ละอาคารมีรายละเอียด ดังนี้

1. อาคารผู้ป่วยนอก มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 800 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 50 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 50
2. อาคารผู้ป่วยผ่าตัด มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 700 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 62 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 38
3. อาคารผู้ป่วยใน 1 มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 601.2 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 83 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 17
4. อาคารผู้ป่วยใน 2 มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 601.2 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 83 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 17.
5. อาคารศูนย์สุขภาพชุมชน มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 100 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 50 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 50
6. หน่วยจ่ายกลาง มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 50 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 60 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 40
7. อาคารซักฟอก มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 45 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 80 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 20



8. อาคารโรงครัว มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 80 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 56 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 44

9. อาคารคลังยา มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 50 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 80 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 20.

10. อาคารกายภาพบำบัด มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 80 ตารางเมตร โดยเป็นพื้นที่ปรับอากาศร้อยละ 56 และพื้นที่ไม่ปรับอากาศร้อยละ 44

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองงูศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การปรับปรุงระบบแสงสว่างเป็นหลอด LED และการเปลี่ยนเครื่องปรับอากาศชนิดแยกส่วนเป็นแบบ Inverter

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกค่าไฟฟ้า

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาข้อมูลโครงการ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการใช้พลังงานของโรงพยาบาล รายละเอียดมาตรการที่ได้รับการอนุมัติ

2. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการวัสดุ/อุปกรณ์และส่วนควบคุมที่รื้อถอนและการจัดการจัดการภายหลังโครงการแล้วเสร็จ

3. การดำเนินงานจัดซื้อจัดจ้างและการติดตั้ง

3.1 การดำเนินงานจัดซื้อจัดจ้าง ได้แก่ การจัดซื้อจัดจ้างวัสดุ อุปกรณ์และผู้รับเหมาในการติดตั้ง การจัดซื้อจัดจ้างที่ปรึกษาออกแบบควบคุมงาน

3.2 ข้อมูลการรื้อถอนและติดตั้ง

3.3 การทดสอบการใช้งาน

3.4 การอบรมการใช้งานวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุน ได้แก่ การอบรมการใช้งาน

ระบบปรับอากาศ การอบรมการใช้งานระบบไฟฟ้าแสงสว่าง

4. การตรวจวัดและพิสูจน์การใช้พลังงาน

4.1 การตรวจวัดและพิสูจน์การใช้พลังงาน

4.1.1 มาตรการที่ 1 เปลี่ยนเครื่องปรับอากาศชนิดแยกส่วนเป็นแบบ Inverter 1) รายละเอียดมาตรการ 2) วิธีการคำนวณการใช้พลังงานไฟฟ้าและผลประหยัด 3) รายละเอียดวิธีการตรวจวัดและพิสูจน์การใช้พลังงาน/ตำแหน่งการติดตั้ง/รูปภาพประกอบ 4) วิธีการตรวจวัดและพิสูจน์การใช้พลังงาน 5) ข้อมูลที่ตรวจวัด

4.1.2 มาตรการที่ 2 ปรับปรุงระบบแสงสว่างเป็นหลอด LED 1) รายละเอียดมาตรการ 2) วิธีการคำนวณการใช้พลังงานไฟฟ้าและผลประหยัด 3) รายละเอียดวิธีการตรวจวัดและพิสูจน์การใช้พลังงาน/ตำแหน่งการติดตั้ง/รูปภาพประกอบ 4) วิธีการตรวจวัดและพิสูจน์การใช้พลังงาน 5) ข้อมูลที่ตรวจวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ ศึกษาข้อมูลโครงการ และการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการวัสดุ/อุปกรณ์ และส่วนควบคุมที่รื้อถอนและการจัดการจัดการภายหลังโครงการแล้วเสร็จ

2. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์อุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลหนองงูศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลจากการสำรวจสถานการณ์อุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลหนองงูศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีอุปกรณ์ ที่มีผลต่อการใช้พลังงานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระบบแสงสว่าง ระบบปรับอากาศ รายละเอียด ดังนี้

1) เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนภายในโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี พบว่ามีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน จำนวน 100 ชุด มีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี ประกอบด้วย ขนาด 12,000 BTU จำนวน 28 เครื่อง ขนาด 18,000 BTU จำนวน 20 เครื่อง ขนาด 24,000 BTU จำนวน 51 เครื่อง ขนาด 42,000 BTU จำนวน 1 เครื่อง ซึ่งจากการตรวจสอบพบว่าประสิทธิภาพต่ำ และมีการชำรุดบ่อยครั้ง ส่งผลถึงการบริการรวมค่าใช้จ่ายทั้งในด้านไฟฟ้า และ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงที่สูง

2) ระบบแสงสว่าง ปัจจุบันทางโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี มีการติดตั้งหลอดแสงสว่างทั้งหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ และ หลอดตะเกียบ อยู่จำนวนมาก ซึ่งมีการเปิดใช้งานเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน 365 วัน/ปี

2. การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จากสถานการณ์และสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดมาตรการในการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

2.1 มาตรการการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

มาตรการที่ 1 เปลี่ยนเครื่องปรับอากาศชนิดแยกส่วนเป็นแบบ Inverter จากการสำรวจเครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนภายในโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี ซึ่งพบว่าการติดตั้งเครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน จำนวน 100 ชุด มีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี ประกอบด้วย ขนาด 12,000 BTU จำนวน 28 เครื่อง ขนาด 18,000 BTU จำนวน 20 เครื่อง ขนาด 24,000 BTU จำนวน 51 เครื่อง ขนาด 42,000 BTU จำนวน 1 เครื่อง ซึ่งจากการตรวจสอบพบว่าประสิทธิภาพต่ำ และมีการชำรุดบ่อยครั้ง ส่งผลถึงการบริการ รวมค่าใช้จ่ายทั้งในด้านไฟฟ้า และ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงที่สูง จึงกำหนดมาตรการในการปรับเปลี่ยน

เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนชนิด INVERTER ทดแทนตัวเก่า เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านพลังงานและการบำรุงรักษาลง

มาตรการที่ 2 ปรับปรุงระบบแสงสว่างเป็นหลอด LED ปัจจุบันทางโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี มีการติดตั้งหลอดแสงสว่างทั้งหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ และ หลอดตะเกียบ อยู่จำนวนมาก ซึ่งมีการเปิดใช้งานเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน 365 วัน/ปี จึงกำหนดมาตรการในเปลี่ยนระบบส่องสว่างจากเดิมมาเป็นหลอด LED จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านพลังงานไฟฟ้าลงได้

2.2 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามมาตรการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

หลังจากการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามมาตรการ โดยการอบรมการใช้งานวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบบการอบรมให้ความรู้ และทักษะในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์ ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหา ดังนี้

1) ระบบปรับอากาศ ประกอบด้วย หลักการพื้นฐานของเทคโนโลยี ประเภทของเครื่องปรับอากาศ หลักการเครื่องปรับอากาศ แนวทางการประหยัดพลังงานของระบบปรับอากาศ และ แนวทางในการดูแลรักษาระบบปรับอากาศ

2) ระบบไฟฟ้าแสงสว่าง ประกอบด้วย หลักการพื้นฐานของเทคโนโลยี ประเภทของหลอดไฟในระบบไฟฟ้าแสงสว่าง หลักการในการส่องสว่าง การส่องสว่างโรงพยาบาล แนวทางการประหยัดพลังงานของระบบแสงสว่าง และ แนวทางในการดูแลรักษาระบบแสงสว่าง

2.3 การบริหารจัดการวัสดุ/อุปกรณ์และส่วนควบเดิมที่รื้อถอน และการบริหารจัดการภายหลังโครงการแล้วเสร็จ เพื่อให้การดำเนินโครงการฯ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ พร้อมทั้ง



ป้องกัน ไม่ให้น้ำอุปโภคบริโภคที่มีประสิทธิภาพต่ำกับมาใช้งาน ดังนั้นโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จึงได้ดำเนินการจัดการวัสดุ/อุปกรณ์และส่วนควบเดิมที่รื้อถอนและการบริหารการจัดการภายหลังโครงการแล้วเสร็จ

3. ผลการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 การบริหารจัดการระบบแสงสว่างและระบบปรับอากาศที่ได้ติดตั้งใหม่

การบริหารจัดการระบบแสงสว่างและระบบปรับอากาศที่ได้ติดตั้งใหม่ ในการบริหารจัดการระบบแสงสว่างและระบบปรับอากาศที่ได้ติดตั้งใหม่นั้น ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการดังนี้

1) วางแผนการใช้งานเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ พร้อมบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้

2) จัดเก็บและบันทึกข้อมูลสำคัญต่างๆ และจัดทำสรุปข้อมูลพื้นฐานและวิธีดำเนินงาน

3) จัดทำตารางการป้อนนิบัติบำรุง และกำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยฯ

3.2 ผลการตรวจวัดและพิสูจน์การใช้พลังงานตามมาตรการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

มาตรการที่ 1 เปลี่ยนเครื่องปรับอากาศชนิดแยกส่วนเป็นแบบ Inverter

1) ผลจากการสำรวจเครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนภายในโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี พบว่ามีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนจำนวน 100 ชุด มีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี ประกอบด้วย ขนาด 12,000 BTU จำนวน 28 เครื่อง ขนาด 18,000 BTU จำนวน 20 เครื่อง ขนาด 24,000 BTU จำนวน 51 เครื่อง ขนาด 42,000 BTU จำนวน 1 เครื่อง ซึ่งจากการตรวจสอบพบว่ามีประสิทธิภาพต่ำ และมีการชำรุดบ่อยครั้ง ส่งผลถึงการบริการ รวมค่าใช้จ่ายทั้งในด้านไฟฟ้า และ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงที่สูง ทาง

โรงพยาบาล จึงได้ทำการปรับเปลี่ยนเครื่องปรับอากาศ เป็นแบบแยกส่วนชนิด INVERTER ทดแทนตัวเก่า จำนวน 100 เครื่อง

2) การคำนวณการใช้พลังงานไฟฟ้าและผลประหยัด ก่อนดำเนินการพบว่า พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 1,077,541.32 kWh / ปี หลังดำเนินการพบว่า พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 752,952.66 kWh / ปี คิดเป็น พลังงานไฟฟ้าที่ประหยัดได้ 324,588.66 kWh/ปี คิดเป็นเงินที่ประหยัดได้ 1,428,190.10 บาท/ปี

มาตรการที่ 2 ปรับปรุงระบบแสงสว่างเป็นหลอด LED

1) ผลการปรับปรุงระบบแสงสว่างเป็นหลอด LED ปัจจุบันทางโรงพยาบาลหนองกุ้งศรี มีการติดตั้งหลอดแสงสว่างทั้งหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ และ หลอดตะเกียบ อยู่จำนวนมาก ซึ่งมีการเปิดใช้งานเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน 365วัน/ปี หากเปลี่ยนมาเป็นหลอด LED จะสามารถประหยัดพลังงานไฟฟ้าลงได้มาก โดยที่ค่าความสว่างมีค่าใกล้เคียงค่าเดิม ทางโรงพยาบาล จึงได้ทำการปรับเปลี่ยนระบบส่องสว่างเป็นหลอด LED ทั้งหมด

2) การคำนวณการใช้พลังงานไฟฟ้าและผลประหยัด การคำนวณการใช้พลังงานไฟฟ้าและผลประหยัด ก่อนดำเนินการพบว่า พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 114,361.800 kWh / ปี หลังดำเนินการพบว่า พลังงานไฟฟ้า มีค่าเท่ากับ 36,721.92 kWh / ปี คิดเป็น พลังงานไฟฟ้าที่ประหยัดได้ 77,639.88 kWh/ปี คิดเป็นเงินที่ประหยัดได้ 341,615.47 บาท/ปี

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษา การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การใช้พลังงาน การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน และผลการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการดำเนินงานพบว่า ผลจากการ

สำรวจสถานการณ์อุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีอุปกรณ์ ที่มีผลต่อการใช้พลังงานอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระบบแสงสว่าง ระบบปรับอากาศ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการกำหนดมาตรการในการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย มาตรการที่ 1 เปลี่ยนเครื่องปรับอากาศชนิดแยกส่วนเป็นแบบ Inverter และ มาตรการที่ 2 ปรับปรุงระบบแสงสว่างเป็นหลอด LED ตามแนวคิดการอนุรักษ์พลังงาน^{2,5} โดยในการดำเนินงานได้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามมาตรการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิฤดี ตันตเวทิจ (2562)⁶ ได้ทำการศึกษากการประเมินศักยภาพการอนุรักษ์พลังงาน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการอนุรักษ์พลังงานที่เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลในการใช้พลังงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านพลังงาน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้พลังงานในโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง และนำมาวิเคราะห์ประเมินหาศักยภาพการอนุรักษ์พลังงาน เพื่อกำหนดมาตรการที่ไม่ใช้เงินลงทุนและใช้เงินลงทุนในระบบปรับอากาศและระบบแสงสว่าง ผลการศึกษาพบว่า มาตรการที่ไม่ใช้เงินลงทุน เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากร ลดเวลาการทำงานของอุปกรณ์เครื่องจักร ลดจำนวนของอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น รวมไปถึงการบริหารจัดการการเดินเครื่องจักร แนวทางนี้สามารถประหยัดพลังงานในภาพรวมได้ 1,721,987.59 kWh/ปี ซึ่งคิดเป็น 8.24% ของการใช้พลังงานไฟฟ้าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2561 คิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านพลังงาน เท่ากับ 6,440,233.57 บาท/ปี และมาตรการที่ใช้เงินลงทุน เกิดจากการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้และปรับเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องจักรที่มีประสิทธิภาพสูง

แนวทางนี้สามารถประหยัดพลังงานภาพรวมได้ 8,533,149.68 kWh/ปี ซึ่งคิดเป็น 40.82% ของการใช้พลังงานไฟฟ้าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2561 คิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านพลังงาน เท่ากับ 31,913,979.82 บาท/ปี ดังนั้นผลการดำเนินการตามแนวทางการอนุรักษ์พลังงานในโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ ด้วยมาตรการที่ไม่ใช้เงินลงทุนและมาตรการที่ใช้เงินลงทุน ในระบบปรับอากาศและระบบแสงสว่าง ครบทุกมาตรการ พบว่า สามารถทำให้มีปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าลดลง คิดเป็น 49.06% เมื่อเทียบกับการใช้พลังงานไฟฟ้า ปี พ.ศ.2561 และทำให้ค่าดัชนีการใช้พลังงานจำเพาะ (Specific Energy Consumption: SEC) ที่พิจารณาในเทอมของความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนการใช้พลังงานไฟฟ้าต่อจำนวนผู้ป่วยในที่มาใช้บริการมีแนวโน้มลดลง คิดเป็น 49.06% เมื่อเทียบกับดัชนีการใช้พลังงานจำเพาะ ปี พ.ศ.2561 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยชาญ โพธิ์แจ่ม.(2565)⁷ ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ช่วงปี พ.ศ.2559 – 2563 เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้า และศึกษาแนวทางในการพัฒนาการดำเนินการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2563 เป็นการรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง จากเอกสาร แผนงาน ในการดำเนินการจัดการพลังงาน ในเรื่องนโยบาย เป้าหมาย มาตรการ แนวทางการปฏิบัติ เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้เทคนิควิเคราะห์เชิงคุณภาพ และยังมีการรวบรวมข้อมูลการใช้พลังงานไฟฟ้า จากใบเรียกเก็บค่าพลังงานไฟฟ้า ของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคแห่งประเทศไทย ข้อมูลการเพิ่มขึ้นของเครื่องใช้ไฟฟ้าของหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2559-พ.ศ.2563 เพื่อนำมาเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นก่อนและหลังดำเนินการจัดการพลังงาน ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ช่วงปี พ.ศ.2559-2563



ผลการศึกษาพบว่า หลังจาก มีการกำหนดนโยบาย และมีเป้าหมายลดใช้พลังงานไฟฟ้าในแต่ละปี ร้อยละ 7.99, 9.07, 10.31, 11.52 และ 3.94 ตามลำดับ มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานตามแผนที่กำหนดไว้ พบว่าสามารถลดค่าพลังงานไฟฟ้าในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 ได้ร้อยละ 24.50, 33.74, 36.18, 36.47 และ 39.78 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในการอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลหนองกุสุรี จังหวัด

กาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการวางแผนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินโครงการสูงสุด ซึ่งผลการดำเนินงานตามแผนได้แสดงรายละเอียดดังที่แจกแจงไว้ในตารางด้านล่างนี้ แผนงานที่วางไว้มีความล่าช้าในเชิงปฏิบัติการเนื่องจากระเบียบและขั้นตอนการขออนุญาตจัดซื้อจ้างผู้รับเหมาในส่วนราชการมีการเปลี่ยนแปลงจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานในครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการได้ลุล่วงสำเร็จด้วยดีตามเป้าหมายของโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงพลังงานกรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. (2558). การพัฒนาระบบการจัดการพลังงานตามมาตรฐานสากล iso 50001.
2. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน.(2561) โครงการสนับสนุนการลงทุนการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในโรงพยาบาลของรัฐ (Matching Fund) ระยะที่ 3 <http://berc.dede.go.th/?staff=โครงการสนับสนุนการลงทุน>
3. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. (2554) สถานการณ์พลังงานประเทศไทย. ค้นเมื่อ วันที่ 1 มิถุนายน 2565 จาก <http://www.dede.go.th>.
4. โรงพยาบาลหนองกุสุรี. (2563).รายงานผลการการสำรวจรายละเอียดอุปกรณ์และเครื่องจักรในอาคารโรงพยาบาลหนองกุสุรี ประจำปี 2562. โรงพยาบาลหนองกุสุรี (เอกสารอัดสำเนา)
5. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและการอนุรักษ์พลังงาน. (2551). คู่มือภาคพลังงาน. กรุงเทพฯ : บริษัทศรีสยาม การพิมพ์.
6. อภิฤดี ตันตเวทกิจ. (2562). การประเมินศักยภาพการอนุรักษ์พลังงาน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. ชัยชาญ โพธิ์แจ่ม.(2565). ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการอนุรักษ์พลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ช่วงปี พ.ศ.2559 – 2563. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565 170 - 76

ผลการประเมินกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

EVALUATION RESULTS OF CHILD DEVELOPMENT PROMOTION PROCESS TO INCREASE CHILDREN INTELLIGENCE LEVEL IN KALASIN PROVINCE

(Received: June 19,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 26,2023)

คงฤทธิ วันจรรณ¹
Khongrit Wanjaroon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและประเมินผลของกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม รับฟังการนำเสนอ และส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายตามตัวชี้วัดความสำเร็จของกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์มีกระบวนการจากการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ “PIRAB” โดยยกประเด็นระดับสติปัญญา เป็นวาระการพัฒนาในระดับจังหวัด สู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ เน้นการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ,การบูรณาการงบประมาณจากท้องถิ่น ,การบังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ,การยกระดับความรู้สุขภาพสู่แม่และครอบครัว และการเพิ่มทักษะการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่แม่และเด็กที่มีคุณภาพ เห็นได้จากข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาของเด็ก ปี 2561 - 2564 ที่มีแนวโน้มดีขึ้น ได้แก่ ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 117.9 ,164.2 ,154.6 ,198.6 ไมโครกรัมต่อลิตร (เกณฑ์ ≥ 150) ,ภาวะโลหิตจางหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 14.3 ,14.4 ,14.4 ,13.3 (เกณฑ์ < 16) ,ทารกแรกเกิดน้ำหนัก $< 2,500$ กรัม ร้อยละ 6.0 ,6.6 ,5.9 ,6.0 (เกณฑ์ < 7) ,เด็กแรกเกิดกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 69.3 ,75.3 ,76.2 ,78.0 (เกณฑ์ ≥ 50) ,เด็กได้รับธาตุเหล็ก ร้อยละ 23.8 ,46.0 , 74.9 ,73.9 (เกณฑ์ ≥ 70) ,เด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ 49.4 ,56.5 ,68.2 ,66.1 (เกณฑ์ ≥ 62) ,เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 97.3 ,98.4 ,91.9 ,98.1 (เกณฑ์ ≥ 85) และเด็กมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากปี 2554 , 2559 และ 2564 เท่ากับ 93.78 , 93.33 และ 101.49 จุด (เกณฑ์ > 100) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ผลการประเมิน กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระดับสติปัญญา

Abstract

This research aims to To study and evaluate the effects of the child development promotion process to increase the intellectual level of children in Kalasin Province. collect data from group conversations listen to the presentation And submit samples of laboratory specimens from October 2018 to September 2021. The sample groups are target groups based on process success indicators. Data were analyzed both quantitatively and qualitatively.

The results of the research revealed that Kalasin Province has a process from the application of the “PIRAB” strategy by raising the issue of intelligence It is a joint development agenda at the provincial level. into practice at the area level ,emphasis on integrated work in all sectors , the integration of local budgets , law enforcement and related social measures , raising the level of health knowledge for mothers and families and increasing skills in providing quality health promotion services for mothers and children. Into practice at the area level he health data for the year 2018 - 2021 tends to improve, including Median urinary iodine of pregnant women was 117.9, 164.2, 154.6, 198.6 (criterion > 150 micrograms per liter) ,Anemia in pregnant women 14.3 ,14.4 ,14.4 ,13.3 (criterion $< 16\%$) ,Newborns weighing $< 2,500$ g. 6.0 ,6.6 ,5.9 ,6.0 (criterion $< 7\%$) , Newborns are exclusively breastfed 69.3 ,75.3 ,76.2

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



,78.0 (criterion >50%) , Children received iron 23.8 ,46.0 , 74.9 ,73.9 (criterion >70%) ,Well-proportioned tall children 49.4 ,56.5 ,68.2 ,66.1 (criterion >62%) , Children with age-appropriate development 97.3 ,98.4 ,91.9 ,98.1 (criterion >85%) and Children's average intelligence level increased from 2011, 2016, and 2021, equal to 93.78, 93.33, and 101.49 points (criterion >100), respectively.

Keyword : Evaluayion Results Child Development Promotion Process Intellectual Level

บทนำ

กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) มุ่งเน้นการพัฒนาให้คนไทยมีความสุข สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและเป็นธรรม รวมถึงพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2562 มาตรา 6 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องมีการกิจกรรมร่วมกันดำเนินการเพื่อให้มีการพัฒนาเด็กปฐมวัย และดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามที่คณะกรรมการกำหนด รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจัดบริการให้เด็กปฐมวัยซึ่งอยู่ในความดูแลได้รับการพัฒนาตามมาตรฐาน¹ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561 - 2565 ที่มีวิสัยทัศน์ว่า มั่งคั่งด้วยเกษตรปลอดภัย ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เป้าประสงค์ที่ 1 ประชากรของจังหวัดได้รับการพัฒนาทุนมนุษย์ในทุกช่วงวัย โดยมีตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย 1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100²

จากความหมายของความฉลาดทางสติปัญญา หรือเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient : IQ) หมายถึง ความฉลาดทางเชาว์ปัญญา การคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ และการเชื่อมโยง ซึ่งสามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยผู้ที่มี IQ ระดับ 90 – 109 เป็นระดับความฉลาดของคนปกติ ทั้งนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ยังพบเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่มีระดับความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligent Quotient : IQ) ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล จากผลการสำรวจระดับสติปัญญา (IQ) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี 2554 และปี 2559 (เป้าหมาย 100 จุด) พบว่าค่าเฉลี่ย IQ ทั้งประเทศ เท่ากับ 98.59 , 98.23 ,เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 94.16 , 94.28 (ขอนแก่น 95.93

, 93.12 มหาสารคาม 95.28 , 95.09 ร้อยเอ็ด 91.65 , 96.15) และจังหวัดกาฬสินธุ์ IQ เฉลี่ย 93.78 และ 93.33 จุด ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล IQ=100 จากการสำรวจสถานการณ์ระดับความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligent Quotient : IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient : EQ) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศจำนวน 23,641 คน พบว่า เด็กมีคะแนน IQ เฉลี่ยอยู่ที่ 98.2 ซึ่งสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี 2554 ที่เฉลี่ยอยู่ที่ 94 เด็กไทยมี IQ อยู่ในเกณฑ์ปกติถึง 2 ใน 3 หรือ ร้อยละ 68 ขณะที่เด็กจาก 42 จังหวัดรวมทั้งกรุงเทพมหานคร มี IQ สูงเกิน 100 ขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ยังมีเด็กบางส่วนใน 35 จังหวัด IQ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน รวมถึงจังหวัดกาฬสินธุ์ ระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ย 93.3 จุด ค่าปกติ = 100/ระดับประเทศ 98.2 นอกจากนี้ ยังพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องหรือต่ำกว่า 70 ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากล ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 2 โดยพบเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าภาคอื่นๆ ตลอดจนยังพบว่า เด็กนอกเขตอำเภอเมือง มีระดับ IQ เฉลี่ย 96.9 ขณะที่เด็กในเขตอำเภอเมือง มี IQ 101.5 และเด็กในพื้นที่ กทม. มี IQ เฉลี่ย 103.4 ส่วนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก (Emotional Quotient : EQ) คือ ความสามารถทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข พบว่าเป็นไปตามเป้าหมาย ร้อยละ 77 แต่ก็ยังพบเด็กจำนวนไม่น้อยที่ยังต้องการการพัฒนา ซึ่งเด็กที่มีปัญหา EQ มากที่สุด ได้แก่ ด้านขาดความมุ่งมั่นพยายามและขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา³ ซึ่ง IQ และ EQ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด โดยประมาณร้อยละ 50 สามารถ

ถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่อีกร้อยละ 50 ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็น 4 ปัจจัยหลักสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาของเด็ก ได้แก่ ธาตุเหล็ก สารไอโอดีน ส่วนสูงของเด็ก และการเลี้ยงดู³ เมื่อพิจารณาจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว พบว่า ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ (ก่อนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน) ในปี 2554-2561 เท่ากับ 67.4 , 134.0 , 83.3 , 134.0 , 141.8 , 114.9 , 97.2 และ 117.9 ไมโครกรัมต่อลิตร (เกณฑ์ ≥ 150) จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์มีภาวะขาดสารไอโอดีนที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ ยูนิเซฟระบุว่าพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนมาก เด็กนักเรียนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น 10 - 15 จุด อัตราการตายของทารกสูงกว่าปกติ และความสามารถทางการศึกษาด้อยกว่าปกติอย่างชัดเจน³

ดังนั้น คุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพที่เริ่มตั้งแต่กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์จึงมีความสำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก การเจริญเติบโต ความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในระยะยาว ทั้งนี้ ความฉลาดทางสติปัญญาเป็นผลจากการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การยกระดับคุณภาพศูนย์เด็กเล็ก การกำจัดสาเหตุปัญหาภาวะโภชนาการ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านการเลี้ยงดู การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการสนับสนุนนโยบายจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานให้เด็กตั้งแต่ปฐมวัยโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย¹ การเฝ้าระวังเรื่องดังกล่าวเพื่อให้เด็กกาฬสินธุ์ทุกคนมีโอกาสเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ โดยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ ทารก และเด็กได้รับอาหารอย่างเหมาะสม ทั้งชนิดและปริมาณ รวมทั้งการเสริมสารอาหารสำคัญให้เพียงพอ ได้แก่ วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟลิก ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีน้ำหนักรวมทั้งการเสริมสารอาหารสำคัญให้เพียงพอ ได้แก่ วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟลิก ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีน้ำหนักและส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์การเจริญเติบโตเทียบเท่ากับมาตรฐานสากล โดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคน

กาฬสินธุ์ทุกช่วงวัย ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁵ เชื่อมโยงให้เป็นการพัฒนากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็กจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในการเพิ่มระดับความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อประเมินผลของกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในการเพิ่มระดับความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กจังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) ตามแนวคิด CIPPI Model ของ Daniel L. Stufflebeam (2003) ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินโครงการ/กระบวนการ⁴ ที่ครอบคลุมการประเมินทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) 3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) 4) การประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation) และ 5) การประเมินด้านผลกระทบ (Impact Evaluation)⁶ โดยมีกรอบแนวคิดของเนื้อหาในประเด็นที่ศึกษาประกอบด้วย กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อการเสริมสร้างระดับความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของกลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 0 - 5 ปี ในการเตรียมความพร้อมตามศักยภาพของแต่ละช่วงวัยสู่กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีการยกระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ศึกษาวิจัยเป็นกลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่ ได้แก่ จำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 18 อำเภอ และจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 156 แห่ง โดยเลือกจากกลุ่มประชากรเชิงพื้นที่ทั้งหมดของจังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลแกนนำ ได้แก่ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด, อำเภอ และตำบล จำนวน 60 คน ตัวแทนประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้รับผิดชอบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และบุคคลแกนนำที่มีภาระงานสอดคล้องกับกระบวนการ ทั้ง 18 อำเภอ จำนวน 90 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีบทบาทและภาระงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

3. หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1,200 คน จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหาไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ จากปี 2561 - 2564 ปีละ 300 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

4. เด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี จากข้อมูลปี 2561 - 2564 จำนวนเด็กทั้งหมด / จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ จำนวน 30,674 / 28,656 , 28,275 / 27,289 , 34,881 / 33,337 และ 32,950 / 30,535 คน ตามลำดับ (ระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข HDC : Health Data Center)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ 1) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance Promotion Manual : DSPM)⁷ 2) แบบประเมินระดับความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) และความฉลาด

ทางอารมณ์ (EQ) 3) เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 4) การส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการหาไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ 5) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 6) แบบสรุปรายงานความก้าวหน้าโครงการ และ 7) เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ประจำห้องคลอดและคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 ถึงเดือน กันยายน 2564 จากการสังเกต (Observation) ,การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ,การจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group) การรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสืบค้นข้อมูลในระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) การจัดเวทีถอดบทเรียน และการรับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงาน (To Listen to the Presentation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์การใช้รูปแบบซีบีพี (CIPPI Model) เพื่อประเมินกระบวนการ 5 ด้าน คือ ด้านบริบททางสังคม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ และด้านผลกระทบ⁸ รวมทั้งข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรค การปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน และโอกาสพัฒนาต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC37/2566 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2566 เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. การประเมินด้านบริบททางสังคม (Context Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่ประมาณ 7,000 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 18 อำเภอ 135 ตำบล 1,620 หมู่บ้าน/ชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นโรงพยาบาล ระดับ S จำนวน 540 เตียง โดยเข้าแผนยกระดับบริการของเขต เป็นโรงพยาบาล ระดับ A ปี 2569 ส่วนโรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง เป็นระดับ M 2 จำนวน 3 แห่ง/ F1 จำนวน 1 แห่ง/ F2 จำนวน 11 แห่ง/ และ F3 จำนวน 2 แห่ง จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 156 แห่ง แจกประสงค์ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 51 แห่ง (ร้อยละ 32.7) บุคลากรสมัครใจถ่ายโอน 354 คน เป็นข้าราชการ 187 คน (ร้อยละ 52.8) และสถานการจ้างอื่นๆ 167 คน (ร้อยละ 47.2) จำนวนประชากรกลางปี 2564 จำนวน 975,570 คน แบ่งเป็นชาย 481,988 คน (49.4%) หญิง 493,582 คน (50.6%) สิทธิการรักษาพยาบาล UC 699,761 คน (71.7%) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มี 183 คน ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มี 1,614 คน เป็นข้าราชการ ประมาณครึ่งต่อครึ่ง ที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. มี 4,246 คน ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ความขาดแคลนตามสายวิชาชีพ โดยเฉพาะวิชาชีพขาดแคลนทั้งโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนยังมีสัดส่วนที่ต้องรับผิดชอบต่อประชากรมากกว่าเกณฑ์ประเทศ สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ที่เป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดไว้ที่ 85 ปี ในปี 2564 จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ที่ 74.3 ปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ และต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 อายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) เป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดไว้ที่ 75 ปี ในปี 2564 จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ที่ 68.2 ปี ยิ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 โดยทั้งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ในเพศหญิง จะสูงกว่าเพศชาย และข้อมูลปีที่สูงสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) ตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2562 - 2564 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีปีที่สูงสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ปีละ 8 หมื่น ถึง 9 ปี โดยกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 5 ลำดับแรก ก็เป็นโรคการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคระบบไต โรคมะเร็งตับ โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน สลับลำดับกันเรื่อยมา โดยในปี 2564 มีกลุ่มโรคการติดเชื้อ Septicemia ขึ้นมาเป็นอันดับ 5 ส่วนโรคเบาหวานตกเป็นอันดับ 6 โดย 5 ลำดับโรคที่กล่าวมา ทำให้จังหวัดกาฬสินธุ์ต้องสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ประมาณ ร้อยละ 46 - 50 ของปีที่สูงสูญเสียทั้งหมด ซึ่งเป็นความท้าทายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จะใช้เป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญ การกำหนดทิศทางการพัฒนาในแผนปฏิบัติราชการทั้งระยะ 5 ปี และแผนปฏิบัติราชการประจำปี ที่จะดำเนินการในระยะต่อไป กลไกการดำเนินงานระดับพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ใช้แนวทางตามการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ โดยใช้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ,ตามคำรับรอง PA ของผู้บริหาร ,ตามประเด็นตรวจราชการประจำปี และตามสภาพปัญหาสุขภาพพื้นที่ของเขตและจังหวัด ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญ และแปลงสู่การปฏิบัติด้วยแผนปฏิบัติราชการทั้งระยะ 5 ปี / แผนปฏิบัติราชการประจำปี และกรอบคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี ของหน่วยงานในสังกัด สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ 4 Excellence ได้แก่ PP&P Excellence /Service Excellence /People Excellence และ Governance Excellence สำหรับกลไกการขับเคลื่อน ในสถานการณ์ปกติจะใช้ที่ประชุม กบห. / กวป. /คปสจ. /คปสอ. /โซน คปสอ. /พขอ. /พขต. ส่วนในสถานการณ์ฉุกเฉินตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และ EOC ให้สอดคล้องตามสถานการณ์และความจำเป็นเร่งด่วน ส่วนทรัพยากรที่สำคัญ มีทั้งการบริหารจัดการจากการบูรณาการเชิงพื้นที่ด้วยงบประมาณจังหวัด ที่ได้รับการสนับสนุนทุกปี²

สำหรับข้อมูลเด็กอายุ 0 - 5 ปี ทั้งหมด 6,049 คน พัฒนาการสมวัย 5,635 คน ร้อยละ 93.2 ผ่านเกณฑ์ และผลการประเมินระดับสติปัญญา (IQ) โดยกรมสุขภาพจิต ล่าสุด ปี 2564 เด็กกาฬสินธุ์ มีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ย 101.49³ ทั้งนี้ กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนปรับปรุง/พัฒนากระบวนการ ดังนี้ 1) จัดตั้งคณะกรรมการระดับ

จังหวัด / อำเภอ MCH / WCC Board 2) ยกระดับสมรรถนะบุคลากรด้านพัฒนาการเด็ก โดยพัฒนาระบบบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และระบบส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้าพัฒนาเครือข่าย Coaching และอบรมเชิงปฏิบัติการมิสนมแม่ 3) สนับสนุนเวชภัณฑ์ ได้แก่ วิตามิน ธาตุเหล็ก และไอโอดีนสำหรับหญิงให้นมบุตร วิตามินน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก 6 เดือน – 3 ปี 4) สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก โดยจัดทำประชาคมระดับอำเภอ/ตำบล และจัดทำแผนงาน/โครงการ , สนับสนุนการจัดตั้งชมรมนมแม่และศูนย์ 3 ร้อย , พัฒนางค์ความรู้ให้เครือข่าย บูรณาการกับหลักสูตรอสม. , ประกวดตำบลนมแม่ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน 5) พัฒนาทีมประเมินอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด/อำเภอ โดยติดตามผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนรู้ 6) จังหวัดออกติดตามประเมินรับรอง ได้แก่ โรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก , ตำบลนมแม่ , ตำบลไอโอดีน , ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

ส่วนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็กในจังหวัดกาฬสินธุ์ หลังปรับปรุง/พัฒนากระบวนการ (ปี 2561-2564) มีขั้นตอน ดังนี้ 1) จัดตั้งและจัดประชุมคณะกรรมการบูรณาการเสริมสร้าง IQ ระดับจังหวัด 2) จัดทำพิธีลงนามความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประกาศวาระการพัฒนาระดับจังหวัด 3) ผลักดันประเด็น “การพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็ก” ผ่านกลไกคณะกรรมการ พขอ./พชต. และกำหนดเป้าหมายการพัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” โดยการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนชุมชน/ท้องถิ่นใช้มาตรการทางสังคม/กติกาสังคม 4) พัฒนาทักษะคณะกรรมการระดับอำเภอและตำบลต้นแบบฯ (ครู ก) และแกนนำจิตอาสาชุมชน (ครู ข) ในพื้นที่ตำบลต้นแบบ โดย พัฒนาโรงเรียนรอบรู้สุขภาพต้นแบบ “ด้านอนามัยเจริญพันธุ์” , ศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สพด.ต้นแบบที่ดี และเสริมสร้างสังคมรอบรู้สุขภาพในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 5) ขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” ผ่านกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้าง

ความรอบรู้สุขภาพและทักษะการเลี้ยงดูภายใต้กิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าคุพิน ฝ้าระวังพัฒนาการ” และส่งเสริมการเล่น “ตามรอยพระยุคลบาท” 6) จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และ 7) ยกย่อง เชิดชูเกียรติ ต้นแบบที่ดีและสรุปผลการดำเนินงาน

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการพัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” แบบมีส่วนร่วม อย่างน้อยเป้าหมายอำเภอละ 3 ตำบล และขยายผลการพัฒนาไปตำบลอื่นในปีต่อไป โดยมีการพัฒนาทักษะและความรอบรู้สุขภาพแก่คณะทำงานระดับอำเภอ/ตำบลต้นแบบ (ครู ก) จำนวน 90 คน (อำเภอละ 5 คน) และแกนนำจิตอาสาสุขภาพชุมชน (ครู ข) ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีหลักสูตรและกรอบตามเนื้อหา ดังนี้ แนวคิดทศวรรษ 1000 วัน Plus⁸ , ทักษะการใช้คู่มือ DSPM⁷ และทักษะการเลี้ยงดู ของพ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูหลัก , การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด กลุ่มผู้เลี้ยงดูหลัก และครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย , การขับเคลื่อนการดำเนินงานหมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบลไอโอดีน⁹ , การยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ¹⁰ , การจัดให้มีพื้นที่ “ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท”¹¹ ในชุมชน , การสนับสนุนชุมชน/ท้องถิ่นใช้มาตรการทางสังคม/กติกาสังคม และการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการร่วมกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการเพื่อประเมิน ก่อน และหลังการพัฒนากระบวนการจำนวน 8 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ (เกณฑ์ >150 ไมโครกรัม/ลิตร) 2) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ผ่านตามเกณฑ์ (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 16) 3) อัตราคลอดมีชีพในหญิง 15 - 19 ปี (เกณฑ์น้อยกว่า 27 ต่อประชากรหญิง 15 - 19 ปี 1000 คน) 4) เด็กแรกเกิด - 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 50) 5) เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

(เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70) 6) เด็ก 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 62) 7) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 85) 8) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา (IQ) ผ่านตามเกณฑ์ (เกณฑ์ >100 จุด)

3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) มีการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ “PIRAB” (Partnership , Investment , Regulate and Legislate , Advocate , Building Capacity)⁵ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในการเสริมสร้าง IQ เด็กกาฬสินธุ์ โดยเน้นการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนให้คนกาฬสินธุ์ร่วมกันพัฒนาฐานรากของชุมชนสามารถบริหารจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดความเสี่ยง เพิ่มปัจจัยปกป้อง เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ สร้างชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรรอบรู้สุขภาพ และขยายวงกว้างสู่สังคมรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Societies) โดยมีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

1. สร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็กเชิงบูรณาการทุกระดับ (Partnership) โดยจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยเชิงบูรณาการระดับจังหวัด , บูรณาการแผนยุทธศาสตร์พัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 - 2564 ร่วมกับ 4 กระทรวงหลัก , จัดพิธีลงนามความร่วมมือ (MOU) ระดับจังหวัด ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประกาศวาระการพัฒนา IQ เด็กกาฬสินธุ์ และสร้างกระแสสังคมเชิงสัญลักษณ์ “ลูกหลานพระยาชัยสุนทร” เพื่อให้ความสำคัญกับสตรีและเด็กปฐมวัย และสื่อสาร/สะท้อนคืนกลับข้อมูลเพื่อผลักดันประเด็น “การพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็ก” ให้เป็นวาระการพัฒนาของอำเภอและตำบล เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พขอ./พขต.)

2. บูรณาการงบโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุขและงบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (Investment) โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ

ท้องถิ่นและชุมชน ผ่านการดำเนินงานหมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบลไอโอดีน , ตำบลนมแม่ ตามแนวทางโครงการพระราชดำริฯ

3. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ นโยบาย และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Regulate and Legislate)

โดยดำเนินการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครกในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 , พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 , พ.ร.บ.การพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2562 และการสนับสนุนชุมชน/ท้องถิ่นใช้มาตรการทางสังคม/กติกาสังคมดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็กในชุมชนตนเอง¹²

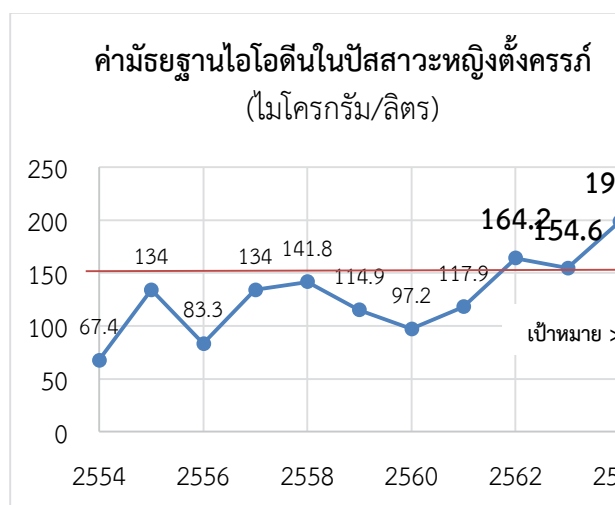
4. ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) สู่แม่และครอบครัวแบบมีส่วนร่วม (Advocate) ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ ดังนี้ 1) เสริมสร้าง HL ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคที่ต้องห้ามตั้งครรภ์ , การตั้งครรภ์เมื่อพร้อม , การเข้าถึงยาเพอร์โรฟลิก (Ferrous & Folic acid) การป้องกันภาวะซีด/ภาวะขาดสารไอโอดีน เป็นต้น 2) เสริมสร้าง HL ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การค้นหาคู่สมรส - หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำการฝากครรภ์เร็ว ครบ คุณภาพ , ภาวะโภชนาการ , การเฝ้าระวัง Early Warning Sign โดยแกนนำจิตอาสาสุขภาพชุมชน ที่เชื่อมโยงกับทีม 3 หมอ 3) เสริมสร้าง HL ในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลัก และครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ ทั้งในสถานบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ (ANC) , คลินิกสุขภาพเด็กดี (WWC) และศูนย์เรียนรู้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน (สุขศาลา) ผ่านการใช้คู่มือ DSPM ภายใต้กิจกรรม “กิน - กอด - เล่น - เล่า - นอน - เฝ้าดูฟัน และเฝ้าระวังพัฒนาการ” และ 4) การติดตามเยี่ยมบ้านเสริมสร้าง HL ต่อเนื่อง ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ , หญิงหลังคลอด และเด็กที่มีปัญหาเสี่ยงในชุมชน¹³

5. เพิ่มทักษะการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่แม่และเด็กที่มีคุณภาพ (Building Capacity) โดยการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ แก่คณะทำงานระดับอำเภอ/ตำบลต้นแบบ (ครู ก) จำนวนอำเภอละ 5 คน และแกนนำจิตอาสาสุขภาพชุมชน (ครู ข) ตำบลละ 15 - 20 คน ในตำบลต้นแบบ เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ,แนวทางมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus , การใช้คู่มือ DSPM ,ทักษะการเลี้ยงลูกแบบมีส่วนร่วม ,มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการจัดให้มีลานเล่นตามรอยพระยุคลบาทในชุมชน โดยการสนับสนุนให้พื้นที่ตำบลต้นแบบมี “ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท” อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง ทั้งในชุมชน (สุขศาลา) ,สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ,โรงเรียนอนุบาล ,โรงเรียนประถมศึกษา และสถานบริการสาธารณสุข และการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีการส่งเสริมให้แต่ละพื้นที่มีกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (โสเหล่ โสสร้างสรรค์) ในแต่ละประเด็นตามช่วงวัย ตั้งแต่กลุ่มหญิงเจริญพันธุ์อายุ 15 - 34 ปี ,กลุ่มหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด ,กลุ่มเด็ก 0 - 2 ปี และกลุ่มเด็ก 2 - 5 ปี รวมถึงการสนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice องค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยี ในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด และในทุกปีจะมีก็จัดให้มีการประกาศยกย่องเชิดชูเกียรติ ต้นแบบที่ดี และสรุปผลการดำเนินงาน

4. การประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation) จากการประเมินกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็กจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยเพื่อเสริมสร้างระดับสติปัญญาเด็กของจังหวัดกาฬสินธุ์ภายใต้แผนงานเชิงยุทธศาสตร์และตามประเด็นมุ่งเน้นของคำรับรองการปฏิบัติราชการ ตั้งแต่ปี 2561 - 2564 ผ่านโครงการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต สู่เด็กพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ,โครงการเด็กปฐมวัยกาฬสินธุ์ IQ เด่น เล่นตามรอยพระยุคลบาท ,โครงการเสริมสร้างชุมชนร่วม

ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ และโครงการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ ตามลำดับ โดยจังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีการยกระดับการเสริมสร้างระดับสติปัญญา (IQ) เป็นวาระการพัฒนาาร่วมกันของจังหวัดสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อำเภอและตำบล มีการบูรณาการใช้งบประมาณจากท้องถิ่นและงบตามโครงการพระราชดำริ และยกระดับการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพตามช่วงวัยตั้งแต่ต้นน้ำ ได้แก่ กลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ ,กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ,กลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลัก ในรูปแบบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน โดยมีอำเภอนำร่องโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM family – mediated Preschool Parenting Program : Triple P) จำนวน 1 อำเภอ ,มีตำบลต้นแบบ “ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตคุณภาพ” จำนวน 54 ตำบล ซึ่งในตำบลต้นแบบฯ จะประกอบด้วย เป็นตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันพลัส ,ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ,มีพื้นที่ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท และมีตัวอย่าง Best Practice เช่น มีรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 54 ตำบล ,มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบในการใช้หลักสูตร “High Scope” จำนวน 1 แห่ง และมีโรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนแบบ “ Montessori & High Scope & Phonics ” จำนวน 1 แห่ง ส่งผลให้กลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ และการบริการที่ครอบคลุมมีคุณภาพมากขึ้น เห็นได้จากผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสติปัญญา มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นลำดับ จากการพัฒนาผลงานตามกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็กจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลลัพธ์ที่เป็นผลงานที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้ ซึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ได้พิจารณาตาม 4 ปัจจัยหลักสำคัญของการอนามัยโลกที่ชี้ให้เห็นว่าเป็นปัจจัยหลัก

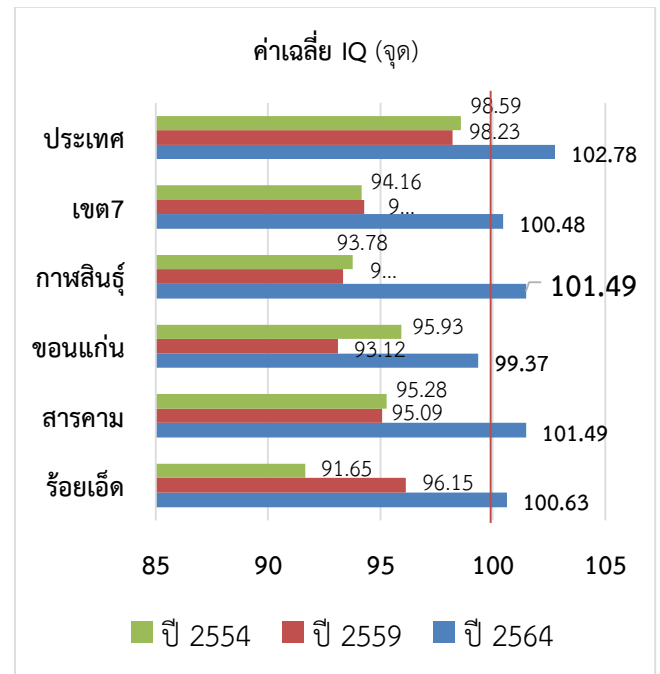
สำคัญที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก ได้แก่ 1) ธาตุเหล็ก 2) สารไอโอดีน 3) ส่วนสูงของเด็ก และ 4) การเลี้ยงดู และเมื่อพิจารณาจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว จากข้อมูลปี 2561 – 2564 พบว่า 1) ค่ามัธยฐาน ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เป้าหมาย > 100 จด เท่ากับ 117.9, 164.2, 154.6 และ 198.6 ไมโครกรัม ต่อลิตร (เกณฑ์ ≥ 150) 2) ภาวะโลหิตจางในหญิง ตั้งครรภ์ผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 14.3, 14.4, 14.4 และ 13.3 (เกณฑ์ < 16) 3) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 6.0, 6.6, 5.9 และ 6.0 (เกณฑ์ < 7) 4) เด็กแรกเกิด – 6 เดือน กินนม แม่อย่างเดียวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 69.3, 75.3, 76.2 และ 78.0 (เกณฑ์ ≥ 50) 5) เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.8, 46.0, 74.9 และ 73.9 (เกณฑ์ ≥ 70) 6) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.4, 56.5, 68.2 และ 66.1 (เกณฑ์ ≥ 62) 7) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 97.3, 98.4, 91.9, และ 98.1 (เกณฑ์ ≥ 85) ตามลำดับ² และ 8) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปี 2554, 2559 และ 2564 เท่ากับ 93.78, 93.33 และ 101.49 จุด (เกณฑ์ > 100) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 7 ร่วมกับจังหวัดมหาสารคาม³ ดัง แสดงตามแผนภูมิที่ 1 และ 2



ภาพประกอบที่ 1 แสดงค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีน ในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ (ก่อนได้รับยาเม็ดเสริม

ไอโอดีน) จังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้อมูลเปรียบเทียบรายปี จากปี 2554 – 2564)

ที่มา : ข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปี 2564¹⁴



ภาพประกอบที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดกาฬสินธุ์ (เปรียบเทียบกับระดับเขตสุขภาพที่ 7 และ ระดับประเทศ จากปี 2554 – 2564)

ที่มา : ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ปี 2554, 2559 และ 2564³

5) การประเมินด้านผลกระทบ (Impact Evaluation) จากผลการพัฒนากระบวนการมี ผลลัพธ์ที่สะท้อนผลกระทบเชิงบวก เกิดกระแสการ พัฒนาคนกาฬสินธุ์ ให้มีคุณภาพในวงกว้าง คือ เด็ก กาฬสินธุ์ที่เกิดมาเป็น “ลูกหลานพระยาชัยสุนทร” ต้องเก่ง ดี มีสุข สติปัญญาดี (IQ เด่น) โดยเกิดกลไก ต้องเก่ง ดี มีสุข สติปัญญาดี (IQ เด่น) โดยเกิดกลไก บเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) และนำสู่การปฏิบัติที่เข้มแข็งด้วย กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) และความร่วมมือระหว่าง 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ สาธารณสุข ศึกษาธิการ มหาดไทย และพัฒนา



สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยจะเห็นได้ว่า กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด มีความรอบรู้สุขภาพ เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์และบริการที่ครอบคลุมมีคุณภาพมากขึ้น โดยข้อมูลปี 2561 - 2564 พบว่า อัตราตายมารดาตลกลง เท่ากับ 0, 30.5, 31.4, 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (เกณฑ์ <17) และในปี 2565 ยังไม่พบมารดาตาย, หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 78.9, 82.2, 84.0 และ 79.1 (เกณฑ์ ≥ 75) และอัตราคลอดมีชีพในหญิง 15 - 19 ปี ลดลง เท่ากับ 44.0, 33.4, 23.7 และ 23.5 ต่อประชากรหญิง 15 - 19 ปี พันคน (เกณฑ์ <27) ตามลำดับ² รวมถึงกลุ่มเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ได้รับการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการ และโภชนาการตามช่วงวัยอย่างต่อเนื่อง และผู้ปกครองมีทักษะการเลี้ยงดูแบบมีส่วนร่วม รวมถึงความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่มีกลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ มีจุดมุ่งเน้นและเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน เกิดการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และนำสู่การปฏิบัติระดับชุมชน/หมู่บ้านที่เข้มแข็ง โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โดยชูประเด็นการพัฒนา “IQ เด็กกาฬสินธุ์” เป็นประเด็นที่มุ่งเน้นในการร่วมพัฒนาและการบูรณาการความร่วมมือทุกระดับ ผ่านแนวคิด “มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน”⁸ ในระดับตำบลที่เข้มข้น ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว และมีการกระบวนการสร้างพลังภาคีเครือข่ายระดับชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. หมอประจำบ้าน แกนนำจิตอาสาชุมชนและครอบครัว ที่มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เกิดเป็นตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สามารถขยายผลความสำเร็จสู่การเรียนรู้ของพื้นที่อื่นได้ นอกจากนี้ ได้มีการขยายผลและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นในการร่วมพัฒนาเด็ก

ได้แก่ สมาคมแม่บ้านสาธารณสุขสาขากาฬสินธุ์ ได้มีโครงการร่วมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (พาเล่นและเล่นิทาน) จำนวน 18 อำเภอ โดยนำร่องต้นแบบ 4 อำเภอ ได้แก่ อ.เมืองกาฬสินธุ์ กมลาไสย คำม่วง และสามชัย ส่วนหน่วยงานด้านการศึกษาร่วมบูรณาการในสาระการเรียนรู้ในหลักสูตรเพศวิถีศึกษา อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันภาวะชิต การป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน สาวไทยแถมแดง การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ เป้าหมาย คือ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นนักเรียนนักศึกษาในสถานศึกษา รวมถึงการจัดให้มีลานเล่นในโรงเรียน และการร่วมคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมขยายผลโดยการสนับสนุนงบประมาณ จัดให้มีลานเล่นในชุมชน สนับสนุนนม ไข่ เกลือเสริมไอโอดีน ทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด และเด็กปฐมวัย สำหรับกลุ่มเปราะบางที่เป็นทั้งกลุ่มสตรีและเด็ก จะมีหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และพัฒนาชุมชน ร่วมให้ความช่วยเหลือในแต่ละมิติที่เป็นปัญหา

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาและผลการประเมินกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็กกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณาจาก 4 ปัจจัยหลักสำคัญขององค์การอนามัยโลกที่ชี้ให้เห็นว่าเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก ได้แก่ 1) ธาตุเหล็ก 2) สารไอโอดีน 3) ส่วนสูงของเด็ก และ 4) การเลี้ยงดู พิจารณาจากข้อมูลปี 2561 - 2564 พบว่า 1) ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เท่ากับ 117.9, 164.2, 154.6 และ 198.6 ไมโครกรัมต่อลิตร (เกณฑ์ ≥ 150) 2) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 14.3, 14.4, 14.4 และ 13.3 (เกณฑ์ <16) 3) เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.8, 46.0, 74.9 และ 73.9 (เกณฑ์ ≥ 70) 4) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้น

ร้อยละ 49.4 ,56.5 ,68.2 และ66.1 (เกณฑ์ ≥ 62)² ที่มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ และส่งผลให้เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 97.3 , 98.4 , 91.9 , และ 98.1 (เกณฑ์ ≥ 85) ตามลำดับ² และเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากปี 2554 ,2559 และ 2564 เท่ากับ 93.78 , 93.33 และ 101.49 จุดตามลำดับ³ ซึ่งก็มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ เนื่องด้วยจังหวัดกาฬสินธุ์ได้จัดให้มีโครงสร้างการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการทุกระดับเป็นเชิงบูรณาการที่มีเป้าหมายหลักร่วมกัน คือ การพัฒนาคนกาฬสินธุ์ โดยใช้ประเด็น “IQ เด็กกาฬสินธุ์” เป็นประเด็นร่วมในการพัฒนา และใช้ชุมชน/ตำบลเป็นฐานรากในการพัฒนา เป้าหมายการพัฒนาาร่วม คือ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลัก โดยให้ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning Process) ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา การร่วมรับรู้ การร่วมวางแผน การร่วมดำเนินการ และการร่วมประเมินผล เพื่อมุ่งเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างชุมชนท้องถิ่น เป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ ขยายวงกว้างสู่สังคมรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Societies)¹³ จนเกิดนวัตกรรมเชิงกระบวนการในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อเสริมสร้าง IQ เด็กกาฬสินธุ์ ที่เน้นตามแนวคิดของการ “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกดูฟัน และฝึกระวังพัฒนาการ” ในลักษณะของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน ส่งผลให้ภาครัฐและครอบครัวลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มที่มีปัญหาสามารถส่งผ่านสุขภาพดีในช่วงวัยต่อไปอย่างมีคุณภาพ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเริ่มจากต้นน้ำ ได้แก่ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในพื้นที่ของตนเอง ต้องได้รับสิทธิหรือชุดสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง เพื่อเตรียมพร้อมสู่การตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ จนถึงเด็กเกิดมา มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย รวมถึงการส่งต่อเพื่อการดูแลหากเกิดความเสียหายทางสุขภาพและได้รับ

บริการตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมต่อเนื่องผ่านรูปแบบ “การพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” ที่ชุมชนสามารถเรียนรู้และพึ่งตนเองด้านงานอนามัยแม่และเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูหลัก และเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลส่งเสริมสุขภาพในช่วงการเริ่มตั้งครรภ์จนถึงเด็กอายุ 5 ปี มีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต เนื่องจากการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ จนถึง 2 ปี เป็นช่วงเวลาสำคัญของการพัฒนาสมองและมีการเจริญเติบโตของร่างกาย อันจะส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเจริญเติบโต ความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในระยะยาว¹⁵ เนื่องด้วยความสามารถทางสติปัญญา (Intelligent Quotient : IQ) เป็นคุณลักษณะหรือพฤติกรรมที่สะท้อนเข้าปัญญา ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ การจำ การคิดอย่างมีเหตุผล การตัดสินใจ ความสามารถทางการสื่อสาร ซึ่ง IQ เป็นตัวทำนายความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กได้ และเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถถูกพัฒนาให้ดีขึ้นได้ตามศักยภาพของเด็ก ซึ่งหากได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามวัย โดยเฉพาะช่วงปีแรกอย่างถูกต้อง จะทำให้สติปัญญาพัฒนาขึ้นอย่างเต็มศักยภาพ¹⁶ เพราะฉะนั้น มารดาที่พร้อมจะตั้งครรภ์รวมถึงหญิงตั้งครรภ์จำเป็นจะต้องได้รับธาตุเหล็กและสารไอโอดีนอย่างเพียงพอ เพราะหากได้รับไม่เพียงพอจะส่งผลให้เด็กขาดสารไอโอดีนตั้งแต่กำเนิดและหากมีการขาดอย่างต่อเนื่องจนถึงอายุ 3 ปี จะทำให้มีระดับสติปัญญาน้อยกว่าที่ควรจะเป็นตามศักยภาพถึง 10 - 15 จุด¹⁵ เนื่องจากสารไอโอดีนมีความสำคัญและจำเป็นต่อร่างกาย เพราะเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นในการผลิตฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ ที่มีชื่อว่า “ธัยร็อกซิน” ซึ่งฮอร์โมนนี้จำเป็นสำหรับควบคุมการทำงานที่เสริมความเจริญเติบโตตามปกติของสมอง ระบบประสาท และเนื้อเยื่อของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่งคลอด

โดยทารกในครรภ์จะรับฮัยรอยด์ฮอร์โมนโดยตรงจากมารดาผ่านรกมาควบคุมการเจริญพัฒนาการของสมองเด็ก โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ถ้าแม่ขาดสารไอโอดีนจนเกิดภาวะพร่องฮัยรอยด์ฮอร์โมน เด็กก็จะขาดฮอร์โมนตามไปด้วย การพัฒนาการของสมองทารกในครรภ์จะผิดปกติ ส่งผลให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ อาจทำให้ทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือแท้ง พิการแต่กำเนิดหรือปัญญาอ่อน หรือที่เรียกว่าเป็น “โรคเอ๋อ” สอดคล้องตามรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ว่า การขาดสารไอโอดีนเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการทำให้คนปัญญาอ่อน ซึ่งเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีปัญหาฮัยรอยด์มักจะมีระดับสติปัญญาดำกว่า 85¹⁵

นอกจากนี้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการในสองปีแรกของชีวิต ทั้งภาวะอ้วน เตี้ย และผอม เป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางต่อพัฒนาการและสติปัญญาเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรวิรัช นาคทรพร เรื่อง ทางเสียง ทางสร้าง พลังปัญญาไทย ข้อค้นพบจากโครงการวิจัยการติดตามสภาวะการมีไอคิวและอีคิวเด็กไทย พบว่า ปัจจัยภายนอกที่ถือว่าจำเป็นต่อการพัฒนาไอคิวและอีคิวของเด็กอย่างยิ่ง ซึ่งโดยมากจะขาดเสียไม่ได้ ได้แก่ 1) เรื่องพันธุกรรม 2) โภชนาการ 3) ครอบครัวและการเลี้ยงดู 4) สิ่งแวดล้อมและสื่อ 5) การศึกษาและการเรียนรู้ 6) ค่านิยม สังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น¹⁶ ซึ่งภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลให้เด็กเรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติปัญญาดำ ภูมิต้านทานโรคบกพร่อง เจ็บป่วยบ่อย เป็นนานและรุนแรง ถ้าเด็กสูงตีสมีส่วนก็จะมียระดับสติปัญญาที่แตกต่างจากเด็กที่มีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ประมาณ 6 จุด¹⁵ และยังมีผลกระทบเมื่อส่งผ่านไปกลุ่มวัยทำงานที่เป็นผู้ใหญ่ คือ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค NCDs มากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และอีกหนึ่งปัจจัยที่มีปัญหาและส่งผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก คือ การเลี้ยงดู¹⁶ ซึ่งผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่จะเป็นปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติพี่น้อง ยังขาดความรู้เรื่องส่งเสริมภาวะโภชนาการ พัฒนาการ รวมถึงพฤติกรรมและทักษะการเลี้ยงดู

เด็กที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเล่นในครอบครัวที่เด็กได้รับและพฤติกรรมส่วนบุคคลในการเรียนการเล่นและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก เป็นความสำคัญของบทบาทการเลี้ยงดูของพ่อแม่ต่อการพัฒนาไอคิวอีคิวเด็ก ซึ่งปัจจัยด้านครอบครัวและการเลี้ยงดู พบว่าเด็กกลุ่มที่ไอคิวและหรืออีคิวสูงได้รับการดูแลและปฏิบัติในครอบครัวมากกว่าหรือบ่อยครั้งกว่ากลุ่มที่ไอคิวและหรืออีคิวต่ำอย่างมีนัยสำคัญรวม 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การได้รับการกอดจากพ่อแม่บ่อยๆ เพราะปัจจัยจากครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการกอดรัดสัมผัสไปจนถึงการเล่นด้วยกันและการพูดคุยกันในช่วงที่เด็กกำลังอยากรู้อยากเห็นนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นการพัฒนาสมองและอารมณ์ของเด็ก และสอดคล้องกับงานวิจัยมากมายในต่างประเทศ โดยเฉพาะการกอดและการสัมผัสนั้นเป็นที่รับรู้กันมานานแล้วในนามของ “ทฤษฎีการกอด” (Hugging Theory) ที่เชื่อว่าการกอดกันเป็นทั้งการกระตุ้นพัฒนาการทางร่างกายและสมองโดยรวม และทั้งเป็นการให้ประสบการณ์การเรียนรู้ทางอารมณ์ที่ดีแก่เด็กด้วย¹⁶ 2) การที่ได้มีโอกาสเล่นกับพ่อแม่ 3) การได้มีเรื่องราวต่างๆ มาถามคำถามกับพ่อแม่ และ 4) รวมถึงการที่พ่อแม่มักจะสอนให้ตนรู้จักวางแผน โดยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไอคิวและหรืออีคิวไอคิวและหรืออีคิวไอคิวและหรืออีคิวต่ำ พบว่า มีความแตกต่างกันชัดเจน โดยกลุ่มที่มีไอคิวและหรืออีคิวสูงมีค่าเฉลี่ยการได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวตามลักษณะทั้ง 4 ประการข้างต้นอยู่ในช่วงร้อยละ 67 ถึง 90 ในขณะที่เด็กไอคิวและหรืออีคิวต่ำจะมีค่าเฉลี่ยการได้รับพฤติกรรมนั้นๆ ในครอบครัวอยู่ในช่วงเพียง 56 ถึง 70 เท่านั้น¹⁶ ส่วนบทบาทของครูและสถานศึกษา พบว่า เด็กกลุ่มที่ไอคิวและหรืออีคิวสูงมีพฤติกรรมการเล่น การเรียน และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่แตกต่างจากกลุ่มที่ไอคิวและหรืออีคิวต่ำอย่างมีนัยสำคัญอีก 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การชอบเล่นเกมประเภทค้นหาความแตกต่างของรูปภาพ 2) การชอบเล่นเกมตอบปัญหาโดยจับเวลา 3) การมีพฤติกรรมพอใจเพื่อนเวลาเพื่อนไม่สบายใจ และ

4) การขอเรียนคณิตศาสตร์¹⁶ สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาไอคิวของจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ส่งเสริมให้มีลานเล่นและการเล่นตามรอยพระยุคลบาท ทั้งในชุมชน สถานบริการ และในสถานศึกษา ตามแนวคิดของการ “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกดุพิน และฝึกระวังพัฒนาการ” ที่เป็นประเด็นในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การรณรงค์ให้พ่อแม่และผู้ปกครองตลอดจนครูผู้ดูแลเด็กได้เข้าใจบทบาทของตนในการส่งเสริมการพัฒนาสติปัญญาของเด็กอย่างถูกทาง ในส่วนของพ่อแม่ผู้ปกครองนั้น การให้ความรักความอบอุ่น การมีปฏิสัมพันธ์กับลูก การส่งความคิด การเรียนรู้ ตลอดจนการดูแลโภชนาการ และการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการมีเวลาพูดคุยให้ความเอาใจใส่แก่กัน นับเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ควรรณรงค์ให้พ่อแม่ผู้ปกครองให้ความสำคัญมากขึ้น ในส่วนของโรงเรียน สถานศึกษา สามารถพัฒนาหรือเน้นหนักให้มากขึ้นอีกหลายด้าน เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ด้วยเยาว์ที่น้ำจะส่งผลดีต่อสติปัญญาเด็ก การเรียนผ่านการเล่นเกม การส่งเสริมระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในชั้นเรียน ตลอดจนการช่วยเหลือฝึกอบรมให้ครูรุ่นใหม่ได้มีความเข้าใจในเรื่องนี้ให้มากขึ้น¹⁶ รวมถึงการผลักดันผ่านเวทีการประชุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ชุมชนและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทครอบครัวในการสนับสนุนการพัฒนาสติปัญญา ทั้งการผลักดันโครงการระดับท้องถิ่น การสนับสนุนงบประมาณ เป็นต้น ซึ่งการที่จะส่งเสริมการพัฒนา

สติปัญญาของเด็กให้สูงขึ้นนั้น การดำเนินการเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ได้ ทุกฝ่ายทั้งพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมถึงครูต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง มีการลงมือปฏิบัติด้วยความรู้ความเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนและผลักดันให้เรื่องการพัฒนาสติปัญญาของเด็กให้เป็นวาระการพัฒนาาร่วมกัน อันจะทำให้กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็กที่มีพลังเข้มแข็ง เด็กรุ่นใหม่เปี่ยมด้วยความดี ความเก่ง และความสุขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิชัย ภิมานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.สม นา สอ้าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) และดร.สุภัทรา สามัง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่เอื้ออำนวยในการดำเนินงาน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (Child Project Manager) ทุกหน่วยบริการ ที่ได้ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงานจนบรรลุตามเป้าประสงค์ และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ร่วมเรียนรู้การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564 – 2570. กรุงเทพฯ. บริษัท พรักหวานกราฟฟิค จำกัด ; 2564.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข HDC : Health Data Center ; 2565.
3. จันทร์อาภา สุขทัพพ์. การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564 (ฉบับปรับปรุง) “เดิหน้า สร้างเด็กไทย ไอคิวดี”. กรุงเทพฯ. สถาบันราชานุกูล ; 2565.
4. Stufflebeam, Daniel L. Educational Evaluation and decision Making. Illinois : F. E. Peacock Publishing ; 1971.
5. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. รายงานกรณีศึกษา การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. กาญจนา วัฒนสุนทร. การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของสตีฟเฟิลบีมในการประเมินโครงการทางการศึกษา. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2551.



7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Development Surveillance and Promotion Manual : DSPM). กรุงเทพฯ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2562
8. วรวิทย์ พึ่งพันธ์ ,วารภรณ์ จิตอารี และภาพิมล บุญอึ้ง. แนวทางการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สูง 2,500 วัน. นนทบุรี. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ; 2565
9. สายพิน โชติวิเชียร. เอกสารการนำเสนอ “แนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคขาดสาร”ไอโอดีน. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.
10. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. บริษัท พรักหวานกราฟฟิค จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 1 ; 2562.
11. ประเสริฐ บุญเกิด. เล่นตามรอยพระยุคลบาท. สถาบันส่งเสริมอัจฉริยภาพและส่งเสริมการเรียนรู้ สำนักการบริหารและพัฒนา องค์ความรู้. บริษัท พลัสเพรส จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 2 ; 2556.
12. สำนักงานนัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ พ.ศ. 2560 - 2562. ชุมชุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ ; 2560.
13. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ. ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์ ; 2564. 285 หน้า
14. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2565. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พิมพ์ครั้งที่ 1 ; 2566.
15. ปาลิตา พูลเพิ่ม ,สิรินธร นิลวรรณภา และคณะ. เริ่มต้นอย่างไร ทำอะไรกันบ้างแล้ว. โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2561.
16. อมรวิทย์ นาคทรพ. ทางเสียง ทางสร้าง พลังปัญญาเด็กไทย ข้อค้นพบจากโครงการวิจัยการติดตามสภาวะการนไอคิวและอีคิว เด็กไทย. วารสารราชานุกูล ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 ; 2551.

ผลการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle
Aspiration (FNA) ต่อระดับความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก
หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The effect of providing information via video media for preparation before Fine Needle
Aspiration (FNA) surgery on the level of knowledge and satisfaction of patients
receiving services at the Ear, Nose and Throat Outpatient, Kalasin Hospital.

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 26,2023)

บวรลักษณ์ อินทรประจง¹

Bowonlak Intharaprajong

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาของผลการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ต่อระดับความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมโดยสื่อวีดิทัศน์ และศึกษาความพึงพอใจหลังได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง จำนวน 28 คน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระ (t-test for dependent samples) และคะแนนความพึงพอใจใช้ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนการรับชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
คำสำคัญ : สื่อวีดิทัศน์ เตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด Fine Needle Aspiration (FNA) ความรู้ ความพึงพอใจ งานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the effect of providing information via video media for preoperative preparation by Fine Needle Aspiration (FNA) on the level of knowledge and satisfaction of patients receiving services at the ENT (Ear, Nose and Throat) outpatient setting. Kalasin Hospital To compare knowledge before and after being prepared by video media. and to study satisfaction after obtaining information of preoperative patients by Fine Needle Aspiration (FNA) method, Department of Ear, Nose and Throat, Kalasin Hospital. It is a quasi-experimental research. One group tested before and after a total of 28 people. by using video media and collecting data by using personal data record form form of knowledge and a satisfaction assessment form Comparison of the differences in knowledge scores before and after watching video media. The t-test for dependent samples was used for statistical analysis and the satisfaction score was used as the mean.

The results showed that patients who were prepared before surgery with video media. The average knowledge score after watching the video media was higher than before watching the video media with a statistical significance of 0.05 and the average satisfaction was at a high level.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



Keywords: video media Preparation before surgery, Fine Needle Aspiration (FNA), Knowledge, Satisfaction, Ophthalmology, Ear, Nose and Throat

บทนำ

เมื่อบุคคลประสบกับความเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะประสบกับความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ^{1,3} อีกทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เกิดความรู้สึกหวาดกลัว วิดกกังวล สับสน จนไม่อยากเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะด้วยวิธีการผ่าตัด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นอาจมีสาเหตุมาจากที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด และการปฏิบัติตนหรือการดูแลตนเองทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดอย่างเพียงพอ⁴ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีก้อนเนื้อและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อการวินิจฉัยด้วยการผ่าตัด Fine Needle Aspiration (FNA) ในฐานะพยาบาลที่ให้บริการการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับทราบผลการตรวจร่างกายและแผนการรักษาของแพทย์มักคิดคาดการณ์ไปหลายอย่าง คิดว่าเป็นมะเร็ง กลัวที่จะรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นทั้งในระยะที่รับทราบผลตรวจร่างกายว่าผิดปกติ ระยะที่รับทราบแผนการรักษาของแพทย์ ระยะรอทำหัตถการ และระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยมักพยายามที่จะถ่วงเวลาไม่มาตามนัดหรือหลีกเลี่ยงการมาพบแพทย์ ทำให้ได้รับการรักษาที่มีการลุกลามของโรค เกิดความรู้สึกอายนในสภาวะของตนเอง อึดอัดใจในการดำเนินชีวิต ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ

การผ่าตัดจึงถือเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กกลาง หรือการผ่าตัดใหญ่ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผ่าตัดโดย

วิธีการฉีดยาเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก จะมีความวิตกกังวล⁵ เนื่องจากความไม่คุ้นเคยและมีเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดน้อย Bally, Campbell, Chesnick, & Tranmer อ้างถึงใน⁶ ช่วงระยะเวลาในขณะที่นั่งรอผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความคิดคาดการณ์ กังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สะดวกสบาย และกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น⁷ ความวิตกกังวลจากการผ่าตัดเกิดได้หลายสาเหตุ ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึก การไม่รู้รู้สึกตัว ความปวดจากการผ่าตัด ความไม่สะดวกสบาย Carr, Brockbank, Allen, Strike อ้างถึงใน⁸

จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกมีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด⁹ และระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และในระหว่างผ่าตัด^{8,10} โดยเฉพาะระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการรับรู้การผ่าตัดที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ถึงสัมผัสของแพทย์ที่กำลังผ่าตัด การมองเห็นการผ่าตัด ความรู้สึกปวดจากการฉีดยาชาความปวดที่เกิดระหว่างผ่าตัดหากจำนวนยาชาไม่พอ และสภาพสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด¹¹

ความวิตกกังวล (Anxiety) จากการผ่าตัดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม ไม่มีความมั่นคง ไม่มีความปลอดภัย เกิดความกดดัน รู้สึกตึงเครียด กระวนกระวายไม่สบายใจ ความสนใจและการรับรู้ข้อมูลใหม่ลดลงระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น โดยประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นหัวใจและการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น

พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงการให้บริการ

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ในการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการลดความวิตกกังวลหรือให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล โดยวิธีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory Information) ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในบทบาทของพยาบาล จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่ง อันเป็นบทบาทอิสระที่ทำนายของพยาบาลมีการประสานความรู้และความเชี่ยวชาญในตน ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ¹²

การให้ข้อมูล เป็นการสอนระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยผู้สอนจะมีกิจกรรมให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ดี ซึ่งมีวิธีการหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน¹³ โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจ หรือการรักษาที่ได้รับเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อการผ่าตัดหรือสถานการณ์ที่คุกคามทำให้สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (cognitive control) เกิดภาพรวมความคิด (mental image) และสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านมาได้ ทำให้สามารถควบคุมตนเอง แลควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลดลง[14] อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลัง

ผ่าตัด ช่วยลดอุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด¹³

การใช้สื่อการสอนช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีกว่าการสอนโดยไม่ใช้สื่อ และพบว่าการให้ความรู้โดยการสอนควบคู่ไปกับการใช้สื่อจะให้ผลดีที่สุด¹⁷ สื่อการสอนมีหลายรูปแบบแตกต่างกัน เช่น รูปภาพ สไลด์ ภาพยนตร์ วีดิโอและอื่น ๆ แต่ละชนิดมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน จึงควรเลือกให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการให้ความรู้ระดับความรู้ความสามารถของผู้เรียน เหมาะกับเวลา สถานที่ ใช้ได้สะดวก ประหยัด ปลอดภัย และผู้สอนต้องมีความสามารถและคุ้นเคยกับการใช้สื่อเป็นอย่างดีเพื่อประโยชน์สูงสุด[18]

สื่อประเภทเทปโทรทัศน์ หรือวีดิทัศน์นับว่าเป็นสื่ออย่างหนึ่งที่มีคนนิยมใช้มากทั้งในชีวิตประจำวัน และการศึกษา เนื่องจากมีข้อดีหลายประการที่เห็นได้ชัดเจนคือ สามารถฉายซ้ำเมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวน¹⁹ ซึ่งการวิจัยพบว่ามนุษย์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 83 ทางหู ร้อยละ 11 ทางจมูก ร้อยละ 3.5 ทางการสัมผัส ร้อยละ 1.5 และทางรสสัมผัส ร้อยละ 1²⁰

ดังนั้นการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทางตาและหู จึงเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้วีดิทัศน์ยังเป็นสื่อที่สะดวกในการใช้งาน และสามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่าง ๆ อย่างละเอียด สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง ทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาครบถ้วนคงที่ ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวีดิทัศน์พบว่าวีดิทัศน์มีประโยชน์ต่อการเรียนการสอนและการฝึกอบรมมาก เนื่องจากเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูงคือ มีทั้งภาพ สี และเสียงในเวลาเดียวกัน สามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้ดี

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการให้บริการข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผ่านสื่อวีดิทัศน์ จะเกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีได้

เมื่อข้อมูลที่ได้รับตรงความต้องการของผู้รับบริการหรือบรรลุลุจุดหมายในสิ่งที่ต้องการ ความรู้สึกในทางบวกที่เกิดขึ้นจากการประเมินบริการต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ เป็นความรู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งหากนำมาเป็นเกณฑ์ประเมินด้านผลลัพธ์จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถกำหนดคุณลักษณะของการบริการในการประเมินคุณภาพและบ่งชี้ความสำเร็จของการบริการ¹²

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีผู้สนใจศึกษาเรื่องผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ห่องผ่าตัด หู คอ จมูก ดังนั้นจากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องผลการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเตรียมพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัด Fine Needle Aspiration (FNA) ต่อระดับความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเตรียม

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมโดยสื่อวีดิทัศน์ของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด Fine Needle Aspiration (FNA) ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก แผนกหู คอ จมูก
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด Fine Needle Aspiration (FNA) ด้วยสื่อวีดิทัศน์

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยนอกแผนก หู คอ จมูก ก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine

Needle Aspiration (FNA) ด้วยสื่อวีดิทัศน์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 - มกราคม พ.ศ.2565

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) สำหรับสถิติ t-test เป็น 1 กลุ่ม ก่อนและหลังเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญ (ค่า α) เท่ากับ 0.05 ค่า Power เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 28 คน จากการคำนวณโปรแกรม G Power (version 3.1.9.2)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่ผู้ป่วยนอกแผนก หู คอ จมูก ที่ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 28 คน

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์ที่สร้างขึ้นเรื่องการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่บริเวณผู้ป่วยนอกแผนก หู คอ จมูก และแบบวัดความรู้เรื่อง ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด หู คอ จมูก ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความ

ตรงด้าน เนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2564 จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังจากได้รับอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์แล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหาร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือจากหัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในการประสานกับผู้วิจัยเมื่อมีผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยให้เข้ารับการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA)

2. หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) หู คอ จมูก กรณีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้เรื่องความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเรื่อง ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ภายหลังจากการทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบความรู้ แล้วจึงดำเนินการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เมื่อการรับชมสื่อวีดิทัศน์จบลงแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้อีกครั้ง และทำแบบประเมินความพึงพอใจหลังได้รับความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยสื่อวีดิทัศน์ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีและดำเนินการต่อกับกลุ่มตัวอย่างต่อไปเหมือนดังกล่าวย้ำจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดย แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ข้อมูลความรู้ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ด้วยสถิติทีไม่อิสระ (T-test for dependent Samples) ซึ่งเป็นค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว และได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังการชมสื่อวีดิทัศน์แจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการเตรียมผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.43 ช่วงอายุที่มารับบริการมากที่สุดคือ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาคืออายุในช่วง 41-50ปี คิดเป็นร้อยละ

28.57 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.43 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 53.57 รองลงมามีสถานภาพสมรสร้อยละ 39.28 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าจบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 และการประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาเป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 25

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 60.71 ไม่เคยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำก่อนผ่าตัดโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก คิดเป็นร้อยละ 75 มีประวัติโรค ประจำตัว จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 53.57 ได้แก่ โรคภูมิแพ้ 3 คน โรคความดันโลหิตสูง 4 คน โรคไขมันในเลือดสูง 2 คน ศีรษะไมเกรน 1 คน โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 2 คน โรคผิวหนัง โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ 1 คน โรคภูมิแพ้ตัวเอง (SLE) 1 คน และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 96.43

2 ข้อมูลความรู้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการชมสื่อวีดิทัศน์การทดสอบความรู้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการชมสื่อวีดิทัศน์พบว่ากลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการรับชมสื่อวีดิทัศน์ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 24 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.36 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.17 คะแนน และคะแนนทดสอบความรู้หลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.89 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.0 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์โดยใช้สถิติ Paired samples t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนการรับชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ด้วยสถิติ Pair t-test

การวัดความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p-value
ก่อนรับชมสื่อวีดิทัศน์	26	3	24	16.36	5.17	-6.95	0.000*
หลังรับชมสื่อวีดิทัศน์	26	18	26	23.89	2.0		

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คนภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์วีธีดำเนินการวิจัย ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก ด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีความพึงพอใจในระดับมากในทุก ๆ ด้าน โดยระดับคะแนนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68 -3.96 ซึ่งด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก มีระดับความ

พึงพอใจมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 รองลงมาคือ ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine

Needle Aspiration (FNA) ต่อระดับความรู้และความพึงพอใจใน ที่แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามผลการวิจัยและตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

การให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่มารับบริการที่แผนกผ่าตัด หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่สร้างขึ้น ช่วยทำให้ผู้รับบริการมีความรู้เพิ่มมากขึ้น จากผลการวิเคราะห์การทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เรื่องความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการรับชมสื่อวีดิทัศน์ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 24 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.36 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.17 คะแนน และคะแนนทดสอบความรู้หลังการ รับชมสื่อวีดิทัศน์ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.29 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.0

สำหรับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด แบบผู้ป่วยนอกในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของโนลส์มาใช้ในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด โดยมีความเชื่อว่าสามารถที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดนั้นผู้วิจัยได้ใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ มีความจำเป็นเฉพาะเจาะจง และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้องชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจด้านความวิตกกังวลลดลงตามทฤษฎีการปรับ ตัว (Self. regulatory model) ของ

Leventhal and Johnson¹⁴เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ความเข้าใจ (cognitive theory) โดยมโนทัศน์หลักของทฤษฎี คือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (cognitive structure) ที่มีความซับซ้อนสร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แบบแผนความรู้ความเข้าใจเป็นตัวชี้นำความสนใจของบุคคล เป็นแนวทางจัดเก็บข้อมูล การใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีระบบและเป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมถือว่าเป็นประสบการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจได้²² และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้เป็นสื่อการสอนที่จะนำความรู้ไปยังผู้ป่วย เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ที่ผ่านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทางตาและหู ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามนุษย์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 83 ทางหูร้อยละ 11 ทางจมูกร้อยละ 3.5 ทางการสัมผัสร้อยละ 1.5 และทางรสสัมผัสร้อยละ 1²⁰ จึงเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด สามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่าง ๆ อย่างละเอียด สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้งเมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวน¹⁹ทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาครบถ้วนคงที่ ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และหากผลลัพธ์ของการบริการข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่เกิดขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสามารถประเมินได้จากความคิดเห็นพึงพอใจในบริการที่ได้รับก็จะช่วยเป็นเกณฑ์ประเมินด้านผลลัพธ์ที่ทำให้ผู้ให้บริการสามารถกำหนดคุณลักษณะของการบริการ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพและบ่งชี้ความสำเร็จของการบริการ¹² ดังผลประเมินความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อยู่ในระดับที่ดีมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68 -3.96 จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้



บทสรุป

ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยวิธี Fine Needle Aspiration (FNA) ที่มารับบริการที่แผนกผ่าตัด หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจในข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลงานวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นต้นแบบเพื่อให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในการผ่าตัดทุกสาขาโรค ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และควรมีการศึกษาผลที่ได้รับว่าสามารถลดอัตราการงดเลื่อนผ่าตัดได้มากน้อยเพียงไร

เอกสารอ้างอิง

1. ชอลดา พันธเสนา. (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ใหญ่1 (ศัลยศาสตร์). สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์; 2542.
2. ประณีต ส่งวัฒนา. หลักการและแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ใน: ชอลดา พันธเสนา,(บรรณาธิการ). ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ (ศัลยศาสตร์). พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา:ซานเมือง การพิมพ์. 2544. หน้า 12-27.
3. สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และ วรณวิมล คงสุวรรณ.ความต้องการของญาติขณะผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วารสารห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 2544; 6(1): 42-51.
4. ดารัสณี โพสารส. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. กรุงเทพมหานคร: พี เพรส. 2546.
5. Mitchell, M. Anxiety Management: District- Nursing role in day surgery. Ambulatory Surgery 2000; 8:119-127.
6. ลัดดาวัลย์ รัตไพบูลย์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดร่วมกับสุขคนธบำบัดต่อความวิตกกังวลก่อนและระหว่างผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
7. รัตใจ เวชประสิทธิ์. สิ่งเร้าความเครียดการได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด.[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
8. Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P: Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynecological surgery. Journal of Clinical Nursing 2006; 15, 341- 252.
9. Mitchell, M: Patient anxiety and modern elective surgery [literaturereview]. Journal of Clinical Nursing 2003;12, 806-815.
10. ทวีธา มณีรัตน์. ผลของการฟังเทปเทคนิคหายใจผ่อนคลายร่วมกับเสียงดนตรีต่อระดับความวิตก (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
11. Mitchell, M. Conscious surgery: Influence Of the environment on patient anxiety. Journal of Advanced Nursing 2008; 64,261-271.
12. งามพิศ ธนไพศาล. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดและดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการวางสายล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวรโรงพยาบาลศรีนครินทร์ [รายงาน 64 การศึกษาอิสระปริญา]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
13. ยุวเรศ เสนาธรรม.การพัฒนาคุณภาพกระบวนการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
14. Leventhal, H. and Johnson, J. E. Laboratory and field experimentation development of a theory of Self-regulation. In: Wooldridge, P.T., Schmitt M.H., Leonard, R.C., & Skipper, J. k. (editor). Behavioral Science and Nursing Theory. St. Louis: TheC.V.Mosby; 1983; P. 189-260.
15. ขวัญชนก หัตถา. โครงการสอนผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้านหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก แบบภายใน [วิทยานิพนธ์ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.



16. เต็มดวง เสวตจินดา. สื่อการสอน.เอกสารประกอบการฝึกอบรม เรื่อง การเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา รุ่นที่ 6 1-4 พ.ศ. 2543.สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์. 2543.
17. ศรีประภา จันทรมศรี. ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
18. นที เกื้อกูลกิจการ. การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล.ภาควิชาการศึกษาพยาบาลและบริการพยาบาลคณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์; 2541.
19. กิดานันท์ มลิทอง. เทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโสตทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.2550.
20. นัทธมนต์ สายสอน. การเปรียบเทียบผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ และการสอนด้วยต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็ก โรคหอบหืด ([วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
21. ลัดดา อะโนศรี. ศึกษาผลของการให้ความร่วมมืออย่างมีแบบแผน ต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโลหิตจางอะพลาสติก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
22. Johnson J. E., & Lauver, D.R. Alternative explanations of coping with stressful experiences associated with physical illness. Advance in nursing science 1989; 11(2):39-52.



การพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนเป็นฐาน

Development of a health behavior modification model for the working population Community-based prevention of chronic non-communicable diseases.

(Received: June 25,2023 ; Revised: June 26,2023 ; Accepted: June 27,2023)

รัตนาวลี ภักดีสมัย¹

Rattanawalee Phakdeesamai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนเป็นฐาน ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยประกอบด้วยกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบาก ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มีนาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบบริการ และ 3) ประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) จากการศึกษาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานจำนวน 50 คน พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีรอบเอวเกิน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 มีระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 มีความดันโลหิตเกินเกณฑ์ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 ด้านพฤติกรรมพบมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เกินพอดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 2) กระบวนการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน ผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล จึงได้พัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐานและนำการฝึกสติแบบสั้นมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการฝึกสติแบบสั้น เมื่อวัดผลภายหลังดำเนินกิจกรรม 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมวิจัย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในด้านการลดหวาน มัน ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบภายหลังเข้าร่วมวิจัย พบว่า พบผู้รอบเอวเกินจากจำนวน 38 คน มีรอบเอวลดลง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.78 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 29.72

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การฝึกสติแบบสั้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ABSTRACT

This study is action research. by the community participating in the study The purpose of this study was to study the development of a community-based health behavior modification model for the working population in chronic non-communicable disease prevention. risk reduction community reduce chronic non-communicable diseases Participants in the research consisted of a group of working people who are at risk for chronic non-communicable diseases. Ban Bak Health Promoting Hospital Area Study period between March 2021 to September 2022. There were 3 phases of the research process, namely 1) situation analysis, 2) service system development, and 3) evaluation. The research tools consisted of a questionnaire on NCDs risk factors and behaviors. The research tools were the community-based health behavior modification model; Data analysis using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Research results: 1) from the study of causes And the risk factors that affect the health status of the working population of 50 people found risk factors, including having a waist circumference of 38 people,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจันทหาร

representing 76.0 percent, having a high blood sugar level of 31 people, representing 62.0 percent, having high blood pressure. The criteria were 37 people, representing 74 percent. In terms of behavior, there were behaviors that risk health, such as having less physical activity of 29 people, representing 58.0 percent, followed by Behavior of eating too sweet, oily, salty, 20 people, representing 40.0% 2) The process of developing a community-based health behavior change model The researcher studied and analyzed the data. Therefore, a community-based health behavior change model was developed and a short mindfulness practice was applied to change behavior. 3) The effect of using a community-based health behavior change model with training short mindfulness When measuring results after 3 months and 6 months of activities, it was found that the risk groups participating in the research There was a change in healthy behaviors in terms of reducing sugar and oily health outcomes. Found after joining the research, it was found that 38 people with excess waist circumference had reduced waist circumference, 6 people, representing 15.78%, were able to control their sugar levels, 9 people, representing 29.03%, were able to control their blood pressure to be within the normal range. 11 people, equivalent to 29.72%

Keywords: health behaviors, Health Behaviors changing, short mindfulness practice, chronic non-communicable disease

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ และยังส่งผลต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ในช่วงสองศตวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในขณะที่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการความชุกและอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี 2557 พบว่า คนไทยส่วนมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย และพบว่า ผู้หญิงไทย 1 ใน 4 คนอยู่ในเกณฑ์อ้วนลงพุง รวมทั้งเกือบร้อยละ 50 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีระดับไขมันในเลือดสูง และมากกว่าร้อยละ 20 ของคนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (กรมควบคุมโรค,2562) จากสถิติปี พ.ศ.2558 – 2560 พบว่าประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราการป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ33.10 ,

43.42 และ 30.20 ตามลำดับ โรคเบาหวานอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร จำนวน 568.16 , 730.94 และ 760.33 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,233.08 , 1,426.10 และ 1,504.45 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการดำเนินงานการควบคุมโรคไม่ติดต่ออัมพาตจึงหารพบว่าแนวโน้มของ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2559 – 2562 พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร จำนวน 1,992.85 , 2,114.52 , 2,401.51 และ 1,462.23 ตามลำดับ และพบอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร จำนวน 793.70 , 920.84 , 643.38 และ 948.86 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบาก พบกลุ่มประชากรวัยทำงานมีความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้น โดย พบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงจากปี 2559 – 2562 ดังนี้ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 16,21,34 และ 20 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 28,45,8 และ 14 ตามลำดับ (ระบบฐานข้อมูลสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด,2563)

ประชากรวัยทำงาน เป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตไม่เหมาะสมสะสมมานาน เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรส



หวาน มัน เค็ม มากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย สะสมความเครียด รับสารพิษเข้าสู่ร่างกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา รับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง ร่มควัน ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน และโรคมะเร็งทุกชนิดตามมา การป้องกัน และบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวทำได้ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การเสริมสร้าง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ให้แก่ประชาชนวัยทำงาน เป็นการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจ วางแผน จัดการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ และเพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผลที่ยั่งยืนจึงนำการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐานมาเป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานเชิงรุกสู่การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมครอบคลุมประชากรทั่วไปในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เพิ่มความสามารถบุคคลในการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติลดเสี่ยง สนับสนุนให้มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดโอกาสเสี่ยงและไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง ตลอดจนการเข้าถึงการบริการส่งเสริมเทคนิควิธีการปฏิบัติ มีการดำเนินการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน และสถานการณ์ปัจจัยสาเหตุ การวางแผน การเลือกกลยุทธ์ และกิจกรรมการดำเนินงาน การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามสถานการณ์ อย่างเหมาะสมกับปัญหา วิถีชีวิต และบริบทของชุมชน และเกิดความยั่งยืนซึ่งต้องอาศัยพลังของประชาชนเป็นรากฐาน และการมี

ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลางสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งผลให้ลดเสี่ยง ลดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้(1-3) นอกจากนี้ยังมีแนวทางที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น นั่นก็คือ การฝึกสติ เนื่องจากการฝึกสติช่วยให้บุคคลรับรู้สภาวะอารมณ์ การรู้จักตนเอง และการควบคุมตนเอง การควบคุมอารมณ์ ทำให้ช่วยให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมต่างๆได้ดีขึ้น⁽¹⁾

จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบาก จึงนำแนวทางในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมาพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนทั้งในกระบวนการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ และความต้องการการแก้ปัญหาในชุมชนร่วมวางแผน นำไปสู่ปฏิบัติในชุมชน เพื่อสร้างแกนนำ หรือต้นแบบด้านสุขภาพ เพื่อถ่ายทอดและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดีได้ และประชาชนสามารถจัดการตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention for NCDs Controlling : CBI NCDs) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564 ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 พื้นที่ศึกษาได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านบาก ตำบลผักแว่น อำเภोजังหาร
จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างดังนี้
ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 1) ประชากรวัย
ทำงานที่มีภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 50
คน 2) ผู้นำชุมชน อสม.จำนวน จำนวน 12 คน 3)
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
บาก จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการทบทวน
วรรณกรรม โดยมีเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ
สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้/เดือน และ
แบบวัดน้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต ดับ
น้ำตาลในเลือด

ส่วนที่2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิต
สูง ได้แก่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ประวัติการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสุขภาพ

2) โปรแกรมบันทึกการตรวจสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์
ดำเนินการโดย1) เก็บรวบรวมข้อมูลจาก
แบบสอบถามปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง และคัดกรองภาวะสุขภาพ 2)
สัมภาษณ์กลุ่มผู้นำชุมชน อสม.ถึงสาเหตุ ปัจจัย

เสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังของกลุ่มวัยทำงานในชุมชน
จำนวน 12 คน 3) สนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประกอบด้วย
พยาบาล 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1
คน อสม. ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน 4) ทำการ
ประชุมระดมสมอง และประชาคมเพื่อร่วมหา
แนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็น
ปัญหาในชุมชน และร่วมวางแผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัย
ทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้
ชุมชนเป็นฐาน โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการ
วิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุม
เชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้นำชุมชน และ อสม. ที่
เกี่ยวข้องและทำการประชุมระดมสมองเพื่อหาแนว
ทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน
ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน
กับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการ
สรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อ
วางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดำเนินการไป
พร้อมกับการพัฒนาปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน โดย
ประเมินจาก 1) แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ 2)
แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3)
แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย
ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตาม
วัตถุประสงค์ การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 41 คน คิด
เป็นร้อยละ 82.0 เพศชายจำนวน 9 คน คิดเป็น
ร้อยละ 18 พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีรอบเอวเกิน
จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 มีระดับน้ำตาลสูง
เกินเกณฑ์ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 มี

ความดันโลหิตเกินเกณฑ์ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 ด้านพฤติกรรมพบมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายน้อย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 58.0 เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ต่อเนื่อง รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เกินพอดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ข้อมูล ข้อมูลจากการสำรวจ และสัมภาษณ์ พบประชาชนส่วนใหญ่จะซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว และต้องเร่งรีบกับการทำงาน

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือก แนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ในระยะที่ 1 นำเสนอที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และได้แนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ 1) แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ 3 ส ร่วมกับนำกระบวนการฝึกสติแบบสั้นมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) พัฒนาบุคคลต้นแบบในชุมชน 3) พัฒนาแนวปฏิบัติ หรือสร้างมาตรการในชุมชน 4) ติดตามและประเมินผลการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ระยะนี้ได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ร่วมกับการฝึกสติแบบสั้น โดยเริ่มจากการคืนข้อมูลให้กับชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำ

ชุมชน อสม. และกลุ่มวัยทำงานที่มีความเสี่ยง ได้ทราบถึงสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อร่วมปรึกษาหารือ และประชุมระดมสมองหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด หาแนวทางร่วมกัน และสร้างให้ชุมชนมีมาตรการในการป้องกันโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน ชุมชนเลือกแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกปี และกลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ในการดำเนินงานขั้นพัฒนารูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมพัฒนากลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน ในเรื่องของการให้สุขศึกษาโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรค และเข้าใจถึงพฤติกรรมตนเองว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือไม่

2. อบรมเชิงปฏิบัติการ เรียนรู้เรื่องความเค็ม ความหวาน และความมัน และฝึกปฏิบัติในเรื่องของการปรุงอาหารแบบไหน ให้ลดหวาน มัน เค็ม มัน และกิจกรรมการฝึกสติ การมีสติในการกิน การมีสติในการเดิน และการมีสตินำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3. สร้างตัวแบบด้านสุขภาพ ในการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ตัวแบบปฏิบัติแล้วสามารถลดความเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการปฏิบัติตามการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการฝึกสติ

1) ประเมินผลหลังดำเนินโครงการ สิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 โดยทำการประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ในขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติสัปดาห์นั้น มีการปรับช่วงเวลาตามความเหมาะสม หรือความสะดวกของพื้นที่ เนื่องจาก ติดปัญหาผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมฝึกปฏิบัติได้ต่อเนื่องตามแผนที่จัดไว้ จึงให้ชุมชน

นัดเวลากับผู้เข้าร่วมวิจัย และแจ้งผู้วิจัย ทำให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมได้

2) การพัฒนาบุคคลต้นแบบ จากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ได้บุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เห็นผล เป็น อสม. จำนวน 1 คน บุคคลทั่วไป จำนวน 1 คน ที่สามารถเป็นแบบอย่างและถ่ายทอดทักษะการปฏิบัติสู่ผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นๆได้ สามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3) ประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโครงการ ทำการประเมินพฤติกรรม การรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หวาน มัน ลดลง ส่วนอาหารเค็ม และพฤติกรรมการรับประทาน เกลือยังสูงเนื่องจากผู้ร่วมวิจัยบางคนติดกับการ เดิมชรส ชอบรสชาติอาหารเค็ม

4) ประเมินผลด้านผลลัพธ์สุขภาพ เมื่อ สิ้นสุดโครงการและวัดผลหลัง 3 เดือน พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ พบผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีรอบ เอวลดลง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.21 ควบคุม ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 29.72 และควบคุมระดับ น้ำตาลได้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 24.32

5) ผลลัพธ์ด้านชุมชน เนื่องจากผู้วิจัยได้จัด กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยงลดโรค อย่างต่อเนื่อง จึงขยายออกไปในหมู่บ้านอื่นในเขต รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน บาก ได้รับความร่วมมือจากเทศบาลตำบลฝักแว่น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการซึ่ง อยู่ภายใต้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลฝักแว่น ให้ดำเนินการขยายผลใน ภาพรวมของตำบล เกิดบุคคลต้นแบบในระดับ พื้นที่มากขึ้น ประชาชนตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ ตนเองมากขึ้น เห็นได้จากการลุกมาทำกิจกรรมการ ออกกำลังกาย จัดกลุ่มการออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง แอโรบิก

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการฝึกสติ ที่ได้ พัฒนาขึ้น ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกลุ่มวัยทำงาน พบว่า กระบวนการป้องกันโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น จะช่วยให้ ชุมชนสามารถที่จะวินิจฉัยปัญหาของชุมชนตนเอง ได้ สามารถร่วมคิดค้น และวางแผนในการแก้ไข ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่ ระดับบุคคล ระดับ ชุมชน ได้ เกิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ สามารถทำได้ เข้ากับบริบทของชุมชน มีมาตรการ ของชุมชน⁽²⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการ สร้างชุมชนต้นแบบ " ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง โดยใช้คู่มือที่ดี ผูกเสี่ยว อสม." ที่พบว่าผล การใช้ชุมชนเป็นฐานได้เกิดมาตรการหมู่บ้าน ต้นแบบลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีมาตรการ ในชุมชน ให้ประชาชนได้ยึดเป็นแนวปฏิบัติ และ ภายหลังใช้มาตรการชุมชน ทำให้ประชาชนกลุ่ม เสี่ยงเบาหวานมีระดับน้ำตาลลดลง และประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลงอยู่ในระดับ ปกติ⁽⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน⁽⁵⁾ ด้านกิจกรรมการฝึกสติเป็น กิจกรรมที่เพิ่มทักษะในการเรียนรู้ การรับรู้ตนเอง การรู้ทันอารมณ์ และความคิด การมีสติ จะช่วยให้ ผู้ฝึกปฏิบัติสิ่งที่ทำเป็นปัจจุบัน สามารถควบคุม อารมณ์ได้ ช่วยให้ใจเย็นลง ลดความเครียดได้ สามารถช่วยในการลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ เช่น การ รับประทานอาหารในการกิน ปริมาณ รสชาติของอาหาร การต้องชิมอาหารก่อนปรุง การฝึกสติ ยังช่วยให้รู้ ในสิ่งที่ทำ ซึ่งกระบวนการนี้ช่วยให้กลุ่มเสี่ยง สามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไป ปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาผลของการฝึกสติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและ



สร้างเสริมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง คุณภาพ
ชีวิต การรับรู้สติในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น การ

ควบคุมอารมณ์ดีขึ้น และยังพบว่าความดันโลหิต
ขณะหัวใจคลายตัวลดลง 0.9-2 มม.ปรอท⁽⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

1. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์.(2563). สร้างสุขด้วยสติในองค์กร(Mindfulness in Organization:MIIO). นนทบุรี: บริษัท ปิยะนัฏพัฏฐกิจ จำกัด.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561) คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึด ชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). นนทบุรี: อีโมชั่น อาร์ต.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.(2561). คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). นนทบุรี: อีโมชั่น อาร์ต.
4. ณิชปรัชญา เรืองไชย.(2561). การสร้างชุมชนต้นแบบ " ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้คู่มือที่ดี ผูกเสี่ยว อสม.
5. การัญญา พรหมทอง อาภรณ์ ทิพย์บัวเพชร,ปิยะนุช จิตตานุนท์.(2020). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานอาหารโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน.วารสารสุขภาพ และ การศึกษา พยาบาล. 26(2):141-60.
6. พานทอง แสงประเสริฐ.(2561). การศึกษาผลของการฝึกสติต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลลูกดบ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย
The Development of Opisthorchis Prevention Model in KudBong Subdistrict,
Phonphisai District, Nongkhai Province.

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 26,2023)

สมจิตร บุญยง ¹

Somchit Boonyong ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลลูกดบ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มขับเคลื่อนอย่าง เป็นกลุ่มแกนนำในการขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 78 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุน กิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งภายหลังการพัฒนาส่งผลให้ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ การพัฒนาแบบแผน, การป้องกันโรค, โรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This research uses the action research model. To develop a prevention model for liver fluke disease in Kut Bong Subdistrict, Phon Phisai District Nong Khai Province driving group was the lead group in driving the liver fluke prevention model, consisting of 30 people and the outcome evaluation group was the liver fluke disease risk group, 78 people. Data were collected by questionnaires. and interview form Data were analyzed by descriptive statistics, namely number, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics Paired sample t-test, level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

The research results in The liver fluke prevention model consisted of 1) an analysis of liver fluke disease problems in the community 2) an activity to educate about liver fluke disease 3) a campaign activity to prevent liver fluke disease 4) a determination of community measures for liver fluke prevention 5) Establishment of cooperation among network partners in liver fluke prevention 6) Follow-up, supervision, and support of community activities 7) Performance evaluation 8) Exchange Learn how to prevent liver flukes. after development, the average score on knowledge, attitude, and practice was higher than before development. statistically significant

Keywords: model development, disease prevention, liver fluke disease

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกดบ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย



บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis Viverrini) และโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สำหรับประเทศไทย นับได้ว่ายังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน พบว่าคนที่เป็โรคพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปีข้างหน้า สถานการณ์ปัญหาความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อัตราความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุดของประเทศและมีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งจากข้อมูลประมาณ 113.4 ในเพศชาย และ 49.8 ในเพศหญิงต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และจากการประมาณการพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 20,000 คนต่อปี⁽¹⁾

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เกิดจากคนที่รับประทานปลา น้ำจืดชนิดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ การปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาร้าดิบ ซึ่งมีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับในระยะ meta cercariae ซึ่งเมื่อรับประทานเข้าไปตัวอ่อนจะฟักตัวออกมาและเคลื่อนที่ไปยังท่อน้ำดีซึ่งพยาธิจะสามารถอยู่ในร่างกายคนนั้นนานถึง 20 ปี ทั้งนี้ความรุนแรงของพยาธิใบไม้ตับเมื่ออยู่ในร่างกายยังก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดีซึ่งเป็นผลให้เกิดพยาธิสภาพของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีแล้วสามารถพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด ซึ่งหากคนที่ติดพยาธิเป็นเวลานานโดยที่ไม่รักษาจะมีโอกาสสูงที่จะเป็นมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ ผลกระทบของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ คือการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2560 พบอัตราตายของประชากรไทยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เท่ากับ 25.1 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายในเพศชายมากกว่า

เพศหญิง เท่ากับ 2.5:1 และมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ประมาณรายละ 500,000 บาท โดยพบว่าส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลาม อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งท่อน้ำดี สามารถป้องกันและรักษาหายได้ หากแพทย์สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก⁽²⁾ ในปี 2562 จังหวัดหนองคาย เป็นอีกหนึ่งในจังหวัดที่ยังมีสถานการณ์ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าผู้ที่รับการตรวจคัดกรองมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค พบมากที่สุด คือการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก ร้อยละ 87.88 รองลงมา รับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ ร่วมกับการดื่มสุรา ร้อยละ 43.05 และคนที่รับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุกร่วมกับเคยรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 28.02 จากการคัดกรองผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับตามโครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2563 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดบง จำนวน 320 คน พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.56 และเพิ่มขึ้นในปี 2564 เป็นร้อยละ 18.96 จากการคัดกรองประชาชน จำนวน 116 คน พบว่าเป็นผู้ที่ติดเชื้อซ้ำ จำนวน 4 ราย⁽³⁾

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัญหาพยาธิใบไม้ตับในชุมชนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารปลาดิบมาตั้งแต่อดีต มีความเข้าใจในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ถูกต้อง การทิ้งสิ่งปฏิกูล และความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมพยาธิใบไม้ตับ⁽⁴⁻⁶⁾ ซึ่งปัญหาที่กล่าวมามีความสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดบง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มี

ประสิทธิภาพอันจะส่งผลดีต่อประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตาบลุกุดบง อำเภโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁽⁷⁾ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตาบลุกุดบง อำเภโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มแกนนำในชุมชน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 8 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลลุดบง 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ครู 2 คน ตัวแทนสตรี 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน ตำบลลุดบง อำเภโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

2. กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 78 คน โดย เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี 2) เป็นผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระแบบ Kato's thick smear ปี 2565 3) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม

ได้ตามกระบวนการพัฒนา ไม่ยินยอมให้ข้อมูล และขอออกจากโครงการวิจัยในทุกกรณี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แผนการจัดกิจกรรมการสร้างรูปแบบการพัฒนาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตาบลุกุดบง อำเภโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย คู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ แผ่นพับ ภาพพริกเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และวิดีโอการสอนให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ การรับประทานยาถ่ายพยาธิ การเป็นคนอีสานโดยกำเนิด

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ข้อ “ใช่” “ไม่ใช่” “ไม่ทราบ” โดยข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Bloom⁽⁸⁾ ได้แก่ มีความระดับสูง (มีคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความรู้ระดับปานกลาง (มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79) และมีความรู้ระดับต่ำ (มีคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60) ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.85

2.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่าง (5 คะแนน) ยิ่งเห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่น่าใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แบ่งระดับทัศนคติตามเกณฑ์การประเมินของ Best⁽⁹⁾ ได้แก่ 5 ระดับ คือ



ระดับสูงมาก (4.21-5.00) ระดับสูง (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) ระดับต่ำ (1.81-2.60) และระดับต่ำมาก (1.00-1.81) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

2.4 การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 2 ครั้ง/เดือน) (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน) (2 คะแนน) และไม่เคย (ไม่เคยปฏิบัติเลย) (1 คะแนน) แบ่งระดับการปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินของ Best⁽⁹⁾ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (2.34-3.00) ปานกลาง (1.67-2.33) ระดับต่ำ (1.00-1.66) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอน้ำโพธิ์ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ศึกษาคู่มือแนวทางการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี รวบรวมข้อมูลสถิติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน และมะเร็งท่อน้ำดี 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563-2565) ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา

2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

3) ประชุมทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อค้นหาข้อมูลสภาพปัญหา และมอบหมายงานในการการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอน้ำโพธิ์ จังหวัดหนองคาย

4) ร่วมกันกำหนดรูปแบบในการพัฒนา โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม และประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การ

วางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล มาใช้ในกระบวนการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอน้ำโพธิ์ จังหวัดหนองคาย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) มีกระบวนการย่อย ดังนี้

1) เตรียมการ คือการเตรียมชุมชน ประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดของโครงการวิจัย การดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม

2) ประชุมวางแผนการดำเนินการวิจัยผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) การคืนข้อมูล การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมา สถิติผลการคัดกรองการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563-2565) ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา ก่อนดำเนินการ จัดประชุมชมหมู่บ้านเพื่อค้นหาปัญหา สืบเคราะห์ ประเมินสภาพปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (2) กลุ่มแกนนำในชุมชนร่วมกันประเมินวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน (3) ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม (Pre-test) ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

3) การวางแผนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ รับทราบปัญหา และร่วมกำหนดแนวทางป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4) ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มแกนนำชุมชน ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ 8 หมู่บ้าน เพื่อพัฒนารูปแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และจัดทำแผนเชิงปฏิบัติการร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action) ในระยะนี้การดำเนินการเป็นการมุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการทบทวน

คิดวิเคราะห์ปัญหา และบริบทในชุมชน การให้ความรู้และเสริมพลัง การวางแผน กำหนดผู้รับผิดชอบ การประสานงานร่วมกันและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการดำเนินการในชุมชน มี 4 กิจกรรม ได้แก่

1) กิจกรรมการร่วมการสร้างความรอบรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้และกลุ่มแกนนำชุมชน โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมสถานการณ์การติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของการเกิดโรค ผลกระทบต่อสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ กิจกรรมการปรุงอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก การนำวิดีโอการสอนวงจรชีวิตพยาธิใบไม้ตับ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2) กิจกรรมการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนาในพื้นที่ อันนำไปสู่การคัดเลือกบุคคลต้นแบบที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในแต่ละหมู่บ้านในการควบคุม กำกับ ติดตาม เฝ้าระวังพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันโรคในหมู่บ้าน โดยให้เป็น “บุคคลต้นแบบลดพยาธิใบไม้ตับ” ทำหน้าที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของหมู่บ้าน

3) กิจกรรมสร้างข้อตกลงในชุมชน และร่วมปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่องและยั่งยืน โดยให้เป็นวาระสำคัญของชุมชน ในการปฏิบัติร่วมกันและประกาศเจตนารมณ์ในชุมชน กำหนดเป็นรูปแบบการปฏิบัติร่วมกันที่มาจากการประชาคมของชุมชน ทั้ง 8 หมู่บ้าน ประกอบด้วย (1) งานบุญปลอดปลาดิบ และปรุงอาหารโดยใช้ปลาร้าสุก (2) ร้านส้มตำปลอดปลาร้าดิบ (3) ครอบครัวปรุงอาหารโดยใช้ปลาร้าสุก ปลอดการรับประทานปลาดิบ (4) การจัดทำสัญญาไม่กินปลาดิบ (5) การปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกวิธี และนำไปประกาศใช้ และมีการกำกับติดตาม โดยมีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบชัดเจน

4) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ 8 หมู่บ้าน ประกอบด้วย (1) ป้ายประกาศเจตนารมณ์แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (2) จัดทำคู่มือความรู้เรื่องโรค ความรุนแรง แนวทางการป้องกันการคัดกรองโรค รวมทั้งความสำคัญการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและการดูแลรักษา (3) แผนการกำกับติดตามพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของหมู่บ้าน

5) การสร้างวัฒนธรรมในชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และร่วมกันรณรงค์ “ชาวตำบลกุดบงจะร่วมกันลด ละ เลิก การกินอาหารเมนูที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาว โดยไม่กินปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ไม่กินปลาร้าดิบ ไม่แพร่กระจายเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ” เพื่อสร้างการตื่นตัวให้คนในชุมชนให้ความสำคัญร่วมกัน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

- 1) ประเมินผลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
- 2) แบบสอบถามความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ก่อน-หลังการพัฒนาารูปแบบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการสร้างรูปแบบ ด้วยสถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รับรองเลขที่ NKPHO18 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.38 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 40-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 43.59 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.51 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.31 ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-

14,999 บาท ร้อยละ 57.69 เคยอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.85 ตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ พบไข่พยาธิ ร้อยละ 100 และเคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 73.08

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา (n=78)		หลังการพัฒนา (n=78)		Mean Difference	95% CI		t	p- value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		Lower	Upper		
ความรู้	10.87	1.54	13.78	2.29	2.91	4.24	5.58	14.59	0.00
ทัศนคติ	3.57	0.43	4.34	0.18	0.77	0.62	0.94	10.15	<.001
การปฏิบัติ	2.13	0.15	2.71	0.07	0.58	0.51	0.67	15.61	<.001

จากตารางที่ 1 พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.23 (Mean = 10.87, SD = 1.54) และ ภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.77 (Mean = 13.78, SD = 2.29) เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 10.87 และภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 13.78 คะแนน ซึ่งความรู้อย่างนี้มีความสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยภายหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนพัฒนา 2.91 คะแนน (95% CI = 4.24 to 5.58 P-value <.001)

ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติ

เกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 (Mean = 3.57, SD = 0.43) และ ภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.79 (Mean = 4.34, SD = 0.18) เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 3.57 และภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 4.34 คะแนน ซึ่งทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยภายหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนพัฒนา 0.77 คะแนน (95% CI = 0.62 to 0.94 P-value <.001) ดังตารางที่ 2

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.13 (Mean = 2.13,

SD = 0.15) และ ภายหลังการดำเนินการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.95 (Mean = 2.71, SD = 0.07) เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 3.57 และภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 4.34 คะแนน ซึ่งการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยภายหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนพัฒนา 0.77 คะแนน (95% CI = 0.62 to 0.94 P-value <.001) ดังตารางที่ 3

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย การศึกษาในครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁴⁾ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ซึ่งมี ขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้าง ความร่วมมือ ภาศีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุน กิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้

ภายหลังการพัฒนากลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมากกว่าก่อนพัฒนา อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ สาริณี สีทะ โน⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ ดำเนินงานป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้าน โพนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีกระบวนการดำเนินงาน ทั้งหมด 8 ขั้นตอน ภายหลังจัดกิจกรรมกลุ่ม ตัวอย่าง มีความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมใน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน การพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำ วิจัยครั้งนี้ คือ เกิดจากการร่วมมือของชุมชน มีการ ติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผู้นำชุมชนหรือแกนนำ เป็นแรงหนุนในการดำเนินงาน และสอดคล้องกับ บรรพพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารักษ์ โสตะ⁽¹¹⁾ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัด อำนาจเจริญ พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับในระดับชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้าง แกนนำสุขภาพประจำชุมชน 2) การคัดกรองกลุ่ม เสี่ยงโดยแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 3) การตรวจ อูจจาระเพื่อหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยงและจ่ายยา รักษาในผู้ที่พบไข่พยาธิ 4) การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับ มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเฝ้าติดตาม กระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ โดยแกนนำสุขภาพ ชุมชน 5) มีมาตรการทางสังคม ได้แก่ งานบุญ ปลอดปลาไร่ติบ ร้านส้มตำปลอดปลาไร่ติบ และ การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูวิธี 6) การประเมินผล ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ “บ้านชานุมานหมู่บ้าน ปลอดพยาธิ ประชาชนสุขภาพดี ภาศีมีส่วนร่วม” ส่วนผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่ม แกนนำในชุมชนหลังการพัฒนา รูปแบบกลุ่ม ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านการมี ส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ภายหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยด้าน



ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการใช้สื่อการสอนได้แก่ ภาพพลิกเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ วิดีโอเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเล่าประสบการณ์จากตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้ชุมชนมีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบและชัดเจนขึ้น ซึ่งควรมีการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการพัฒนาในวาระที่ 2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพัฒนาชุมชนในระยะยาว และเกิดเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่เข้มแข็งต่อไป
2. ควรศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลใกล้เคียง ที่อยู่ในเขตอำเภอพนมพิสัย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่ามีการแก้ไขปัญหาอย่างไร จึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพดี ไป
3. ควรนำรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ขยายสู่โรงเรียน หรือหน่วยงาน เพื่อพัฒนาให้กลายเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 – 2568. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายแด่พระราชา. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข; 2562
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดบง. รายงานการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ; 2565
4. กิตติศักดิ์ ประครองใจ. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
5. วราพร สุตบุญมา และวิลาวัลย์. (2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. หทัยกาญจน์ ยางศรี และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการ ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารควบคุมโรค, 47(1), 49-59
7. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988
8. bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1986.
9. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.;1977
10. สาริณี สีทะโน. (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
11. บวรพิพัฒน์ กระแสสิน และจุฬารักษ์ โสตะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามาน อำเภอขามาน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(2),91-103.

ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยสูงอายุที่รับรักษาในโรงพยาบาล The Development of Nursing Service System to Preventing Falls in Hospitalized Elderly Patients

(Received: June 26,2023 ; Revised: June 27,2023 ; Accepted: June 28,2023)

ธนิดา สุขขรมย์¹
Dhanida Sukharom

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาระบบบริการพยาบาล นำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และประเมินผลการพัฒนา แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหา 2) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 4) ประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม WI ในเวชระเบียน แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ morse แบบประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในเดือนที่ทำการศึกษาในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตาม WI ร้อยละ 62.79 กระจายไปทุกหอผู้ป่วย และการบันทึกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในระบบ KPHIS เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 13.95 พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับกลางๆ (mean = 3.33)
คำสำคัญ: พลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยสูงอายุ

ABSTRACT

This research is research and development. The objectives were to study situations, problems, and the use of nursing practice guidelines. Develop a nursing service system Implement the developed nursing service system study the results and evaluation of the development results, divided into 4 phases: 1) study situations and problems; 2) develop nursing service models. 3) Apply the developed model to practice. 4) Evaluate the satisfaction of professional nurses on the use of nursing practice guidelines. The tool used is The WI observation form in the medical record, the risk assessment form for morse falls, the satisfaction assessment form of registered nurses. data analysis Descriptive statistics were used: number, percentage, mean and standard deviation. The study found that Results of the development of the nursing service system There was no incidence of falls in the study month in the study area. 62.79% of WI-assessed patients were distributed to all wards. and recording according to nursing practice in the KPHIS system increased by 13.95%. Professional nurses who used the questionnaire were satisfied with the medium level (mean = 3.33).

Keywords: falls, elderly patients

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากช่องนานา



บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึง การปราศจากอันตรายอันเป็นผลมาจากการดูแลรักษาโดยมิได้คาดการณ์มาก่อน¹¹ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักพื้นฐานสำคัญในระบบบริการสุขภาพ¹⁴ เนื่องจากความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา⁹

การพลัดตกหกล้ม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ส่วนการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยพบเป็น 1 ใน 5 ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะเห็นได้จากทุกๆ ประเทศกำหนดการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล (Hospitalized fall) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล และถือว่าการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายหนึ่งในความปลอดภัยผู้ป่วยระดับสากล (International patient safety goal: IPSG) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่กำหนดการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาล (2P Safety)⁷

จากข้อมูลสถิติมีผู้สูงอายุร้อยละ 20-33 ต่อปี มีประสบการณ์การหกล้ม และเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นโดยสัดส่วนการหกล้มของผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปีและจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่อก้าวเข้าสู่ปีที่ 70 เป็นต้นไป ดังนั้น ความเสี่ยงของการหกล้มจะยิ่งมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

5

ปัจจัยสาเหตุการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยร่วมกันโดยจำแนกออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในร่างกาย เช่นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โรคเรื้อรัง ทำทางการเดิน การทรงตัว การรับรู้สายตา และยาที่ได้รับ เป็นสาเหตุการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 78 ส่วนปัจจัยภายนอกซึ่งส่วนใหญ่ป้องกัน

ได้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มร้อยละ 14⁷ และจากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าปัญหามาจากบุคลากรมีความรู้ไม่ชัดเจน ไม่เห็นความสำคัญของการประเมินเฝ้าระวังพลัดตกหกล้มและการสื่อสารระหว่างทีมกับผู้ป่วยไม่ชัดเจน และการบันทึกอย่างเป็นรูปธรรม¹ ส่วนอุบัติการณ์ของการเกิดพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องให้การรักษาเพิ่มขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้นและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้⁶

จากสถิติการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลปากช่องนานาพบว่ายังเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มขึ้นทั้งที่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่แล้ว ในปีงบประมาณ 2562 2563 2564, 2565 และ 2566 (ข้อมูลถึง 30 เมษายน 2566) พบอุบัติการณ์ 4 ราย 17 ราย 11, 21 รายและ 15 ราย ตามลำดับ ในปี 2565 และ 2566 มีความเสี่ยงระดับ G ปัสะ 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด เกิดขึ้นทั้งในขณะที่มีญาติและไม่มีญาติอยู่ในห้อง พบบ่อยขณะผู้ป่วยลุกลงเตียงเองโดยไม่ขอความช่วยเหลือจากญาติหรือเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เดินไปเข้าห้องน้ำหรือลงจากเตียงโดยเฉพาะในเวลากลางคืน พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์เกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การประเมินความเสี่ยงของพยาบาลยังไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุม จึงมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุขึ้นในเดือนสิงหาคม 2565 แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการนำไปใช้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุมาใช้และพัฒนาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล

3. เพื่อนำระบบบริการการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (4-7 พฤษภาคม 2566)

กลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่เป็นคณะกรรมการวิชาการจำนวน 5 คน จาก 5 หอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม WI ในเวชระเบียน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานา ปีงบประมาณ 2563 ถึง 2565 โดยใช้ข้อมูลจากงาน QA ทบทวนหลักฐาน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการใช้แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม WI ในเวชระเบียน เดือน ธันวาคม 2565 จาก 5 หอผู้ป่วย จำนวน 385 คน

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-2 นำเสนอต่อคณะกรรมการ QA เพื่อให้ได้สาระสำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ตามแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม WI ในเวชระเบียน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่รับรักษาในโรงพยาบาล (8-12 พฤษภาคม 2566) กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากคณะกรรมการ QA สำหรับประชุมระดมความคิดเพื่อกำหนดองค์ประกอบกิจกรรมของร่างแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม WI ในเวชระเบียน แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ morse วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการศึกษาผลการใช้ แนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยใช้สาระสำคัญที่ได้จากระยะที่ 1 รวมกับ Deming cycle ตามวงรอบดังนี้

วงรอบที่ 1 ศึกษาผลการใช้คู่มือปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการพลัดตกหกล้ม (8-12 พฤษภาคม 2566) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมคณะกรรมการวิจัยเพื่อชี้แจงปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มแนวทางปฏิบัติ และกำหนดแผนการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนคู่มือปฏิบัติการพยาบาลฉบับเดือนสิงหาคม 2565 และแนวทางการประเมิน

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการใน 5 หอผู้ป่วย วันที่ 8-12 พฤษภาคม 2566 จำนวน 236 คน

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการประเมินเบื้องต้นและนำเสนอในคณะกรรมการ QA เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

วงรอบที่ 2 นำผลที่ได้จากการทบทวนวงรอบที่ 1 มาศึกษาผลการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ที่มารับบริการจาก 5 หอผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 14-19 พฤษภาคม 2566 จำนวน 102 คน มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 ประชุมเพื่อประเมินผลการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการใน 5 หอผู้ป่วย จำนวน 102 คน

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการประเมินเบื้องต้นและนำเสนอในคณะกรรมการ QA เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มรอบ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่

และร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ระยะที่ 3 นำรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการพลัดตกหกล้ม ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (วันที่ 22 พฤษภาคม 2566-26 พฤษภาคม 2566)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

วรอบที่ 3 นำไปใช้จริงในกลุ่มเป้าหมายจำนวน 43 คน (22 พฤษภาคม 2566 –26พฤษภาคม 2566) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงจากรอบที่ 2 ไปใช้จริง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการใน 5 หอผู้ป่วย จำนวน 43 คน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม WI ในเวชระเบียน แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ morse

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ระยะที่ 4 ประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล (27พฤษภาคม 2566 –31 พฤษภาคม 2566)

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพทุกรายที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายประเมินและแนวทางปฏิบัติพยาบาลการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการประเมินการพลัดตกหกล้มของ ลาวัลย์และคณะ (2562) ลักษณะเป็นคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์ ทรี แอล ฟา (Cronbach's alpha coefficient)เท่ากับ 0.85 ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลวิชาชีพที่ดูแล

ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยคำนวณจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัส ECPC 25660011

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

1.ไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในเดือนที่ทำการศึกษา เดือนพฤษภาคม 2566 = 0

2..จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตาม WI และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลจากแบบสังเกตในระบบ KPHIS

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตาม WI และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลจากแบบสังเกตใน
ระบบ KPHIS ระยะที่ 1 เดือนธันวาคม 2565

หัวข้อ	พิเศษชั้น 5		อายุรกรรมหญิง		อายุรกรรมชาย		ศัลยกรรม		ศัลยกรรมกระดูกและข้อ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด	31	8.05	94	24.42	142	36.88	79	20.52	39	10.13	385	100
การประเมิน Fall แรกรับ	11	2.86	70	18.18	129	33.51	35	9.09	3	0.78	248	64.42
บันทึกในหน้า V/S ของ KPHIS	0	0	2	0.52	0	0	0	0	1	0.23	3	0.78
บันทึก Focus list	0	0	5	1.23	11	2.86	2	0.52	0	0	18	4.68
บันทึกครบ 3 แห่ง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ก่อนการศึกษา การบันทึกไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การใช้แนวปฏิบัติมีบางหอผู้ป่วยเมื่อมีการคืนข้อมูลได้ทบทวนการใช้แนวทางปฏิบัติโดยทำแบบประเมินทุกคนแรกรับ มีการปรับแบบประเมินพลัดตกหกล้มตามที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงใช้ การลงบันทึกในหน้า VITAL SIGN ลงช่อง

other “ FALL = คะแนนที่ประเมินได้” nurse’s note และ Focus list และหอผู้ป่วย STROKE UNIT ขอใช้แบบประเมิน Hendrich II ประธาน QA ประสานงานเวชระเบียนเพิ่มแบบประเมินในระบบ KPHIS ช่วงนี้ใช้กระดาษและสแกนลงในประวัติเหมือนเดิม

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตาม WI และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลจากแบบสังเกตใน
ระบบ KPHIS ระยะที่ 2 วงรอบที่ 1

หัวข้อ	พิเศษชั้น 5		อายุรกรรมหญิง		อายุรกรรมชาย		ศัลยกรรม		ศัลยกรรมกระดูกและข้อ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด	20	6.76	18	6.08	142	47.97	77	26.01	39	13.18	296	100
การประเมิน Fall แรกรับ	4	1.35	0	0	122	41.22	35	11.82	3	1.01	164	55.41
บันทึกในหน้า V/S ของ KPHIS	4	1.35	0	0	0	0	0	0	1	0.34	5	1.69
บันทึก Focus list	2	0.68	0	0	11	3.72	2	0.68	0	0	15	5.09
บันทึกครบ 3 แห่ง	2	0.68	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.68

Focus list ขอเขียนเฉพาะ SEVERE ยาที่มีผลให้เกล็ดเลือดต่ำลง สัญญาณเตือน ป้ายไฟระว่างพลิก

หมุนไปมาขอติดปลายเตียง ป้ายยังมีไม่ครบทุกหน่วยงาน



ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตาม WI และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลจากแบบสังเกตใน
ระบบ KPHIS ระยะที่ 2 วงรอบที่ 2

หัวข้อ	พิเศษชั้น 5		อายุรกรรมหญิง		อายุรกรรมชาย		ศัลยกรรม		ศัลยกรรมกระดูกและข้อ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด	14	15.73	43	48.31	16	17.98	10	11.24	6	6.74	89	100
การประเมิน Fall แรกรับ	12	13.48	36	40.45	12	13.48	4	4.49	6	6.74	70	78.65
บันทึกในหน้า V/S ของ KPHIS	7	7.87	21	23.60	7	7.87	0	0	1	1.12	36	40.45
บันทึก Focus list	0	0	7	7.87	11	12.36	0	0	0	0	18	20.22
บันทึกครบ 3 แห่ง	0	0	7	7.87	5	5.62	0	0	0	0	12	13.48

ข้อเสนอ การประเมินทุก 8 ชั่วโมงในทางปฏิบัติทำไม่ได้ ขอเปลี่ยนเป็นลงในแบบประเมินทุกวันๆละ 1 ครั้ง
เวรป่วย

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตาม WI และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลจากแบบสังเกตใน
ระบบ KPHIS ระยะที่ 3 วงรอบที่ 3

หัวข้อ	พิเศษชั้น 5		อายุรกรรมหญิง		อายุรกรรมชาย		ศัลยกรรม		ศัลยกรรมกระดูกและข้อ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด	5	11.63	16	37.21	15	34.88	5	11.63	2	4.65	43	100
การประเมิน Fall แรกรับ	3	6.98	15	34.88	8	18.60	0	0	1	2.33	27	62.79
บันทึกในหน้า V/S ของ KPHIS	3	6.98	13	30.23	9	20.93	0	0	2	4.65	27	62.79
บันทึก Focus list	0	0	5	11.63	2	4.65	0	0	1	2.33	8	18.60
บันทึกครบ 3 แห่ง	0	0	4	9.30	1	2.33	0	0	1	2.33	6	13.95

3.ความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินและแนวทางปฏิบัติของพยาบาลในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการ
พลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินและแนวทางปฏิบัติของพยาบาลในการเฝ้าระวังความเสี่ยง
ต่อการพลัดตกหกล้ม

ลำดับ	เนื้อหา	mean	SD	แปลผล
1	แบบประเมินสะดวก ใช้ง่าย แปลผลง่าย	3.35	1.00	ปานกลาง
2	แบบประเมินทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย	3.33	1.04	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินและแนวทางปฏิบัติของพยาบาลในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ลำดับ	เนื้อหา	mean	SD	แปลผล
3	แบบประเมินทำให้พยาบาลวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	3.31	1.01	ปานกลาง
4	แบบประเมินทำให้พยาบาลจำแนกประเภทผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.33	1.04	ปานกลาง
5	แบบประเมินทำให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ	3.33	1.04	ปานกลาง
6	แนวทางปฏิบัติทำให้ทีมตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	3.31	1.01	ปานกลาง
7	แนวทางปฏิบัติทำให้ลดอัตราการพลัดตกหกล้ม	3.35	1.00	ปานกลาง
8	การมีสัญลักษณ์ทำให้การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.35	1.00	ปานกลาง
9	แนวทางปฏิบัติ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมขึ้น	3.35	1.00	ปานกลาง
10	แนวทางปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือ	3.35	1.00	ปานกลาง
รวม		3.33	1.00	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ใน 4 ประเด็นดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหาการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล พบว่าสถานการณ์การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีอุบัติการณ์กระจายไปทุกจุดบริการ มีการทำแนวปฏิบัติและมีการดำเนินการแล้วแต่ยังขาดการประเมินผล การปฏิบัติไม่เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ไม่มีการนิเทศอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพเนตร และคณะ (2011)³ พบว่าการศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในประเทศต่างๆ แต่ละแห่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานที่ ลักษณะของผู้ป่วย ภาวะโรค การรักษาพยาบาล และการรายงานการหกล้มเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่เป็นภาพรวมของโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อได้ทำการศึกษาก็พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ดังนั้นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มถือเป็นเป้าหมายหนึ่งที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล

2.1 การพลัดตกหกล้มเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทุกหอผู้ป่วยจึงทำการประเมินในผู้ป่วยในทุกรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มารับบริการเมื่อแรกรับและประเมินซ้ำทุกวันจนกว่าจะจำหน่าย โดยหลังการพัฒนามีการเลือกใช้เครื่องมือการประเมินตามบริบทของผู้รับบริการ เพื่อทราบโอกาสของการพลัดตกหกล้ม และจัดกิจกรรมให้เหมาะสม แบบประเมินที่ใช้คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ morse และมีการเพิ่มแบบประเมิน Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II) ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยหลายฉบับพบว่า สิ่งที่จะช่วยลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยคือ การประเมินความเสี่ยงเพื่อหาแนวทางการป้องกันพลัดตกหกล้มอย่างเหมาะสม มีแนวทางในการป้องกันพลัดตกหกล้มอย่างเป็นระบบ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ให้ครบถ้วน สมบูรณ์ สะดวก ปลอดภัยต่อการใช้งาน ติดป้ายเตือนระดับความเสี่ยง จัดแสงสว่างที่เหมาะสม มีระบบออกสัญญาณช่วยเหลือ ทำงานได้ดีตลอดเวลา การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสอน สาธิต ฝึกปฏิบัติการเปลี่ยนอิริยาบถ การแจกคู่มือการป้องกันพลัดตกหกล้ม (อัญญารัตน์, 2022)⁶

2.2 จากผลการวิจัยใช้การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แบบสังเกตการลงบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ในเดือนที่ศึกษาไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ubonsri (2006)¹³ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติลดลง และการศึกษาของ Chancharat (2005,น.4) พบว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ทีมพยาบาลให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง สามารถประเมินได้ครอบคลุม ลาวัลย์และคณะ (2562) เสนอว่า การประเมินผลลัพธ์การดูแลหรือการพยาบาลจากการใช้แนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ควรมีการประเมินในมิติอื่นเพิ่ม เพื่อให้สามารถบูรณาการอย่างสอดคล้องกับภาระงานด้านอื่นด้วย

3.ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีการปรับวิธีปฏิบัติ (Work instruction) ให้เหมาะกับที่ปฏิบัติจริง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สะดวกต่อการนิเทศงาน สามารถนำไปใช้จริง พบว่าหน่วยงาน อายุรกรรมหญิง มีการใช้แบบประเมินการพลัดตกหกล้มสมบูรณ์แบบมากที่สุด ร้อยละ 9.30 รองลงมาคืออายุรกรรมชาย ร้อยละ 2.33 และ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ร้อยละ 2.33 และไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับที่เยาวเรศ และคณะ (2564)⁷ ศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้แนวโน้มลดลงเกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมงานภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ Deming cycle คือ Plan Do Check Act ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถใช้ได้กับบริบทผู้ป่วยจริง

4.ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่รับรักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับกลางๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thungtrong (2010)¹² ที่ว่าความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินมีผลต่อการปฏิบัติตาม

แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม จากผลการศึกษาพบว่าการใช้แบบประเมินยังมีเพียงร้อยละ 60 การมองว่าเป็นปัญหาทางการพยาบาลมีเพียงร้อยละ 18.6 การปฏิบัติตาม WI มีเพียงร้อยละ 13.95 และจากข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ โดย The Joanna Briggs Institute (ดวงฤดี,1998)² ระบุว่า แนวทางปฏิบัติข้อหนึ่งคือการรณรงค์ปลูกจิตสำนึก การศึกษาบางฉบับระบุว่าหลังจากที่มีการทดลองใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มแล้วเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้มีการตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง และวิธีการป้องกันมากขึ้น จิตสำนึกของเจ้าหน้าที่ จึงถือเป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ดังกล่าว แม้ว่าจะเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ก็ยังไม่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าถ้าจะให้ยั่งยืนควรใช้ระยะเวลาเท่าใด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาของ Rob Morris และ Shelagh O’Riordan (2017) พบว่าร้อยละ 20 – 30 ของการพลัดตกหกล้มสามารถป้องกันได้ด้วยการประเมินความเสี่ยงและกำหนดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยง และการลดความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคน จึงควรมีการขยายผลการปฏิบัติจริงจึงให้ครอบคลุมทุกจุดบริการ ตลอดจนการมีสร้างความตระหนักในการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรทุกระดับในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ของทิพนันตร (2011)³ พบว่า การป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้ 1)จัดทำเป็นนโยบายขององค์กร 2)มีโปรแกรมการให้ความรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการการหกล้มให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 3)มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 4)ให้ความรู้และข้อมูลกับครอบครัวเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามี

ส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของการ
หกล้ม และ 5) มีการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง
ต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเรื่องแนวทางการส่งเสริม
การมีส่วนร่วมของญาติในการป้องกันการเกิด

อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม การพัฒนาแนวทางการ
นิเทศทางการพยาบาลเรื่องการรับส่งเวรทางการ
พยาบาลในการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มและการลด
ความเสี่ยงทางคลินิกต่างๆ การพัฒนาแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติการณ์
การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (2017). แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงระดับ
โรงพยาบาล: กรุงเทพฯ : งานพัฒนาคุณภาพการบริการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
2. ดวงฤดี ลาสุขะ (ผู้แปล) (1998). การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล. Best Practice : Evidence Based Practice Information
Sheets for Health Professionals. 2(2), P.1-6.
3. ทิพนันต งามกาละ และคณะ (2011). การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยในที่ได้รับรักษาใน
โรงพยาบาล. Rama Nurse Journal. 17 (1) January- April, P.108-125.
4. อรสา อุณหเลขกะ ศิริลักษณ์ พันธุหงส์ และสุนันทา ยอดสีมา (2022). การวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสารย้อนหลัง เพื่อป้องกัน
อุบัติเหตุน้ำท่วมขังของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในการออกแบบเครื่องหมาย
ความปลอดภัย. เข้าถึงได้จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/66/2553>
5. อภิฤดี พาผล และอุไร ชลยุนาท. (2564). เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น
เอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15(1), น.11-20.
6. อัญญรัตน์ มุสิก และพิมพ์ลักษณ์ คำเนียร (2022). ผลของโปรแกรมการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนของผู้ป่วยสามัญ
หญิง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. น.1-9 .เข้าถึงได้จาก <https://www.suratcancer.go.th>
7. ยาวเรศ ก้านมะลิ. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล.
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, 4(2), น.76-88.
8. Chancharat B. Development of Fall Risk Assessment Form for Orthopedic Patients. (2005). [Master of Nursing
Science Thesis in Administration]. Chiang Mai : Chiang Mai University;
9. DeMania, J. (2017). Organizational Safety Culture. Retrieved from <https://ishm.org/organizational-safety-culture>.
10. Rob Morris, Shelagh O'Riordan. (2017). Prevention of falls in hospital. Clin Med (Lond), Jul ; 17(4) : P.360-362.
11. Saisamon Chaleoykitti, Pornnapa Kamprow, Sompis Promdet. (2014). Patient Safety and Quality of Nursing
Service. Journal of The Royal Thai Army Nurse, 15(2), P.66-70.
12. Thungtrong T, Yamwong N, Kongsakorn N, Deenok S. (2017). Development of risk assessment guidelines for falling
fall prevention in the ward. [Internet]. Khon Kaen: Faculty of Medicine Srinakharinwirot University;
[Accessed 18 Feb 2023]. Retrieved from <http://ir.swu.ac.th/xmlui/handle/123456789/2630>.
13. Ubonsri S. (2006). The Effectiveness of Using Clinical Practice Guideline for Fall Prevention in Elderly with
Orthopedic Special Fractures in the Elderly. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital [thesis]. Chiang Mai : Chiang
Mai University.
14. World Health Organization. (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the
most effective interventions to prevent these falls? Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/>



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา Nursing Care Patient Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation : A Case Study

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

ชลดา รัตนสุวรรณ¹

Chonlada Rattanasuwan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยชายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยบาดาล ระหว่างวันที่ 23-28 มิถุนายน 2565 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปีมาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน การพยาบาลในระยะวิกฤต ดูแลได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ยาขยายหลอดลม ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย พินฟูสมรรถภาพปอด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 วัน ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูงต่อเนื่อง อีก 1 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ ในระยะฟื้นฟูส่งเสริมการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การกำเริบเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study A male patient was admitted to Chai Badan Hospital between June 23-28, 2022 with the objective of improving the efficiency of nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations.

Result: The patient was a 60-year-old Thai male who experienced shortness of breath for 50 minutes before coming to the hospital and was diagnosed with acute exacerbation of COPD. Nursing care during the crisis included ensuring the patient received enough oxygen, intubation and mechanical ventilation, medication to dilate airways, infection prevention and control, administering bronchodilators and intravenous fluids, and restoring balance of fluids and electrolytes in the body. The patient was on assisted ventilation for 2 days and received oxygen therapy through a high-flow air-blending device for another day. The patient's condition gradually improved during the recovery period and was discharged to prevent recurrence of the disease.

Keywords: Nursing Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยบาดาล

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และได้รับการระบุว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นประมาณ 10% ของประชากรผู้ใหญ่ คาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับสามทั่วโลกภายในปี 2573 ในปี 2543 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2,750,000 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 4.8% และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโรคทางเดินหายใจและสาเหตุการตายอันดับห้า ทั่วโลกหลังโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคเอดส์ ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1-3 เท่า ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ 40 รายต่อประชากร 100,000 คน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้ซึ่งทำให้เกิดอาการรุนแรง ผู้ดูแลควรมีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานเพื่อชะลอการดำเนินของโรค ลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และปรับปรุงความสามารถในการใช้ชีวิตตามปกติ การลดอัตราการเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและพฤติกรรมที่เหมาะสม การเข้าถึงแหล่งข้อมูล ความรู้ และการมีอายุยืนเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็มีโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและปัญหาสิ่งแวดล้อมด้วย อาชีพที่เกี่ยวข้องกับมลพิษเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการสูบบุหรี่ แม้ว่าภาครัฐและเอกชนจะมีการรณรงค์การสูบบุหรี่และสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ ความพยายามป้องกันและลดมลพิษไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจได้ ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจมีแนวโน้มสูงขึ้นและการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยทำให้ระยะเวลาการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ทำลายปอด และความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้เกิดการอักเสบ ติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจทำงานผิดปกติ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจมีอาการอุดกั้นทางเดินหายใจถาวร เป็นโรคเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับชีวิตของผู้ป่วยและอาจถึงแก่ชีวิต นำไปสู่ภาวะวิกฤตที่เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตสูงมาก

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาที่กลับไปรักษาซ้ำ ด้วยอาการเดิมอีกโดยไม่ได้วางแผนไว้ และเมื่อโรค รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบง่าย และไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ยังทำให้สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพไม่ได้ ค่ารักษาสูง และโรคร้ายแ่

ลง ผู้ป่วยอาจท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตลดลง และอาจสูญเสียชีวิตได้ ดังนั้น การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจึงมีความสำคัญยิ่ง

การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและความรุนแรงของโรค พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาล ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงสาเหตุของโรคและกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงสาเหตุของโรคและป้องกันตนเองจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษ พยาบาลมีบทบาทร่วมกับทีมแพทย์ในการเฝ้าระวัง วางแผนสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังไม่ให้อาการกำเริบ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง ดำเนินชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
กำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. นำข้อมูลที่ได้อภิปรายปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูล และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพคู่ อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 รับไว้ในโรงพยาบาล 25 มิถุนายน 2565 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 28 มิถุนายน 2565 การวินิจฉัยโรค Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation เข้ารับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อ



วันที่ 23 มิถุนายน 2565 เวลา 23.53 น ด้วยอาการสำคัญ 50 นาทีที่ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย หอบมาก ไอบ่อย พ่นยา ลูกเดิน 3 ครั้งไม่ทุเลา เจ็บป่วยปัจจุบัน 5 ชั่วโมงก่อนผู้ป่วย บริเวณที่มีกลิ่นคาว มีอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ พ่นยา ลูกเดิน 2 ครั้ง อาการทุเลา 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ เสมหะขาวขุ่น ไม่ได้รับการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรค COPD มา 2 ปี HT 2 ปี ขาดการรักษา 1 ปี ซ้ำๆ รับประทานเอง สูบบุหรี่มา 30 ปี 10 มวนต่อวัน ปัจจุบันยังไม่ เลิกสูบ สูราตีมนานๆครั้ง ประเมินสภาพร่างกายแรกพบ ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบมาก ไอบ่อยครั้ง เสมหะขาวขุ่น เหนียว มีไข้ร่วมด้วย ฟังเสียงปอดมี Wheezing Both lung พบว่ามีเสียงลมผ่านเข้าปอดได้น้อย Poor Air ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ปริมาณ ออกซิเจนในเลือด 92% ความดันโลหิต 145/80 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 23 มิถุนายน 2565) Complete Blood Count: White blood Count 13730 cells/mm³ Neutrophil 48% Lymphocyte 37% Hematocrit 50.8% Platelet count 287,000 cells/mm³ Biochemistry Na 143 mmol/L K 3.8 mmol/L Cl 109 mmol/L CO₂ 16.9 mmol/L AE 20.9 mmol/L BUN 21 mg/dl Creatinine 1.03 mg/dl GFR 48 Sputum gram Stain Moderate Gram Positive cocci

Film Chest วันที่ 23 มิถุนายน 2565 Infiltration both lung ได้รับการพ่นยา Berudual 1 NBX 3 dose ทุก 15 นาที อาการไม่ดีขึ้น พ่นยา Berudual MDI puff อาการไม่ดีขึ้น แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมาก มีภาวะ agitation ได้รับยากลุ่ม Sedative ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยตื่นท่อช่วยหายใจออก และใส่ท่อช่วยหายใจครั้งที่ 2 ได้รับยา Sedative ร่วมด้วย

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับส่งต่อจากห้องฉุกเฉินถึงห้องผู้ป่วยหนัก วันที่ 24 มิถุนายน 2565 เวลา 02.30 น ผู้ป่วยรู้ตัว กระสับกระส่าย ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 8 ตำแหน่ง 21 cms หายใจใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้อง ปลายมือปลายเท้าเย็น SpO₂ 95% On Ventilator PCV Mode FiO₂ 0.4 IP 20 PEEP 5 T1 0.8 RR 18 หายใจ สัมพันธ์กับเครื่อง IV Secretion ขุ่นขาวเหนียวจำนวนมาก Suction Clear air ทุก 2 – 4 hr On Fantanyl (10:1) drip 5 ml/hr On Nicardipine (1:5) iv drip 5 ml/hr Titrate Keep BP ≤ 160/90 mmHg พ่นยาขยายหลอดลม Berodual 1 NB ทุก 4 hrs Ventolin 1:3 NB ทุก 4 hrs Dexamethazone 5

mg IV ทุก 8 hrs Seretide MDI 4 puff bid ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gms IV ทุก 8 hrs Omeprazole 40 mg IV OD On 5% D/N/2 1000 ml IV drip 80 ml/hr NPO 8 hrs Azithromycin (250 mg) 2 cap Oral ODac x 5 วัน Tamiflu (75 mg) 1 tab Oral bid pc x 5 วัน Flumucil (200 mg) 1 ชอง Oral tid pc Loratadine (10 mg) 1 tab Oral tid pc Theophylline 200 mg 1 tab Oral hs Manidipine (20 mg) ½ tab Oral ODPC off Nicardipine ให้อาหารเหลวทางสาย ยาง Off Fantanyl drip On Fantanyl 25 mg IV pm ทุก 4 hrs Monitor EKG Monitor O₂ Sat

วันที่ 25 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัวดี On ET tube with Ventilator PCV Mode FiO₂ 0.4 IP 18 Ti 0.8 PEEP 5 RR 16 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Secretion ลดลง พ่นยาขยาย หลอดลม Berudual MDI 4 puff ทุก 4 hrs & 4 pm for dyspnea Dexamethazone 5 mg IV 6 Hrs Control agitate On Fantanyl 25 mg IV pm 4 hrs. On Ventilator 36 hrs. Secretion ลดลง หายใจ no dyspnea เสียง wheezing ลดลง Off ET tube On HFNC 50 LPM ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่มี เหนื่อยหอบ SPO₂ 99% ประสานนักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพ ปอด

วันที่ 26 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัวดี หายใจทุเลา เหนื่อยหอบ Lung minimal Expiratory Wheezing both Lung พ่นยาขยายหลอดลม Berudual 2 puff IV 4 Hrs. On O₂ Canular 3-5 LPM SpO₂ 99-100% Sputum C/S day 2 no growth Off ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ให้อาหารเหลวทางสาย ยางต่อ ย้ายไปยังตึกผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เพื่อวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้าน

วันที่ 27 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัวดี Successful extubation On O₂ Canular 3 LPM try Room air SpO₂ ≤95% พ่นยาขยายหลอดลม Berudual MDI 2 puff ทุก 6 hrs pm for dyspnea off NG tube รับประทานอาหารอ่อน ปรับ ยา Theophyllin 1 tab Oral hs Lorazepam 0.5 mg 1tab Oral OD pc Prednisolon (5 mg) 3tab Oral bid pc Augmentin (1 gm) 1tab Oral bid pc Loratadine (10 mg) 1 tab Oral hs

วันที่ 28 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัวดี หายใจทุเลา เหนื่อย Room air SpO₂ 95-96% Lung clear สัญญาณชีพ ปกติ รับประทานอาหารอ่อน อาหารธรรมดาได้ วางแผน จำหน่าย พ่นยาขยายหลอดลม Berudual MDI 2 puff pm for dyspnea รับประทานยาปฏิชีวนะ ครบ 7 วัน ยากลุ่ม Steroid ครบ 5 วัน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องก่อนจำหน่าย กลับบ้าน อธิบายถึงการรักษาต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงสาเหตุ กระตุ้นให้เกิดโรคปอดอุดกั้นกำเริบ การกลับเป็นซ้ำให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจ การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพปอด

การไออย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตอาการผิดปกติพบแพทย์
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อกลับบ้านใช้ชีวิตได้อย่างปกติ
จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วันที่ 28 มิถุนายน 2565 รวม
ระยะเวลาในโรงพยาบาล 5 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย 2. เสมหะสีขาวยุ่นเหนียว ไอ ขับออกเองไม่ได้ 3. ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheezing Both lung poor Air 4. ออกซิเจน saturation 92% 5. อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที วัดอุณหภูมิต้องการของร่างกาย	1. ประเมินสภาพผู้ป่วย สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน คือ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หงุดหงิด ความดันโลหิตสูง ผิวน้ำเขียวริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียว มีภาวะหยุดหายใจ 2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจทำงานมีประสิทธิภาพ On Ventilator Setting PCV Mode FiO_2 0.4 Ti 0.8 Tp 18 PEEP 5 RR 18 ตั้ง Alarm Setting ที่เหมาะสม คือ Alarm High Alarm Low สูงกว่า/ต่ำกว่า ค่าที่ตั้งที่เครื่อง 20-25% ประเมินความสัมพันธ์ของเครื่องกับภาวะหายใจของผู้ป่วย 3. ประเมินสัญญาณชีพ Monitor ECG O_2 Saturation วัดสัญญาณชีพทุกครึ่งถึง 1 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติเพื่อให้การช่วยเหลือ 4. ติดตามผล ABG เพื่อประเมินภาวะกรดต่าง และผลการรักษาด้วยออกซิเจน เพื่อปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย ตรวจสอบใช้ต่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ฟังปอดเพื่อประเมินดูว่ามีเสียงลมเข้าปอด 2 ข้างเท่ากันหรือไม่ ถ้ามีเสียงลมเข้าปอดเพียงข้างเดียวทำให้ปอดอีกข้างแฟบไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ วัด Cuff pressure เวนละครั้งให้มี Pressure 20 ถึง 25 cm H_2O ป้องกันเกิด Pressure neerogis ของหลอดลม ใส่ Air way ป้องกันผู้ป่วยกัดท่อหลอดลม จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอหรือข้อต่อหลุดได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ จัดท่า semi fowler Position เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ช่วยให้ปอดขยายได้ดีขึ้นอากาศกระจายไปทั่วทุกส่วนของปอด ช่วยให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ป้องกันการอุดตัน ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงสลับซ้ายขวา suction ในระบบปิดให้ O_2 100% ตลอดเวลาจากเครื่องช่วยหายใจแทนการปลดสายเครื่องช่วยหายใจ ในขณะที่ suction เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนเพิ่มขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน จัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม ร่วมปรึกษากับญาติในการเข้าเยี่ยมเป็นเวลา ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ O_2 ในร่างกายของผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ Cyanosis เสียง Wheezing ลดลง เสมหะมีจำนวนลดลง สีขาวใส สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 ถึง 130/90 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 99-100%



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน 1. มีเสมหะขาวข้นเหนียวจำนวนมาก 2. มีไข้ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส 3. ผล CBC WBC 15,660 cells/mm³ Neutrophil 75% 4. Sputum gram Stain Moderate gram Positive cocci 5. Film chest infiltration both lung วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	1. ประเมินสภาพโดยการฟังเสียงปอดว่ามีเสียง Wheezing Crepitation Rhonchi หรือไม่ 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงติดตามอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้เซ็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาประเมินภาวะติดเชื้อที่ปอด 3. ล้างมือโดยยึดหลัก Aseptic Technique ก่อนและหลังทำกิจกรรมกับผู้ป่วยทุกครั้ง 4. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อป้องกันการเกิด Aspirate pneumonia 5. Suction ในปากก่อน Suction ใน ET tube เพื่อป้องกันการอุดตันนำเอาเชื้อโรคจากในปากเข้าสู่ปอด Suction ใน ET tube โดยใช้ Close Suction ในการดูดเสมหะ ไม่ปลดข้อต่อสายเครื่องช่วยหายใจโดยไม่จำเป็น หลังปลดสายเช็ดข้อต่อด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก่อนต่อกลับคืน 6. วัด Cuff pressure ให้อยู่ประมาณ 20-25 cmH₂O เวนละ 1 ครั้ง ตรวจสอบไม่ให้มีลมรั่วป้องกันการเกิด Aspirate pneumonia 7. จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตกร่องข้าง เพื่อป้องกันน้ำค้างสาย ซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด 8. สังเกตลักษณะของเสมหะ ติดตามผลการเพาะเชื้อเสมหะ ทำความสะอาดปากฟันทุก 4 ชั่วโมง เปลี่ยน air way ทุกวันและทุกครั้งที่สกปรก 9. ดูแลได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 gm ทุก 8 hrs. Azithromycin (250 mg) 2 tab Oral OD pc สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเช่นผื่นขึ้นตามตัว 10. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic pneumonia 11. จัดผู้ป่วยแยกจากผู้ป่วยติดเชื้ออื่นเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่อง O₂ ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ควบคุมในการรักษา ต้องระวังการติดเชื้อที่อาจเกิดจากการกดภูมิคุ้มกัน 12. ร่วมกับแพทย์ในการวางแผนยาเครื่องช่วยหายใจ เมื่อความรุนแรงของโรคหมดไป 13. สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผล เสมหะลดลง สีขาวใส ไม่มีเสียง Crepitation Rhonchi Sputum Culture No Growth Chest X ray Decreased lung infiltration สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต 123/88 ถึง 145 ถึง 90 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารเองไม่ได้ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสูญเสียน้ำจากการหายใจ เหนื่อยหอบ 2. ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube ใส่ NG tube 3. ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำทางปากได้ 4. Intake 2,200 cc/day Output 900 cc/day 5. ผล Electrolyte Na 143 mEq/L K 3.8 mEq/L Cl 109 mEq/L CO2 16.9 mEq/L 6. ได้รับสารน้ำ NSS 1,000 ml IV drip 80 ml/hr วัตถุประสงค์ มีความสมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย สังเกตอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ เช่นหอบเหนื่อย จากการกรดต่าง การติดต่อของผิวหนังไม่มีริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก 2. ดูแลได้รับสารตามแผนการรักษา Control ด้วย Infusion pump 3. ดูแลให้อาหารเหลวทางสายยาง Blendura (1.2: 1) 250 ml น้ำตาม 50 ml x 4 feed น้ำระหว่างมีอาหาร 100 ml รักษาความสะอาดสายยางโดยให้น้ำตามหลังอาหารทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ อาหารไหลย้อนมาตามสาย เพราะอาหารอาจเสีย เมื่อให้อาหารครั้งต่อไปผู้ป่วยอาจมีอาการ ท้องเสียได้ 4. ดูแลเปลี่ยนอริยาบถบนเตียง เพื่อลดอาการท้องอืด 5. ดูแลทำความสะอาดปาก ฟันด้วยน้ำยาบ้วนปาก และทำความสะอาดในโพรงจมูกที่ใส่สายยางให้อาหาร เพื่อให้เกิดความสบาย 6. ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ 7. บันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อควบคุมสมดุลของน้ำในร่างกาย การประเมินผล ผู้ป่วยอ่อนเพลียน้อยลงแขนขาไม่อ่อนแรงกล้ามเนื้อตึงตัวดี ริมฝีปากผิวหนังชุ่มชื้นไม่แห้ง ได้รับสารอาหารและน้ำตามแผนการรักษา รับอาหารทางสายยางได้หมด ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ รับประทานอาหารอ่อนได้ครั้งละ 1 ถาดต่อมื้อ
4. ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมผูกยึดและใส่ปลอกถ่วงมือ เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ 2. ได้รับยากลุ่มยา Sedative วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการ	1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจ ถึงความจำเป็นต้องจำกัดกิจกรรม จำเป็นต้องมีการผูกมัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สื่อสาร และหาแนวทางให้ผู้ป่วยบอกความต้องการ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ 4. ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจ อุปกรณ์การแพทย์ไม่ให้ ดึงหลังจัดท่านอนให้ สะดวกต่อการเคลื่อนไหว 5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด ช่วยทำกิจวัตรประจำวันโดยจัดลำดับกิจกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ 6. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ เช่น แผลกดทับ Hypostatic pneumonia



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ดูแลช่วยเหลือการขับถ่ายเป็นปกติ ให้ถ่ายอุจจาระบนเตียง กันม่าน ให้มีจิตใจและช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายด้วยความเต็มใจ 8. ดูแลร่างกายให้สะอาดและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ทำความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ทุกเช้าเย็น ทุกครั้งที่มีการขับถ่าย 9. ยกเหล็กกันเตียงขึ้นไว้ทั้ง 2 ข้างทุกครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาล 10. ตรวจสอบผ้าผุ้กมียืดผู้ป่วยไม่ให้ตึงแน่น เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 11. จัดสิ่งแวดล้อม จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้พร้อมใช้ ดูแลความสะอาดผ้าปูเตียง เรียบตึงและสะอาดอยู่เสมอ การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียงได้ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาที่เหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมี สีหน้า แหวตะ ท่าทางวิตกกังวล 2. กระสับกระส่าย สื่อสารด้วยไม่เข้าใจ 3. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามว่าผู้ป่วยจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนานแค่ไหน จะกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมหรือไม่ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวเผชิญต่อภาวะการเจ็บป่วยได้	1. พยาบาลสร้างสัมพันธ์ทางที่ดีพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อมั่นในการพยาบาล แนะนำเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เช่น หายใจหอบเหนื่อย เสมหะจำนวนมาก ให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยต่างๆ อธิบายให้ทราบถึงเครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ให้ทราบถึงประโยชน์และผลของการได้รับ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหา สิ่งที่กำลังกังวล รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เข้าใจยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร แสดงออกให้ทราบว่าพยาบาลเข้าใจความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ญาติสงสัย จัดสถานที่ให้ญาติร่วมปรึกษากับแพทย์ อำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม 4. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าที่อบอุ่นเป็นมิตร บอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย 5. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองในขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีติดต่อสื่อสาร เช่น การใช้มือทำสัญลักษณ์ต่างๆที่สามารถสื่อสารให้เข้าใจตรงกันได้ 6. ให้ญาติที่ผู้ป่วยต้องการให้เยี่ยมเข้าเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจ มีกำลังใจ อธิบายให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลายสดชื่นขึ้น รับทราบแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงในช่วงเวลากลางคืน สามารถถอดท่อช่วยหายใจภายใน 2 วัน ใช้ชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
6. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องขาดการมาตรวจตามนัด 2. เมื่อเจ็บป่วยซื้อยารับประทานเองที่บ้าน วัตถุประสงค์ รับรู้และเข้าใจในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค	1. ประเมินผู้ป่วยและญาติโดยการสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุพยาธิสภาพของโรค การรักษา การดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2. แนะนำการสังเกตอาการไข้ ไอ การหายใจเหนื่อยหอบ การจัดการเบื้องต้น อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งข้อมูลต่างๆ แจ้งเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานเพื่อปรึกษาปัญหาได้ 3. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกำลังกาย การไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกการหายใจโดยใช้กลัมน้ำร้อนหน้าท้องและกระบังลม การฝึกการหายใจใช้กลัมน้ำร้อนหน้าอก 4. แนะนำให้รับประทานยา ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้องและถูกวิธี รู้จักที่จะสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ไม่ควรเพิ่มหรือหยุดยาเอง รวมทั้งไม่ควรซื้อยารับประทานเอง 5. แนะนำให้อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ควรอยู่ในที่ที่แออัด หลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ บริเวณที่มีฝุ่นละออง ควรสวมผ้าปิดจมูก ไม่ควรเข้าไปคลุกคลีกับผู้ที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 6. แจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ผู้ป่วยไว้อ่าน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และมีแนวทางในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน 7. ส่งต่อแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานปฐมภูมิสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ติดตามเยี่ยมและติดตามดูแลเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจรับรู้การปฏิบัติตัวร่วมหาแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม การมาตรวจตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ญาติดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้ถูกต้อง

อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษา ฝ้าติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพวัดและบันทึกสังเกตอาการผิดปกติทุก 15 ถึง 30 นาที สังเกตระดับความรู้สึกตัว บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลผู้ป่วยได้รับสารน้ำอาหารอย่างเพียงพอ ภาวะของโรคอาจทำให้มีอาการหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย อ่อนล้า ซึมลง อาจเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว จนกระทั่งเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ป้องกันการเกิดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมปริมาตรและแรงดัน ในกระบวนการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนอยู่มาก เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่นภาวะ Barotrauma Atelectasis Rupture alveolar เป็นต้น พยาบาลจึงระมัดระวังในการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ประเมินผลประสิทธิภาพการ

ทำงานของเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องโดยพบว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถหายาต่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค พยาบาลผู้ดูแลต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การป้องกันสิ่งกระตุ้น ปรับให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปปฏิบัติตัวได้ เพื่อป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้

บทสรุป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ โดยมีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีแคบลง พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อหลอดลมเกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยจะไอมีการหลั่งเสมหะมากขึ้น ทำให้เสมหะมากขึ้น เซลล์ที่มีการอักเสบของท่อหลอดลมทำให้เสมหะเหนียวมีสีเหลืองหรือเขียว การระคายเคืองเรื้อรังทำให้ระบบ



ป้องกันการติดเชื้อในหลอดลมเสื่อมลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ขนาดของหลอดลมที่บวม และเสมหะในหลอดลมร่วมกับต่อมเยื่อที่โตขึ้น ทำให้ท่อของหลอดลมเล็กลงผนังของหลอดลมที่ถูกทำลายไปจะอ่อนแอและทำให้หลอดลมตีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าเดิมการระบายอากาศในปอดไม่ทั่วถึง ทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์ที่คั่งในเลือดเป็นผลให้หลอดเลือดในปอดหดตัว ความดันในปอดสูงเกิดภาวะหัวใจข้างขวายาวตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยโดยเฉพาะเวลาที่ต้องออกแรงมากขึ้น ไอเป็นพักๆ อ่อนเพลียหลังออกแรง อาการรุนแรงจะมีอาการหายใจลำบาก ฟังปอดจะได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) น้ำหนักลด มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้รับการดูแลรักษาตามกระบวนการพยาบาล การรักษาคือการให้ออกซิเจน รักษาสาเหตุชักนำ เช่นการติดเชื้อการแพ้ หลีกเลียงปัจจัยส่งเสริมเพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค รักษาตรงสาเหตุและการรักษาในระยะยาวมีประสิทธิภาพ ให้อาสาสมัครช่วยหลอดลม ให้อาสา corticosteroid แก้อาการอักเสบที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง แก้ไขภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปอดกั้นเรื้อรังมักมานอนโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลัน การ

พยาบาลมีความสำคัญมากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเน้นการป้องกัน การดูแลรักษาพยาบาลโดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยการลดและขับเสมหะในหลอดลม ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ลดความวิตกกังวล มีการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเตรียมผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้ตามความสามารถที่เหมาะสมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดจะสำเร็จได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดี จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอยู่อย่างสุขสบายตามสมควรแก่สภาพ ความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ลดความเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.บุญสว่าง พิลาสภา. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 8(1): 232-243.
- 2.เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์. (2560). ระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สถาบันโรคทรวงอก.
- 3.ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 4.เพ็ญศิริ สิริกุล, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และรสสุคนธ์ แสงมณี. (2560). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาล จังหวัดนราธิวาส. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก; 28(1): 57-68.
- 5.สถาบันโรคทรวงอก. (2563). ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในประเทศไทย. <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>.
- 6.สมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- 7.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติโรคกรมการแพทย์. รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation: กรณีศึกษา
Nursing care of pancreatic head CA patients with receiving Whipple's operation:
A case study

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

สร้อยสน พามา¹

Soison Pama

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 22 พฤษภาคม 2565 ด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืดบ่อยๆ น้ดมาส่องกล้องทางเดินอาหาร ERCP พบ Obstructive jaundice ได้รับการทำ CT of upper abdomen พบ Distal CBD obstruction และวินิจฉัย Primary pancreatic head CA แพทย์ทำผ่าตัด Whipple's operation วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 ขณะดูแล ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการหายใจบกพร่อง ใส่ท่อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน POPF ซึ่งเป็นภาวะหลังการผ่าตัดตับอ่อนที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนปลอดภัย ในระยะฟื้นฟู ได้รับการดูแลป้องกันติดเชื้อที่บาดแผล การควบคุมความปวด จนอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายได้วันที่ 5 มิถุนายน 2565 รวมระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, มะเร็งส่วนหัวตับอ่อน, การผ่าตัด Whipple's operation

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of pancreatic head CA patients with receiving Whipple's operation.

Results: A case study of a 73 year old Thai woman with abdominal pain and flatulence was admitted to the hospital on 22 May 2022. After endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), the result showed obstructive jaundice. Patient was received CT of upper abdomen. Distal CBD obstruction was observed. The patient was diagnosed with Primary pancreatic head CA. Doctor performed Whipple's operation on 24 May 2022. During nursing care, the patient had impaired breathing performance then received the intubation. The patient had a risk of bleeding after surgery and postoperative pancreatic fistula (POPF) which is the most common condition after pancreatic surgery. The patient was treated until safe. During the recovery period, patient received care to prevent wound infection and pain control. The patient was discharged on 5 June 2022, Total of admission for 14 days.

Keywords: nursing care, pancreatic head CA, Whipple's operation

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช



บทนำ

มะเร็งส่วนหัวตับอ่อน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งเป็นอันดับที่ 4 ในประชากรฝั่งตะวันตกทั้งในทวีปยุโรป และอเมริกา ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตประมาณหนึ่งแสนรายต่อปี และมีอัตราการรอดชีวิตระยะยาวเพียง ร้อยละ 1 หากพิจารณาประเด็นอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด พบว่า ปัญหาหลักที่สำคัญ คือ การวินิจฉัยมะเร็งตับอ่อนในครั้งแรกพบว่าอยู่ในระยะลุกลาม ไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือเป็นระยะแพร่กระจายประมาณร้อยละ 80 ถึง 90 อย่างไรก็ตามหากสามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกในผู้ป่วยที่เหมาะสมได้ อาจส่งผลให้อัตราการอยู่รอดสูงถึงร้อยละ 25 และในสถาบันที่มีการผ่าตัดปริมาณมาก (high volume) ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีผลจากการผ่าตัดที่ดีและมีอัตราการตายต่ำกว่าร้อยละ 5 ซึ่งจากอดีตจนถึงปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดรักษามะเร็งส่วนหัวตับอ่อนมากขึ้น ตั้งแต่การผ่าตัดเปิดช่องท้องจนไปถึงการเจาะรูผนังหน้าท้องเพื่อผ่าตัดมะเร็ง

ปัจจุบันโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้มีการผ่าตัดมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน (Whipple's operation) โดยปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 6 ราย, 7 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ หลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจะได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนัก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้ชิด ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงภาวะวิกฤต จะต้องมีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญด้านการพยาบาลรวมทั้งความเข้าใจพยาธิสภาพหลังการผ่าตัด และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ทันทีหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อพรัองออกซิเจน ภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด อาการปวดแผลเฉียบพลัน ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation: กรณีศึกษา ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูล และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 22 พฤษภาคม 2565 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืดบ่อยๆ นัดมาส่งกล้องทางเดินอาหาร ERCP พบ Obstructive jaundice ได้รับการทำ CT of upper abdomen พบ Distal CBD obstruction และ วินิจฉัย Primary pancreatic head CA แพทย์จึงนัดมาทำผ่าตัด แรกเริ่มเข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม

หญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 5,780 cell/cu.m.m, Neutrophil 47.9%, Lymphocyte 44.5%, Monocyte 4.5%, Eosinophil 2.6, Basophil 0.5%, Hct 31% Biochemistry Na 141 mmol/L, K 4.04 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO₂ 25.4 mmol/L, BS 86 mg/dl, PT 10.5 sec, INR 0.89, PTT 22.2 sec, LFT Total protein 7.02 g/dl, Albumin 3.71 g/dl, Globulin 3.31%, Direct bilirubin 2.48 mg/dl, Alkaline phosphatase 224 U/L, SGOT 31 U/L, SGPT 15 U/L จากการศึกษาประวัติและแบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่า

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรอให้หายเอง และซื้อยามารับประทาน เมื่อเจ็บป่วยมากจะเข้ารักษาในสถานอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาล เคยดื่มสุรามานาน 10 ปี ปัจจุบันเลิกแล้ว ไม่เคยสูบบุหรี่ การประเมินสุขภาพ ท้องอืดตึงเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงตามเวลา โดยมีอาหารหลัก คือ ข้าวเจ้า ชอบอาหารที่มีรสจัด รับประทานได้ทุกประเภท ปฏิเสธการรับประทานอาหารดิบ ของหมักดอง ปฏิเสธการอาหาร การประเมินสุขภาพ น้ำหนักประมาณ 54 กิโลกรัม ส่วนสูงประมาณ 156 เซนติเมตร ลักษณะผิวหนังยืดหยุ่นดี

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ปกติถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด การประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะก่อนผ่าตัด

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวัน

และการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำได้ตามปกติ ออกกำลังกายเดินระยะสั้นๆ ได้ การประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาทั้งสองข้างแรงดี

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับ

พักผ่อน การนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง นอนเป็นเวลา ตั้งแต่เวลา 22:00 น.- 06:00 น. นอนเวลากลางวันประมาณ 1 ชั่วโมง รับประทานยานอนหลับเป็นบางครั้ง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การมองเห็นไม่ชัดเจนตาพร่ามัวประมาณ 3 ปี ไม่ได้สวมแว่นตา การได้ยิน หูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนดี การดมกลิ่น จมูกสามารถรับกลิ่นได้ตามปกติ การรับรส ลิ้นสามารถรับรสชาติอาหารได้ปกติ การสัมผัสความรู้สึกอื่น หนาว เจ็บปวดได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการเรียนรู้ตนเอง

และอัตโนทัศน์ ก่อนการเจ็บป่วยรู้สึกกว่าตนเองสามารถทำงานได้ทุกอย่างปกติ ตามอายุ จากการประเมินสุขภาพ การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เป็นภาระของครอบครัว กลัวรักษาไม่หายและกลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและ

สัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน สามารถพึ่งพาได้ ไม่มีปัญหาในการปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น บทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และ

การเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยแต่งงาน มีบุตร 2 คน ปฏิเสธความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ และความผิดปกติของอวัยวะเพศ

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญ

ความเครียดและความทนต่อความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ กลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความ

เชื่อ เชื่อเรื่องบาป บุญ เวิร์ม ต้องการหายจากการเจ็บป่วยและอยู่กับครอบครัวนาน ๆ



แพทย์วางแผนผ่าตัดมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน (Whipple's operation) วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง ส่งเข้าผ่าตัดเวลา 09.44 น. ออกจากห้องผ่าตัดเวลา 15.15 น. และเข้ารักษาพยาบาลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แกร็บที่ห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ใส่ท่อช่วยหายใจ No.8 มุมปาก 22 cms หายใจสัมพันธ์กับการบีบ Ambu bag สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท On NG tube ต่อลงถุง content สีเขียวใส แผลผ่าตัดหน้าท้องมีสายระบาย Jackson drain 1 เส้น ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกกันถุง 50 ml

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการหายใจบกพร่อง ภายหลังผ่าตัดไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ใส่ท่อช่วยหายใจ O₂ saturation 97% ประเมินการหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ Volume ventilator mode PCMV RR 16/min PS 14 cmH₂O PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 ประเมินสังเกตจุดบันทึกอาการแสดง Vital signs ทุก 15 นาที และอาการของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเย็น ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงเสมหะในท่อหลอดลมคอ ดูแลเสมหะครั้งหนึ่งๆ ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ self inflating bag ต่อออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบลมเข้าปอดอย่างนุ่มนวลสลับกับการดูแลเสมหะ ขณะดูแลเสมหะสังเกตอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีดริมฝีปากเขียวคล้ำ ประเมิน Tidal volume และวัด O₂ saturation ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม ฟังเสียงลมเข้า-ออกจากปอด ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจและตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ การประเมินผล 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-130/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 97-98% เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจวันที่ 2 หลังการผ่าตัด โดย Spont 5 cmH₂O. PS 10 cmH₂O FiO₂ 0.4 ประเมิน O₂ saturation ระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกหมด ปลดลมนอกจาก cuff ถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว On O₂ Canular 5 LPM ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O₂ saturation ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ Monitor NIBP อย่างใกล้ชิด ติดตามและบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์พร้อมใส่ใหม่เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยสามารถถอดท่อหายใจได้สำเร็จ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดมีแผลบริเวณหน้าท้องมีเลือดซึมเล็กน้อย สารเหลวจากท่อระบายสีแดงสด ปริมาณ 50 ml เสียเลือดในห้องผ่าตัด 400 ml ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก ½ -1 ชั่วโมง ใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและสายระบาย เช่น ท่อระบาย gastric content ถ้าปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเป็นเลือดสด >400 มล./ชม. ใน 1 ชม., 200 มล./ชม. X 2 ชม., 100 มล./ชม. X 4 ชม. หรือมีภาวะ hypovolemia เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ให้รีบรายงานแพทย์ทันที ดูแลการทำงานของสายระบายไม่ให้หักพับงอ ใช้ตัวหนีบของขวด Jackson drain หนีบ กับเสื้อเพื่อยึดสายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และจัดสายท่อระบายให้ตึงพอดีไม่ตึงรั้ง เทสาคัดหลัง (Content) ออกจากกระเปาะลงในถุงพลาสติกโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ บีบพับให้กระเปาะแบนพร้อมเช็ดบริเวณฝาปิด ดูแลสายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหาร ต่อลงถุงพร้อมสังเกตสีและจำนวนของน้ำที่ถูกดูด

ออกมา ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1000 ml iv drip 120 ml/hr ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct ลดลงจาก 32% เป็น 25% ดูแลให้เลือดชนิด PRC 1 unit iv in 3 hr ทดแทนตามแผนการรักษา สังเกตลักษณะ จำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง keep 25 ml/hr การประเมินผล หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เลือดที่ออกจากท่อระบาย 20 ml สีแดงจางๆ ไม่มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ชีพจรส่วนปลายแรง capillary filling test 2 วินาที ผิวหนังอุ่น ผล Hct หลังให้เลือด 31% ปัสสาวะออก 50 ml/hr

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน POPF (Postoperative pancreatic fistula) POPF เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตับอ่อนที่พบได้บ่อยที่สุด โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดนั้นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10-60 พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสารคัดหลั่งในขวดระบาย ทั้งสี และปริมาณ 3 วัน หลังผ่าตัด ส่งตรวจ Serum amylase จากเลือด และสายระบายที่ออกมา หากมีค่า amylase ในสายระบาย (drain fluid) ที่สูงมากกว่าสามเท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ (upper normal limit) รีบรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ค่า amylase ในสายระบายสัดส่วนน้อยกว่าค่า Serum amylase ไม่พบการรั่วซึมหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด สามารถ off drain ออกได้

รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ/การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง หลัง off Et-tube ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที นอนนิ่งไม่ขยับตัว มีเสียงเสมหะในลำคอ อธิบายสาเหตุและผลกระทบของการขับเสมหะหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า semi-fowler's position หรือในท่านอนศีรษะสูง (fowler's position) เพราะในท่านี้จะช่วยให้อากาศเข้ากะบังลมลดต่ำและทำให้หดรัดตัวได้แรงดีส่งผลให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ให้ผู้ป่วยใช้มือประสานกันพยุงแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ใช้หมอนหรือ

ผ้าสะอาดวาง บนแผลและใช้มือ 2 ข้างวางทับอีกครั้ง เพื่อช่วยลดการสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกหายใจโดยใช้อุปกรณ์ (Incentive spirometer) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ประเมินอาการของภาวะพร่องออกซิเจน การทำงานของปอด โดยฟังเสียง และประเมินการหายใจผิดปกติรายงานแพทย์ บันทึกสัญญาณชีพ O₂ saturation ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดปากและฟันลดการคั่งของเสมหะ ติดตามผลการตรวจ CXR ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับการะส่าย หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation มากกว่า 99% เสียงหายใจปกติ ผลตรวจ CXR ปกติ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนและเกลือแร่ไม่สมดุล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดตัดเอามะเร็งส่วนหัวตับอ่อนออก วันที่ 2 ยังดื่มน้ำและอาหารทางปาก มี gastric content จาก NG tube สีเขียว ออก 100 ml อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวของลำไส้ 1-2 ครั้ง/นาที ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่ต่ำเฉพาะมากกว่า 1.030 เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว อาการโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลงลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ Acetar 1000 ml iv drip 120 ml/hr สังเกตสี ลักษณะ ปริมาณของสารเหลว (content) ที่ออกจาก NG tube ท่อระบาย ลักษณะอุจจาระปัสสาวะ ผิดปกติ รายงานแพทย์ บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. รายงานแพทย์ ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์หลังผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 100-110 ครั้ง/

นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/86 มิลลิเมตรปรอท 4 วันหลังผ่าตัด off NG tube ได้ เริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อนได้ ตามลำดับ ตรวจเกลือแร่ในร่างกาย Na 135 mmol/L, K 3.54 mmol/L, Cl 126 mmol/L, CO₂ 20.3 mmol/L

ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด หลังผ่าตัด Whipple's operation วันที่ 1 มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ได้ขายโครงขาแนวเฉียง ผู้ป่วยบอกปวดแผลมาก นอนนิ่ง ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีความดันโลหิตสูงขึ้น 160/98 มิลลิเมตรปรอท หายใจเร็ว 24 ครั้ง/นาที ชีพจรเต้นเร็ว 108 ครั้ง/นาที สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 10 คะแนน ประเมินความปวดโดยใช้ numeric rating scale ร่วมกับประเมิน สีหน้า ท่าทาง สัญญาณชีพ ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยให้ 0.0625% Marcain + MO 0.02 mg/ml epidural drip 4 ml/hr ทางหลอดเลือดดำและสังเกต อาการแทรกซ้อน คือ กดการหายใจ RR < 12 ครั้ง/นาที คลื่นไส้ อาเจียน หลังได้รับยา 30-60 นาที ประเมิน ความปวดซ้ำ ังดให้ morphine จัดท่าศีรษะสูง หรือท่า semi fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผลที่ท้อง สอนให้ประคองแผลเวลาไอหรือขยับตัวเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อการสัมผัสเตือนแผล แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกลึก ๆ ลึก ๆ และการเบี่ยงเบนความสนใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัว การประเมินผล 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สีหน้ายังไม่ค่อยสุขสบาย นอนหลับได้เป็นพักๆ ประมาณครึ่งละ 1-2 ชั่วโมง pain score 6 คะแนน ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นอนหลับพักผ่อนขึ้น 3-4 ชั่วโมง pain score 5 คะแนน

เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด มีแผลหน้าท้องเป็นแผลเปิดยังไม่เย็บแผล มีท่อระบาย สิ่งคัดหลั่ง มีใช้เป็นบางเวลา (T

39°C) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 13,800 cell/cumm., Neutrophil 80 cell/cumm., Lymphocyte 15 cell/cumm. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้แก่ แผลที่หน้าท้องไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน ประเมินลักษณะสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบายทั้ง สี กลิ่น ปริมาณ หาก ผิดปกติ ได้แก่ สิ่งคัดหลั่งสีน้ำตาล แดงคล้ำ สีเขียวคล้ายน้ำดี ให้รายงานแพทย์ ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Cef 3.2 gm iv OD Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง บันทึกน้ำเข้า-น้ำออกทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้และกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากกว่า 3,000 มล./วัน จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ให้ได้รับอาหารเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดที่มีท่อระบาย เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ลดจำนวนเชื้อโรคและการระคายเคืองผิวหนัง ช่วยส่งเสริมการหายของแผล ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพับ งอ ติดพลาสติก ยึดสายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และจัดสายท่อระบายให้ตึงพอดี ไม่ตึงรัง การบีบรัด (milking) สายท่อระบาย ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท แผลที่หน้าท้องแดงดี ไม่มีหนอง ปวด บวม แดง ร้อน ท้องอืดเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน สารคัดหลั่งจากท่อระบายสีเหลืองใส ปริมาณ 10-20 ซีซี ใน 8 ชั่วโมง วันที่ 3 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยได้รับการเย็บแผลที่ห้องผ่าตัด แผลแห้งดี ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก อาการดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ (room air) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดแห้งดี รับประทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มี

คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส แพทย์ให้
จำหน่ายได้วันที่ 5 มิถุนายน 2565 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
อธิบายการปฏิบัติตัวที่บ้านเกี่ยวกับอาการ
ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ใช้ แผลผ่าตัด บวม
แดง ท้องอืด มีคลื่นไส้ อาเจียน การดูแลบาดแผลให้
ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้
บ้าน การรับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนครบ 1
สัปดาห์ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

อภิปรายผล

1. การผ่าตัด Whipple's operation เป็น
การผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนาน ซึ่งในผู้ป่วย
รายนี้ใช้เวลาผ่าตัดนานมากกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งถือเป็น
ความเสี่ยงมากที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะสับสน
ชั่วคราว หรือการฟุ้งจากยาสลบช้า ภาวะพร่อง
ออกซิเจน พยาบาลจึงต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
ภายหลังจากผ่าตัด ต้องวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที
สังเกตอาการฟุ้งจากยาสลบ ระดับความรู้สึกตัว
ระดับออกซิเจนในร่างกาย Central monitor ให้
ทราบอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตลอดจนการ
ป้องกันการติดเชื้อที่สอดคล้องกับการใช้เครื่องช่วย
ด้วยการปฏิบัติตามมาตรฐาน VAP BUNDLE ให้
ผู้ป่วยสามารถหายใจได้โดยเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
ผู้ป่วยรายนี้จึงหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จใน 48
ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2. การเกิดภาวะแทรกซ้อน POPF
(Postoperative pancreatic fistula) ซึ่งเป็นภาวะ
แทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตับอ่อนที่พบได้บ่อยที่สุด
พยาบาลต้องสังเกตอาการแสดงของการเกิดภาวะนี้
ได้แก่ สายระบายไม่มี content ออก ท้องอืด ปวด
ท้อง ความดันโลหิตลดลงเฉียบพลัน ซึ่งถือว่าอาการ

รุนแรงแล้ว การส่งตรวจ Serum amylase จากเลือด
และสายระบายที่ออกมาจะช่วยวินิจฉัยได้ดี แต่ใน
การเก็บส่งตรวจดังกล่าวต้องอยู่ภายใต้เทคนิค
ความปลอดภัย และปราศจากเชื้อและส่งตรวจ
ในทันที เมื่อทราบผลพยาบาลสามารถที่จะทำนาย
ความผิดปกติและสามารถรายงานแพทย์ได้ทันที
ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลเป็นตามมาตรฐาน
ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผล
มาก ไม่กล้าขยับตัวเพราะกลัวเจ็บแผลมากขึ้น ต้อง
ให้ยาแก้ปวด MO 4 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 3
วันแรก และประเมิน pain score ทุก 4 ชั่วโมงระดับ
pain score ลดลงเท่ากับ 5-7 คะแนน เมื่อผู้ป่วยมี
อาการปวดลดลงต้องกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย
ตามความเหมาะสม เพราะอาจเกิดมี Re-bleeding
ในช่องท้องได้ โดยการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง
อย่างใกล้ชิด และติดตาม Hct เป็นระยะ การสังเกต
และบันทึกปริมาณของสารระบายจากสายต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมเพิ่มความรู้ และ
สมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทุกปี
เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางด้านโรค
ศัลยกรรมตับและทางเดินน้ำดี จะส่งผลให้จำนวน
ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น พยาบาลต้องมีความรู้ทันต่อสมัย
ตลอดเวลา

2. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
มะเร็งตับอ่อนให้เป็นมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วย
ให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3. แก้ปัญหาการขาดแคลนเลือด โดย เตรียม
ล่วงหน้าก่อนผ่าตัดให้ญาติมาบริจาคเก็บไว้ และ
ประชาสัมพันธ์การมาบริจาคเลือด



เอกสารอ้างอิง

- 1.ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์. (2559). การดูแลโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน. เวชสารแพทย์ทหารบก. 69(2), 89-99.
- 2.ธีระชล สาดสิน, ปิยะพงษ์ หารศรี, ชญานิศ ขอบอรุณสิทธิ ธนิตา พุ่มท่าอิฐ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนในระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาล; 23(2): 82-96.
- 3.วีรณ อุดมประภาพรพย. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน (Whipple operation) : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร; 20(1): 14-23.
- 4.Bourgouin S, Ewald J, Mancini J, Moutardier V, Delpero JR, Le Treut YP. (2017). Predictive factors of severe complications for ampullary, bile duct and duodenal cancers following pancreaticoduodenectomy: Multivariate analysis of a 10-year multicentre retrospective series. Surgeon;15(5):251-8.
- 5.Gumbs, A.A.; Rodriguez Rivera, A.M.; Milone, L.; Hoffman, J.P. (2017).Laparoscopic Pancreatoduodenectomy: A Review of 285 Published Cases. Ann. Surg. Oncol. 2017, DOI:10.1245/s10434-010-1503-4.
- 6.Hassold N, Wolfschmidt F, Dierks A, Klein I, Bley T, Kickuth R. (2016). Effectiveness and outcome of endovascular therapy for late-onset postpancreatectomy hemorrhage using covered stents and embolization. J Vasc Surg;64(5):1373-83.
- 7.Staerkle RF, Gundara JS, Hugh TJ, Maher R, Steinfort B, Samra JS. (2017). Management of recurrent bleeding after pancreaticoduodenectomy. ANZ J Surg.

การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงร่วมกับ คลอดก่อนกำหนด

Nursing care of pregnant women with gestational diabetes and hypertension together with premature birth

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

กิตติยาพร ขจรไชยา¹

Kitiyaporn Khajornchaiya¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงร่วมกับคลอดก่อนกำหนด

ผลการศึกษา: หญิงไทยอายุ 39 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 5 ตุลาคม 2565 ด้วยอาการสำคัญ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกใต้ลิ้นปี่ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ตั้งครรภ์ที่ 2 (G₂P₁A₀L₁) อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ตั้งครรภ์ครั้งนี้ ตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA2) รักษาด้วย RI 2-2-2 unit (sc) แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with severe feature with GDMA2 ขณะดูแลมีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิต โดยให้ยาแมกนีเซียม ซัลเฟต ความดันไม่ลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ จึงยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก 4,090 กรัม APGAR score 10 คะแนน เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 600 ซีซี หลังผ่าตัดคลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทารกได้รับการดูแลต่อเนื่อง จำหน่ายมารดาและทารกวันที่ 9 ตุลาคม 2565 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้คลอด, โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูง, การคลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of pregnant women with gestational diabetes and hypertension with premature birth.

Result: A 39-year old Thai woman was admitted to Pakchong Nana Hospital on 5 October 2022 with major symptoms such as headache, blurred vision, and epigastric pain for 1 hour before coming to the hospital. The patient had 2nd pregnancy (G₂P₁A₀L₁), 36 weeks gestational age, this pregnancy was detected with gestational diabetes mellitus (GDMA2), treated with RI 2-2-2 unit (sc). Doctor diagnoses preeclampsia with severe feature with GDMA2. During nursing care, there is a chance of seizures due to high blood pressure. The controlling blood pressure by administering magnesium sulfate pressure does not drop normal blood sugar levels thus terminating the pregnancy by caesarean section is a solution. The patient gave a male infant with weighing 4,090 grams, APGAR score 10 points, intraoperative blood loss of 600 cc. After caesarean section, there was no complications. The baby received continuous care. The patient and her baby were discharge on 9 October 2022, total of hospital admission for 4 days.

Keywords: Nursing care, parturient, gestational diabetes, hypertension, preterm birth

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในช่วงตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมภาวะเบาหวานไม่ดีพอ จะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ เช่น การคลอดยากทำให้เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรออกทางหน้าท้อง การตกเลือด ก่อนและหลังคลอด นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานยังมีโอกาสเป็นซ้ำในครรภ์ครั้งต่อไปถึงร้อยละ 35-80 และมีโอกาสเป็นเบาหวานชนิด 2 สำหรับทารกทำให้เพิ่มอัตราการตายของทารกในระยะปริกำเนิด การบาดเจ็บจากการคลอดเนื่องจากทารกตัวโตกว่าปกติ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จากสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลปากช่องนานา ปี พ.ศ. 2563-2565 พบสตรีตั้งครรภ์โรคเบาหวานจำนวน 101 ราย, 131 ราย และ 126 รายตามลำดับ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มีความเสี่ยงสูงจากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ ถ้าไม่ทราบหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะชักเกร็ง eclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะชักเกร็ง) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จากสถิติของโรงพยาบาลปากช่องนานา ในระหว่างปี 2562-2564 พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 134 ราย, 103 ราย และ 92 รายตามลำดับ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และความดันโลหิตสูง โดยเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ดูแล

และทุกระยะของการคลอด เมื่อแรกได้รับตรวจสอบและซักประวัติเพื่อค้นหาความเสี่ยง มีการเตรียมความพร้อมและพิจารณาการคลอดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่มีโอกาสการคลอดติดขัด ซึ่งในแต่ละระยะของการคลอดมีการติดตามประเมินมารดาและทารกตามมาตรฐานห้องคลอด ดูแลควบคุมและป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การบริหารยา $MgSO_4$ รวมทั้งผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ในกรณีที่คลอดฉุกเฉินมีการเตรียมความพร้อมของทีมอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาช่วยเหลือแก่มารดา และทารก รวมทั้งการช่วยแพทย์ทำหัตถการต่าง ๆ และ ภาย หลัง คลอด ดูแล และ ป้อง กัน ภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอด มีการประสานงานสหวิชาชีพ เพื่อให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้คลอดและญาติเมื่อพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ และยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้คลอด และทารกก่อนการจำหน่ายให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ อันจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานในช่วงตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงร่วมกับคลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูล และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทยอายุ 39 ปี HN 6570884 AN 650015745 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง ภูมิลาเนาตำบลตันโพธิ์ อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 5 ตุลาคม 2565 เวลา 12:45 น.

อาการสำคัญ

มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกใต้ลิ้นปี่ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 2 (G₂P₁A₀L₁) อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ครรภ์แรกคลอดวิธีธรรมชาติ มีภาวะแทรกซ้อนคลอดติดไหล่ บุตรคนแรกอายุ 4 ปี ไม่เคยแท้งบุตร ตั้งครรภ์ครั้งนี้ตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA2) รักษาด้วย RI 2-2-2 unit (sc) เริ่มมีอาการปวดศีรษะ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล นอนพักอยู่บ้านสังเกตอาการ 1 วัน อาการไม่ดีขึ้น เริ่มมีอาการปวดศีรษะร่วมกับตาพร่ามัว จุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่เพิ่มขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมามีอาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่มาก จึงมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ทารกดิ้นปกติ

ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดในครอบครัว

แพทย์วินิจฉัย

Preeclampsia with severe feature with GDMA2

การตรวจร่างกายตามระบบ

- ผิวหนัง : ปกติ ไม่มีผื่นคัน ไม่มีจุดจ้ำเลือด ผิวก่อนข้างแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ซีด ไม่มีนิ้วปุ่ม ไม่มีร่องรอยของบาดแผล พบวามบริเวณขาทั้ง 2 ข้างกดปุ่ม 3+

- ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ปกติ ศีรษะได้รูป ไม่มีบาดแผล ใบหน้า คิ้ว ตา จมูก ใบหู สมมาตรดี ตา มองเห็นพรั้มวบางครั้ง เปลือกตาไม่ซีด ริมฝีปากแดงดี บริเวณลำคอไม่มีก้อน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต มีเลือดออกตามไรฟัน

- ตรวจเต้านม : ลักษณะเต้านม ลานนม และหัวนมปกติ ไม่บอด ไม่ปุ่ม ไม่มีอาการคัดตึง

- ตรวจหน้าท้อง : กดเจ็บจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ ถ้าไล่เคลื่อนไหวปกติ คลำพบยอดมดลูกสูง 39 เซนติเมตร อยู่บริเวณ 1/4 เหนือสะดือ ทารกดิ้นดี เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 138 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอชัดเจนดี

- ระบบหายใจ : ลักษณะทรวงอกปกติ ปอดขยายตัวดีทั้ง 2 ข้างสมมาตร เสียงหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที มีอาการจุกแน่นไม่สุขสบาย ไม่มีเสียง Crepitation ที่ปอด

- ระบบประสาท : การรับรู้ การรับรู้ความรู้สึก และการโต้ตอบปกติ Deep tendon reflex 3+ มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ เจ็บปวดจุกแน่นไม่สุขสบาย Pain score = 7

- ระบบไหลเวียน : หัวใจเต้นปกติ 80 ครั้งต่อนาที ไม่มี Murmur สม่่าเสมอดี

- ระบบสืบพันธุ์ : ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก ลักษณะปกติ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน

- กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนขา ไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ

สรุปอาการ

แรกจับที่ห้องฉุกเฉิน อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดความดันโลหิต 169/94 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex 2+, pupils 2 mm, Reactive to light eyes, Urine albumin 3+, เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 130 ครั้งต่อนาที

แรกจับที่ห้องคลอด รู้สึกตัวดี มีอาการบวมที่ขา 2 ข้าง เกรด 3 บ่นปวดศีรษะ Pain score 7 คะแนน มีอาการจุกได้ล้นปี ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/98 มิลลิเมตรปรอท DTX stat 78 mg/dl ตรวจครรภ์ ท้า ROA FHS 130 ครั้ง/นาที NST ปกติ แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with severe feature ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะชัก และการคลอดก่อนกำหนด ดูแลให้ยาป้องกันชัก ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่ระวังผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตอาการทางระบบประสาท อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกล้นปี สังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา MgSO₄ ได้แก่ ลักษณะการหายใจ Deep tendon reflex ปัสสาวะออกน้อย ติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดย On Fetal monitor ความดันโลหิต 146/94-165/98 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 30-40 ml/hr เด็กในครรภ์ดันดี FHS 138-140 ครั้ง/นาที แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์ อธิบายเหตุผลการผ่าตัดแก่สามีและผู้คลอดเพื่อรักษาชีวิตของผู้คลอด เตรียมผ่าตัดตามมาตรฐาน เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผลปกติ เตรียมความพร้อมในการรับเด็ก ได้แก่ อุปกรณ์ ยาช่วยฟื้นคืนชีพ ประสานงานทีมพยาบาลห้องผ่าตัด กุมารแพทย์ส่งห้องผ่าตัดเวลา 15.00 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 4,090 กรัม APGAR score นาทีที่ 1 10 คะแนน นาทีที่ 5 10 คะแนน หลังจากนั้นส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หน่วยทารกป่วย สภาพมารดาหลังผ่าคลอด

รู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยหอบ เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 600 ml ย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

กลับจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดและให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง รู้สึกตัวดี ปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีตาพร่ามัว ซาซา สองข้าง หายใจสม่ำเสมอไม่เหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม มดลูกหดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอด 100 ml ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Syntocinon 40 unit+5%D/N/2 500 ml iv 120 ml/hr then Syntocinon 20 mg+5%D/N/2 500 ml iv 120 ml/hr และให้ยา MgSO₄ จนครบตามแผนการรักษา ติดตาม Mg level ทุก 4 ชั่วโมง (4.31-4.58 mg/dl) ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกล้นปี มีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่าปกติ พุดคุยให้กำลังใจ ดูแลให้น้ำและอาหารต่อยกเว้นยา

24 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/78 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดแห้งดีปวดแผลพอทนได้ Pain score 6 คะแนน เลือดออกทางช่องคลอดปกติ เต้านมคัดตึงบุตรดูดนมได้ดี แต่ยังมีอาการปวดเต้านมบ่อยๆ แพทย์เริ่มให้จิบน้ำ และอาหารเหลวตามลำดับ หยุดการให้สารน้ำ และ off ยา MgSO₄ ระหว่างรับไว้ในความดูแลที่ห้องคลอดมี ปัญหาที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดบอกมีอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวและจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ 2. วัดความดันโลหิต 168/94 มิลลิเมตรปรอท 3. ตรวจพบ Urine albumin 3+ 4. ตรวจพบ Deep tendon reflex 2+ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะชักและอันตรายจากการชัก เกณฑ์การประเมิน 1. ไม่เกิดภาวะชัก 2. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่แพทย์ได้วางแผนไว้ <160/110 มิลลิเมตรปรอท 3. Deep tendon reflex (DTR) ปกติ (2 +) 4. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงที่นำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด จุกใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อน (deep tendon reflex) เร็วเกินไป 3⁺ ขึ้นไป หรือมีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า (ankle clonus) 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอทให้รายงานแพทย์ทันที 3. จัดสิ่งแวดล้อมและให้อยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลใกล้ชิดได้ เตรียมรถฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม 4. ดูแลให้ผู้คลอดนอนพักในท่าตะแคงซ้าย ศีรษะสูง 30 องศา ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียงโดยยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล 5. ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ตามแผนการรักษา คือ 50%MgSO₄ 4 gm+0.9%NSS 340 ml iv drip 50 ml/hr และให้ต่อเนื่องด้วย 50%MgSO₄ 20 gm+ NSS 460 ml iv drip 50 ml/hr ด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) พร้อมประเมิน Safety factor ก่อนและขณะได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ ปัสสาวะมากกว่า 30 ml/hr อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที และ Deep tendon reflex positive ถ้าขาด Safety factor ข้อใดข้อหนึ่งรายงานแพทย์ทราบ 6. ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก 7. ให้คำอธิบายก่อนให้การพยาบาลและการทำหัตถการทุกครั้ง เพื่อให้ผู้คลอดร่วมมือและลดความวิตกกังวล ประเมินผลการพยาบาล ในห้องคลอด 1. ไม่เกิดภาวะชัก 2. ความดันโลหิต 157/91-160/97 มิลลิเมตรปรอท หลังให้ MgSO₄ ความดันโลหิตยังไม่ลดลง แพทย์จึงยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด 3. Deep tendon reflex (DTR) 2 + 4. ปัสสาวะออก 30-40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หอผู้ป่วยหลังคลอด 1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่ชัก 2. ความดันโลหิตปกติอยู่ในช่วง 124/85-156/96 มิลลิเมตรปรอท 3. Deep tendon reflex (DTR) 2 + 4. ปัสสาวะออกเกิน 30 ซีซี/ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่ผู้คลอดและทารกในครรภ์ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนอุบ่าวบทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน 2. เตรียมยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ก่อนให้ยาต้องตรวจสอบยาให้ถูกต้องทั้ง ขนาด วิธีเตรียมยา วิธีใช้ และเวลาในการให้ยา รวมถึง การดู Safety



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผลตรวจระดับซีรั่มแมกนีเซียมในเลือด 4.38-4.78 mg/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เกณฑ์การประเมิน 1. ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ชีม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ 2. ปฏิริยาสะท้อนปกติ (Deep tendon reflex) 2+ 3. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที 4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 mL/hr	factor ถ้าพบข้อหนึ่งข้อใดให้หยุดยา ได้แก่ ปัสสาวะมากกว่า 30 mL/hr หายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ตรวจ Deep tendon reflex 2+ 3. ควบคุมการให้ยาด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) 4. ประเมินอาการสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไปถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ 5. เตรียม Antidote คือ 10% Calcium gluconate พร้อมใช้ทันทีและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันที เช่น ออกซิเจน รถ Emergency พร้อมทั้งยาที่ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว 6. สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) มากเกินไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ ชีม สับสน และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปฏิริยาสะท้อน และการกระตุกของกล้ามเนื้อเข่า (Ankle clonus) หายไปและติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด 7. งดอาหารและน้ำทางปาก ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย โดยใส่สายปัสสาวะคาไว้ และสังเกตสี ลักษณะของน้ำปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต ประเมินผลการพยาบาล 1. ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ชีม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ 2. ปฏิริยาสะท้อนปกติ 3. ความดันโลหิต 140/90 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที หายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที 4. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกมีปัสสาวะมากกว่า 30 mL/hr ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ 3,510 ซีซี และปริมาณสารน้ำที่ขับออก 1,000 ซีซี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน 1. อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 2. มีความดันโลหิตสูง 169/98 มิลลิเมตรปรอท 3. มีมดลูกแข็งตัวทุก 25 นาที, 30 นาที วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการคลอดก่อนกำหนด เกณฑ์การประเมินผล 1. มดลูกหดตัวห่างลงจนไม่หดตัว 2. ไม่มีการขยายของปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้มารดาพักผ่อนบนเตียง จำกัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการหดตัวของมดลูก 2. ประเมินการหดตัวของมดลูกเพื่อติดตามความก้าวหน้า 3. แนะนำมารดาสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้อง เลือดออกทางช่องคลอด น้ำเดิน 4. ให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น 5. เตรียมอุปกรณ์ ยา Ampicillin 2 gm ให้พร้อมช่วยเหลือเมื่อเกิดการคลอดก่อนกำหนด หรือพิจารณาให้ผ่าตัดคลอด การประเมินผล แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดเนื่องจากความดันไม่ลดลง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดอาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และสูงเนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์นี้ 2. งดอาหารและน้ำตั้งแต่อยู่ที่บ้าน 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 3. ระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ 78 mg/dl วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ-สูง เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ 70 - 110 mg/dl 3. Ketone ในปัสสาวะ Negative	กิจกรรมการพยาบาล ห้องคลอด 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเพื่อรักษา ระดับน้ำตาล คือ 5% D/NSS 1000 ml iv drip 50 ml/hr 2. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 3. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเป็นระยะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมิน ระดับน้ำตาลในเลือด 4. เตรียมอุปกรณ์เพื่อการช่วยเหลือ ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม และ ดำเนินการติดต่อประสานงานกับกุมารแพทย์เพื่อรับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มี ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไปดูแลอย่างใกล้ชิด 5. ภายหลังคลอดรับประทานอาหารได้ แนะนำการรับประทานอาหารที่ทาง โรงพยาบาลจัดให้ และอธิบายการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง 6. ส่งปัสสาวะ ตรวจ Ketone เพื่อประเมินภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) หอผู้ป่วยหลังคลอด 1. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 2. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เวลา 07.00 น. เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 3. อธิบายระหว่างการให้นมบุตร แนะนำให้เลี้ยงน้านมบุตรด้วยนม มารดาแต่ควรระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำช่วง 30-40 นาที หลังให้นมบุตร ป้องกันโดยดื่มมนัสกแก้วก่อนให้นมหรือระหว่างให้นมบุตร 4. แนะนำการรับประทานอาหาร เป็นอาหารที่ไม่มีรสหวานจัด และรับประทาน อาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ อาหารที่รับประทานได้ ได้แก่ ข้าวสวยปริมาณ 1 ทัพพีต่อมื้อ กับข้าวที่ไม่มีรสหวานจัด ผัก ผลไม้ เช่น ฝรั่ง ชมพู แก้วมังกร ชมเป็นชนิดเมล็ด 5. เน้นย้ำ และแนะนำให้มารดาหลังคลอดมาตรวจตามวันนัด เพื่อติดตาม โรคเบาหวานและผลระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังคลอด การประเมินผล ห้องคลอด 1. ไม่มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 98 - 110 mg/dl 3. Ketone ในปัสสาวะ Negative หอผู้ป่วยหลังคลอด 1. ไม่มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 2. ระหว่างให้นมบุตรไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 96 – 112 mg/dl
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน 1. ความดันโลหิตของผู้คลอดยังสูง 163/97 มิลลิเมตรปรอทจากภาวะ severe preclampsia ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงรกลดลง 2. อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 3. ผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ก่อนคลอด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เกณฑ์การประเมิน 1. เสียงหัวใจทารกเต้นสม่ำเสมอ 140 - 160 ครั้งต่อนาที 2. ผลการตรวจ Electronic fetal monitoring ไม่พบภาวะ late decelerations 3. คะแนน APGAR score 1 นาที $\geq$ 7	กิจกรรมการพยาบาล 1. สอนผู้คลอดประเมินสภาพเด็กตื่น เนื่องจากปริมาณเลือดเลี้ยงรกลดลง 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ เลือดออก มดลูกแข็ง ปวดท้อง และทารกดิ้นน้อยลง เป็นต้น 3. ติดตามฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทุก 15 นาทีในช่วงไตรมาสแรกและต่อไปทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ที่อาจเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนดได้ 4. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องด้วย Electronic fetal monitoring และรายงานแพทย์ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์น้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที 5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆมากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก 6. จัดให้นอนในท่าตะแคงซ้าย ศีรษะสูง 30 องศา จะช่วยไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไต 7. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมช่วยเหลือเมื่อแรกเกิด 8. ประสานกุมารแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและจองหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 9. เตรียม Transport incubator ไว้ให้พร้อมที่จะใช้เคลื่อนย้ายทารก ประเมินผลการพยาบาล 1. ก่อนคลอดเสียงหัวใจทารกเต้นสม่ำเสมอ 148 - 160 ครั้งต่อนาที 2. ผลการตรวจ Electronic fetal monitoring = Reactive ดี ไม่พบภาวะ Late deceleration 3. น้ำหนัก 4,090 กรัม APGAR score นาทีที่ 1 10 คะแนน นาทีที่ 5 10 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคตนเองและทารก ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดจะสอบถามอาการของตนเองและทารกในครรภ์ด้วยความเป็นห่วงและสีหน้าเป็นกังวล บางครั้งนอนร้องไห้ 2. ความดันโลหิตยังไม่สม่ำเสมอแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์สูงถึงแม้จะปรับยาเพิ่มขึ้นแล้ว 3. อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. ผู้คลอดคลายวิตกกังวลและสามารถปรับตัวได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายและพูดคุยด้วยกิริยาท่าทางสุภาพเป็นมิตร เอาใจใส่ดูแลใกล้ชิด ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและสอบถามความต้องการกับผู้คลอดเพื่อให้เกิดความร่วมมือขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้คลอดและทารกในครรภ์แก่ผู้คลอดและสามี 3. แจ้งความก้าวหน้าของการคลอด สภาวะทารกในครรภ์ การรักษาและผลการตรวจต่างๆ ให้รับทราบเป็นระยะและทุกครั้งที่สอบถามจะได้คลายกังวล 4. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและสามีซักถามข้อข้องใจเพื่อลดความกังวลและเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาล 5. ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา รับฟังและพร้อมที่จะแก้ปัญหาแก่ผู้คลอดต่างๆให้ 6. อนุญาตให้สามีเยี่ยมให้กำลังใจแก่ผู้คลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์การประเมิน ผู้คลอดมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พุดคุยมากขึ้นหลังให้คำแนะนำ มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดมีสีหน้ากังวลเมื่อทราบว่าต้องผ่าตัดคลอด วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ความร่วมมือในระหว่างผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน ผู้คลอดมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประสานงานกับแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้คลอดและสามีทราบถึงสถานะของโรคสถานะทารกในครรภ์และเหตุผลในการผ่าตัดเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและสามีซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล มั่นใจในการรักษา 3. อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกาย ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้คลอดทราบ 4. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟัง และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายและคำแนะนำจากแพทย์และ พยาบาล ซักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด และยินยอมรับการผ่าตัด

อภิปรายผล

กรณีศึกษารายนี้มีภาวะวิกฤตที่มีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงกับชีวิต มาด้วยไม่เจ็บครรภ์ มีอาการและอาการแสดงของภาวะ pre eclampsia มีความเสี่ยงสูงเรื่องความดันโลหิตสูงที่อันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ จึงพิจารณาให้ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ต้องมีการบริหารยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) อย่างใกล้ชิด หลังจากปฏิบัติตามมาตรฐานแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงต้องยุติการตั้งครรภ์ เป็นการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งต้องประสานงานเตรียมความพร้อมร่วมกับทีมดูแลทารก ได้เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ และทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาล เพื่อช่วยชีวิตฉุกเฉินทั้งมารดาและทารกจนปลอดภัย

พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมสามารถประเมินภาวะผิดปกติหรือสัญญาณเตือน

อันตราย (warning signs) และรายงานแพทย์อย่างทันท่วงที เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็วต้องมีสติไม่ตื่นตระหนก สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะวิกฤต นอกจากนี้ยังต้องสื่อสารข้อมูลภาวะวิกฤตของผู้คลอดและทารกในครรภ์ แผนการรักษา แก่ผู้คลอดและญาติอย่างชัดเจนเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้คลอดและญาติรับรู้ภาวะวิกฤตและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการร้องเรียนเมื่อเกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารก ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม ในระยะเวลาที่วิกฤต ท่ามกลางสถานการณ์ของบุคลากรที่มีจำนวนจำกัด

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยส่งเสริมการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพื่อให้ได้รับการคัดกรองและดูแลความ

เสี่ยงอย่างต่อเนื่องต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด และ
หลังคลอด ให้เป็นแนวทางเดียวกัน

2. พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้
คลอดที่มีความดันโลหิตสูง
3. พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการช่วยฟื้นคืน
ชีพทั้งผู้ใหญ่และทารกแรกเกิด
4. พัฒนาระบบการดูแลร่วมกับอายุรแพทย์
โดยส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์

ที่มีโรคอายุรกรรม มีภาวะรุนแรงซับซ้อนที่
เหมาะสม

5. ส่งเสริมให้ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิต
สูงคุมกำเนิดแบบถาวรหรือกึ่งถาวรเพื่อลดความ
เสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถ้ามีการตั้งครรภ์
ซ้ำตามความเหมาะสม
6. พัฒนาระบบการดูแลการคลอดก่อน
กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. โฉมพิลาต จงสมชัย. (2560). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก www.si.mahidol.ac.th/th/division/nursing/NDivision/N_APN/.../3_100_1.pdf.
2. ดวงสิทธิ์ วัฒนาร. (2560). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทย
ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด
3. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. (2554). สาเหตุและการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ในประสงค์ ตันมหาสมุทร,
พลุส จันทรประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ธนยรัตน์ วงศ์วานารักษ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงศ์ (บรรณาธิการ), สูตินรี
เวชทันยุค (OB-GYN in practice 2011) (หน้า 109-124). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด
5. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2558). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์ ทหารผ่านศึก
6. สุภานัน ชัยราช. (2560). Nursing role : Saving Mothers from Massive Management in Postpartum
Hemorrhage. กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด
7. ลัทธิพร พัฒนวิจารณ์. (2560). การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด. กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด
8. American Pharmacists Association. (2017). Drug Information Handbook with International Tradename
index. 25nd ed. OH: Lexi comp; 2016-2017.
9. American Diabetes Association. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes care 2009. Brussels:
International Diabetes Federation.
10. Kendrick JM. (2011). Screening and diagnosing gestational diabetes mellitus revisited: implications
from HAPO. J Perinat Neonatal Nurs, 25(3), 226-32.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of hip replacement surgery patients: two case studies.

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 27,2023)

ดวงภรณ์ กุลใบ¹

Duangporn Kulbai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2 ราย โดยใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า รับส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลพล ด้วย 3 ชั่วโมงก่อนมา ดึงเชือกวัวล้ม สะโพกซ้ายกระดูกแตกหัก ลุกไม่ขึ้น จากการตรวจร่างกายและผลการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกข้างซ้ายหัก จึงรับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 18 มีนาคม 2565 ในระหว่างที่รับไว้ในความดูแล และแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์หญิงโดยมีการวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 29 มีนาคม 2565 รวม 12 วัน

กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลเบิกกรมบัญชีกลาง รับส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลโนนศิลา ด้วย 5 ชั่วโมงก่อนมา วิงเวียนศีรษะ ล้มปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้ จากการตรวจร่างกายและผลการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกข้างซ้ายหัก จึงรับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 18 มีนาคม 2566 ในระหว่างที่รับไว้ในความดูแล และแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์หญิงโดยมีการวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 รวม 13 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ABSTRACT

This study was a case study. The purpose of this study was to compare the nursing care of two hip fracture patients who underwent total hip replacement surgery by using the nursing diagnoses according to Gordon's Rating Scale 11. qualitative data analysis by content analysis

The study found that

Case study 1: Thai female patient, 62 years old, marital status, Buddhist. Domicile of Khon Kaen Province Patients use medical welfare under the Universal Health Insurance Program. Pick up the patient from Phon Hospital 3 hours before coming. pull the rope of the falling cow His left hip hit the ground and he couldn't stand up from his physical examination and x-ray results. The doctor diagnosed a broken left hip joint. therefore admitted to the hospital on March 18, 2022, during which he was taken into care and solving nursing problems at the female surgical and orthopedic ward with a nursing plan Nursing activities and nursing assessments The period of hospital stay from March 18, 2022 to March 29, 2022, totaling 12 days.

Case study 2: Thai female patient, 79 years old, marital status, Buddhist. Domicile of Khon Kaen Province Patients use medical welfare reimbursement from the Comptroller General's Department Received a referral from Non Sila Hospital 5 hours ago. Dizziness, falling, left hip pain, inability to walk from physical examination and X-ray

¹ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

results. The doctor diagnosed a broken left hip joint. therefore admitted to the hospital on March 18, 2023, during which he was taken into care and solving nursing problems at the female surgical and orthopedic ward with a nursing plan Nursing activities and nursing assessments The period of hospital stay from March 18, 2023 to March 31, 2023, totaling 13 days.

Keywords: nursing care, hip replacement surgery patients

บทนำ

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก เป็นภาวะที่พบบ่อยในสตรีสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 80 ปีที่ได้รับอุบัติเหตุแม้เพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม (Wilairat, 2019) กระดูกสะโพกหักนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย อุบัติการณ์เกิดภาวะดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคนเป็น 2.6 ล้านคน และเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคนในปี 2050 โดยพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ประมาณ 2-3 เท่า สาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้มเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีผลทำให้เกิดภาวะกระดูกหักที่พบได้บ่อย คือ ภาวะกระดูกพรุน และภาวะข้อเสื่อม ส่งผลต่อโครงสร้างของข้อที่เปลี่ยนไป ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักพบว่ามีความคุณภาพชีวิตที่แย่งลง 25% ต้องใช้รถเข็น 22% ต้องช่วยในการขับถ่าย 11% ต้องช่วยอาบน้ำ 10% ต้องช่วยแต่งตัว 5% ต้องช่วยในการรับประทาน อาหาร จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก มีโอกาสเกิดการหักซ้ำได้ง่าย อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นมากถ้าหักซ้ำไม่ว่าจะเป็นข้างเดิมหรือข้างที่ยังไม่เคยหัก จากสถิติของการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน พบว่าจะมีกระดูกสะโพกหักซ้ำอีกข้างได้ร้อยละ 10 และกระดูกส่วนอื่นๆหักตามมาได้ร้อยละ 12 และสูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีสะโพกหักเพิ่มเป็น 131.5 พันล้านดอลลาร์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

ข้อสะโพกหักส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และอาจมีขาผิดรูปร่วมด้วย พบว่าอัตราการตายจะสูงสุดในจะเกิดในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหัก การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะช่วยบรรเทาอาการปวด แก้ไขข้อกระดูกที่ผิดรูป ทำให้การทำหน้าที่ของข้อสะโพกให้ดีขึ้นหรือคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่เทียบเท่ากับระยะก่อนผ่าตัดและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เคยอยู่เดิมก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพพร้อมด้วยผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มักมีปัญหาซับซ้อน บางรายยังมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้มีการชะลอการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้อัตราการตายเพิ่มมากขึ้นและยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพ สรีระและการทำหน้าที่ของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นทำให้การดูแลซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้การฟื้นตัวและการหายล่าช้า การผ่าตัดข้อสะโพก (Hip Arthroplasty) เป็นการผ่าตัดใหญ่ของการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในช่วง 30 วัน เป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate Risk) ร้อยละ 1-5 ดังนั้น หากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยยิ่งทำให้ความเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นและทำให้มีการเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นระหว่างการผ่าตัด

สำหรับโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัด ที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ใน 5 ของการผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งในปี พ.ศ. 2564-2566(

ถึงพค.2566) พบว่า มีจำนวน 24 ราย, 37ราย และ 36 รายตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 2.07-3.10และ 3.15 ของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกทั้งหมด (Sirindhorn Hospital, 2023) อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมักจะมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุ ซึ่งอาจทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบากและเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการผ่าตัดที่ไม่เพียงแต่ต้องใช้เครื่องมือจำนวนมาก โดยเฉพาะชุดเครื่องมือของบริษัทนอกที่ใช้ในการผ่าตัด แต่ยังคงเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการทำผ่าตัด เช่น อุปกรณ์ในการจัดทำผ่าตัด การส่งเครื่องมือที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้น บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้ขั้นตอนการทำผ่าตัดสำเร็จไปได้ด้วยดี ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง ต้องให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ตามวิสัยณกำหนดคือ ค่าความดันเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (Systolic Pressure) 150-90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อสามารถทำผ่าตัดได้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน เพื่อไม่ให้เกิดการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยในวันผ่าตัด ขณะรอผ่าตัดต้องมีการตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัดในที่เงียบสงบและให้มีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วย 1 คน จนกว่าแพทย์จะเริ่มทำการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้จัดทำเอกสารวิชาการฉบับนี้ ได้ทำการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมรายกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การรักษา

ภาวะแทรกซ้อน และบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจและน่าศึกษา จากผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานที่ได้ให้การดูแล 2 ราย
2. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก ปรีกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูล
3. รวบรวมเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
5. นำข้อมูลที่ไดมารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
6. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
7. สรุปผลการดำเนินการ จากกรณีศึกษา จัดทำเป็นเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงานแก่หน่วยงานต่างๆ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้สวัสดิการการ

รักษาพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า รับส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลพล ด้วย 3 ชั่วโมง ก่อนมา ดึงเชือกวัลล์ม สะโพกซ้ายกระแทกพื้น ลูกไม่ขึ้น จากการตรวจร่างกายและผลการถ่ายภาพ เอ็กซเรย์

แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกข้างซ้ายหัก จึงรับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 18 มีนาคม 2565 เลขที่ผู้ป่วยนอก 441049 เลขที่ผู้ป่วยใน 650002662 และพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Bipolar Hemiarthroplasty) วันที่ 21 มีนาคม 2565 เวลา 13.00 น. สัญญาณชีพเมื่อแรกรับ อุณหภูมิ 36 °C ชีพจร 76 /min การหายใจ 18 /min ความดันโลหิต 129/75 mmHg อยู่ในความดูแล วันที่ 20 มีนาคม 2565 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด วันที่ 21 มีนาคม 2565 รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด จากการประเมินสภาพและการซักประวัติ ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังผ่าตัด แพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อระบบทางเดินอาหารทำงานปกติ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ พร้อมทั้งเปลี่ยนยาฉีดแก้ปวดเป็นยารับประทานทางปาก ดังนี้ Naproxen รับประทานครั้ง 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้ บันทึกปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งในขวดสุญญากาศ วันละครั้ง วันที่ 25 มีนาคม 2565 ปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งในขวดสุญญากาศไม่ออก แพทย์ให้ถอดสายระบายเลือดและขวดสุญญากาศพร้อมทั้งสายสวนปัสสาวะออกได้ วันที่ 28 มีนาคม 2565 ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการหัดยืน และฝึกเดินด้วย

เครื่องช่วยพยุงเดิน วันที่ 29 มีนาคม 2565 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามวันที่ 4 เมษายน 2565 และนัดติดตามอาการ การรักษา วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เวลา 10.00 น.

ในระหว่างที่รับไว้ในความดูแล และแก้ไข ปัญหาทางการพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์หญิงโดยมีการวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 29 มีนาคม 2565 รวม 12 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลเบิกกรมบัญชีกลาง รับส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลโนนศิลา ด้วย 5 ชั่วโมงก่อนมา วิ่งเวียนศีรษะ ล้ม ปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้ จากการตรวจร่างกายและผลการถ่ายภาพ เอ็กซเรย์

แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกข้างซ้ายหัก จึงรับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 18 มีนาคม 2566 เลขที่ผู้ป่วยนอก 168170 เลขที่ผู้ป่วยใน 660002904 และพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Bipolar Hemiarthroplasty) วันที่ 22 มีนาคม 2566 เวลา 13.00 น. สัญญาณชีพเมื่อแรกรับ อุณหภูมิ 37.1 °C ชีพจร 78 /min การหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 126/71 mmHg มีภาวะซีด Hct = 25vol% แพทย์ให้ PRC 1 ยูนิตและเจาะ Hct ซ้ำหลังให้เลือด 3 ชั่วโมง = 30vol% และพิจารณาผ่าตัดตามแผนการรักษาเดิม อยู่ในความดูแล วันที่ 21 มีนาคม 2566 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด วันที่ 22 มีนาคม 2566 รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด จากการประเมินสภาพและการซักประวัติ ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังผ่าตัด แพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อ

ชั่วโมง ได้รับยาแก้ปวด Tramol 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด ได้รับยาปฏิชีวนะ Clindamycin 600 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมงและให้ประเมินภาวะช็อคโดยการเจาะ Hct ทุก 12 ชั่วโมงผล = 30-31vol% วันที่ เมื่อระบบทางเดินอาหารทำงานปกติให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ พร้อมทั้งเปลี่ยนยาฉีดแก้ปวดเป็นยารับประทานทางปาก ดังนี้ Naproxen รับประทานครั้ง 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น , ยา Mydoclam รับประทานครั้ง 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร บันทึกปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งในขวดสุญญากาศ วันละครั้ง วันที่ 24 มีนาคม 2566 ปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งในขวดสุญญากาศไม่ออก แพทย์ให้ถอดสายระบายเลือดและขวดสุญญากาศพร้อมทั้งสายสวนปัสสาวะออกได้ ผู้ป่วยมีปัญหาท้องผูกยังไม่ถ่ายหลังจากทำผ่าตัด แพทย์ให้สวนอุจจาระด้วย Unison enema มีถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง วันที่ 27 มีนาคม 2566 ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการหัดยืน และฝึกเดินด้วยเครื่องช่วยพยุงเดิน วันที่ 31 มีนาคม 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามวันที่ 6 เมษายน 2566 และนัดติดตามอาการ การรักษา วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เวลา 10.00 น. ในระหว่างที่รับไว้ในความดูแล และแก้ไข้ปัญหาทางการพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและออโรโธดิกส์หญิงโดยมีการวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 รวม 13 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน พบว่าปัญหาทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยทั้ง 2 รายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงภายหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. ปวดสะโพกข้างซ้ายเนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก

2. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
3. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
4. มีภาวะช็อค
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างทำผ่าตัด
5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น , การบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากน้ำยาที่ใช้รวมทั้งการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจี้ไฟฟ้า, การมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
7. เสี่ยงต่อการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง
8. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
9. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
10. เสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง
11. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
12. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน
13. ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผลการพยาบาลผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล

การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมกรณีศึกษา 2 ราย ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างทำผ่าตัด และหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะจำหน่าย โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด	1.ปวดสะโพกข้างซ้ายเนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก 2.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 4.มีภาวะซีด	1.ปวดสะโพกข้างซ้ายเนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก 2.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 4.มีภาวะซีด
ระหว่างทำผ่าตัด	1.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น, การบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากน้ำยาที่ใช้รวมทั้งการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจีไฟฟ้า, การมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด3.เสี่ยงต่อการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง	1.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น, การบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากน้ำยาที่ใช้รวมทั้งการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจีไฟฟ้า, การมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด3.เสี่ยงต่อการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง
ระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง	1.เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3.เสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง 4.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 5.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น มีภาวะท้องผูก 6.ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1.เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3.เสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง 4.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 5.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น มีภาวะท้องผูก 6.ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ตารางที่ 2 การวางแผนและปฏิบัติทางการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด	ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน 1.ทบทวนประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ผลการตรวจร่างกาย โดยการซักประวัติ และการสืบค้นประวัติโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีดและโรคร่วมอื่นๆ การดำเนินการของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยร่วมต่างๆที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular Risk) เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคไต 2.ประเมินความปวดของผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงได้ 3.ประเมินการควบคุมระดับความดันโลหิต ดูแลการได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา 4.ติดตามภาวะซีด จากค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง การติดเชื้อเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้น	ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน 1.ทบทวนประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ผลการตรวจร่างกาย โดยการซักประวัติ และการสืบค้นประวัติโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีดและโรคร่วมอื่นๆ การดำเนินการของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยร่วมต่างๆที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular Risk) เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคไต 2.ประเมินความปวดของผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงได้ 3.ประเมินการควบคุมระดับความดันโลหิต ดูแลการได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา 4.ติดตามภาวะซีด จากค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง การติดเชื้อเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 การวางแผนและปฏิบัติทางการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระหว่างทำผ่าตัด	1. ทีมผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย โดยการทำ Safety Surgical Checklist ตามมาตรฐานโดยเน้น 1.1 การตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยและเวชระเบียนให้ถูกต้อง ถูกคน 1.2 ตรวจสอบการ Mark site เพื่อให้ถูกข้างและถูกตำแหน่งที่ทำผ่าตัด 1.3 การงดน้ำงดอาหารเพื่อลดความเสี่ยง 1.4 การให้ยาและสารน้ำถูกต้อง 2. พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) ทำผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2.1 เตรียมชุดเครื่องมือพื้นฐานและชุดเครื่องมือพิเศษเฉพาะในการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งวัสดุที่ใช้ในการทำผ่าตัดอย่างครบถ้วน 2.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด เครื่องจี้ห้ามเลือด ไหมเย็บผูกห้ามเลือดและตัวหนีบห้ามเลือด 2.3 ติดตั้งเครื่องมือ Air power machines	1. ทีมผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย โดยการทำ Safety Surgical Checklist ตามมาตรฐานโดยเน้น 1.1 การตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยและเวชระเบียนให้ถูกต้อง ถูกคน 1.2 ตรวจสอบการ Mark site เพื่อให้ถูกข้างและถูกตำแหน่งที่ทำผ่าตัด 1.3 การงดน้ำงดอาหารเพื่อลดความเสี่ยง 1.4 การให้ยาและสารน้ำถูกต้อง 2. พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) ทำผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2.1 เตรียมชุดเครื่องมือพื้นฐานและชุดเครื่องมือพิเศษเฉพาะในการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งวัสดุที่ใช้ในการทำผ่าตัดอย่างครบถ้วน 2.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด เครื่องจี้ห้ามเลือด ไหมเย็บผูกห้ามเลือดและตัวหนีบห้ามเลือด 2.3 ติดตั้งเครื่องมือ Air power machines
	ที่ใช้ในการตัดหรือเจาะกระดูก 2.4 ส่งผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อสะโพกเทียมร่วมกับพยาบาลบริการรอบนอก (Circulating Nurse) ก่อนนำมาใช้ 2.5 ตรวจสอบผ้าซับโลหิตและเครื่องมือผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจนับ	ที่ใช้ในการตัดหรือเจาะกระดูก 2.4 ส่งผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อสะโพกเทียมร่วมกับพยาบาลบริการรอบนอก (Circulating Nurse) ก่อนนำมาใช้ 2.5 ตรวจสอบผ้าซับโลหิตและเครื่องมือผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจนับ
ระหว่างทำผ่าตัด	3. พยาบาลบริการรอบนอก (Circulating Nurse) 3.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การจ้องเลือด การงดน้ำงดอาหาร สังเกตสีและจำนวนน้ำของปัสสาวะ 3.2 อนุญาตให้ญาติเข้ามาดูระหว่างรอทำผ่าตัดได้ 1 คนโดยให้เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นของห้องผ่าตัดจนกว่าจะถึงเวลาทำการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วย จนอาจทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี หรืออาจทำให้ความดันโลหิตสูงจนต้องงดผ่าตัดได้ 3.3 การเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ ผ้าปูที่นอนไม่ให้เปียกแฉะเพื่อลดความเสี่ยงในการกดทับ ติดเชื้อและเป็นสื่อนำกระแสไฟฟ้าจากเครื่องจี้ 3.4 ช่วยจัดท่าผ่าตัด และฟอกทำความสะอาดผิวหนัง	3. พยาบาลบริการรอบนอก (Circulating Nurse) 3.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การจ้องเลือด การงดน้ำงดอาหาร สังเกตสีและจำนวนน้ำของปัสสาวะ 3.2 อนุญาตให้ญาติเข้ามาดูระหว่างรอทำผ่าตัดได้ 1 คนโดยให้เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นของห้องผ่าตัดจนกว่าจะถึงเวลาทำการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วย จนอาจทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี หรืออาจทำให้ความดันโลหิตสูงจนต้องงดผ่าตัดได้ 3.3 การเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ ผ้าปูที่นอนไม่ให้เปียกแฉะเพื่อลดความเสี่ยงในการกดทับ ติดเชื้อและเป็นสื่อนำกระแสไฟฟ้าจากเครื่องจี้ 3.4 ช่วยจัดท่าผ่าตัด และฟอกทำความสะอาดผิวหนัง



ตารางที่ 2 การวางแผนและปฏิบัติทางการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	3.5 ประเมินการเสียโลหิตร่วมกับแพทย์วิสัญญี/ พยาบาลวิสัญญี 3.6 ตรวจนับผ้าซับโลหิตร่วมกับพยาบาลส่ง เครื่องมือพร้อมลงบันทึก 3.7 คิดค่าทำผ่าตัด บันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์ ของผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้อง 3.8 บริหารจัดการรอบนอก แก้ปัญหาที่อาจจะ เกิดขึ้นขณะผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ทันทีและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังห้องพักฟื้นพร้อม ส่งต่ออาการผู้ป่วยกับพยาบาลห้องพักฟื้น	3.5 ประเมินการเสียโลหิตร่วมกับแพทย์วิสัญญี/ พยาบาลวิสัญญี 3.6 ตรวจนับผ้าซับโลหิตร่วมกับพยาบาลส่ง เครื่องมือพร้อมลงบันทึก 3.7 คิดค่าทำผ่าตัด บันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์ ของผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้อง 3.8 บริหารจัดการรอบนอก แก้ปัญหาที่อาจจะ เกิดขึ้นขณะผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการ ผ่าตัดทันทีและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังห้องพัก ฟื้นพร้อมส่งต่ออาการผู้ป่วยกับพยาบาลห้องพัก ฟื้น
ระหว่างทำผ่าตัด	4.พยาบาลผู้ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด 4.1 ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด ซับเลือด ดูดน้ำเลือด ช่วย ตัดไหม ใช้เครื่องมือถ่างขยายแผลผ่าตัด 4.2 ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงต้องคอยสังเกต การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและแจ้ง วิสัญญีรับทราบเป็นระยะ 4.3 เมื่อสิ้นสุดการทำผ่าตัดเช็ดทำความสะอาด แผล ปิดแผลผ่าตัด แต่งตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนอนทาง ขาโดยใช้หมอนสามเหลี่ยมกันไว้ระหว่างขาสองข้าง พร้อมผูกยึดไม่ให้หมอนเลื่อนหลุด 4.4 ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและอาการ ปวดแผลที่อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ สอบถามการเจ็บหน้าอก ลักษณะการพูด กำลัง แขนร่วมกับวิสัญญี เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน ของโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากนั้นช่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น ดูแลความ เรียบร้อยของผู้ป่วย ห่มผ้าให้	4.พยาบาลผู้ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด 4.1 ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด ซับเลือด ดูดน้ำเลือด ช่วยตัดไหม ใช้เครื่องมือถ่างขยายแผลผ่าตัด 4.2 ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงต้องคอยสังเกต การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและแจ้งวิสัญญี รับทราบเป็นระยะ 4.3 เมื่อสิ้นสุดการทำผ่าตัดเช็ดทำความสะอาด แผล ปิดแผลผ่าตัด แต่งตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนอน ทางขาโดยใช้หมอนสามเหลี่ยมกันไว้ระหว่างขา สองข้างพร้อมผูกยึดไม่ให้หมอนเลื่อนหลุด 4.4 ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและอาการ ปวดแผลที่อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ สอบถามการเจ็บหน้าอก ลักษณะการพูด กำลัง แขนร่วมกับวิสัญญี เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน ของโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากนั้นช่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น ดูแลความ เรียบร้อยของผู้ป่วย ห่มผ้าให้
ระยะหลังทำผ่าตัด	1. ให้การดูแลในระยะห้องพักฟื้น ดูแลให้ผู้ป่วย นอนทางขา ตรวจสอบท่อระบายเลือดที่ออกจาก แผลผ่าตัดให้ทำงานและบันทึกจำนวนเลือดที่ออก ให้ความอบอุ่นร่างกาย ประเมินความเจ็บปวด ร่วมกับพยาบาลห้องพักฟื้น 2. ติดตามสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 2.1 ประเมินความเจ็บปวด การจัดการความ เจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกัน ไม่ให้เป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูง 2.2 ประเมินการกดทับของปุ่มกระดูกที่อาจทำ ให้เกิดแผลกดทับ ประเมินอาการชาและหมด ความรู้สึก	1. ให้การดูแลในระยะห้องพักฟื้น ดูแลให้ผู้ป่วย นอนทางขา ตรวจสอบท่อระบายเลือดที่ออกจาก แผลผ่าตัดให้ทำงานและบันทึกจำนวนเลือดที่ ออก ให้ความอบอุ่นร่างกาย ประเมินความ เจ็บปวดร่วมกับพยาบาลห้องพักฟื้น 2. ติดตามสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 2.1 ประเมินความเจ็บปวด การจัดการความ เจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อ ป้องกันไม่ให้เป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูง 2.2 ประเมินการกดทับของปุ่มกระดูกที่อาจทำ ให้เกิดแผลกดทับ ประเมินอาการชาและหมด ความรู้สึก

ตารางที่ 2 การวางแผนและปฏิบัติทางการพยาบาลห้องผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	2.3 ตรวจสอบผ้ายัดที่พันบริเวณต้นขาที่ทำผ่าตัด ไม่ควรให้พันแน่นจนเกินไป 2.4 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผล เช่น ปวด บวม แดง ร้อน ภาวะใช้หลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ได้แก่ ภาวะท้องผูก 2.5 ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ในด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การนอนกางขาโดยมีหมอนวางระหว่างขาจะนำออกได้เมื่อแพทย์อนุญาต ไม่นั่งยองๆ ไม่นั่งไขว่ห้าง เพื่อไม่ให้หัวสะโพกเลื่อนหลุด เป็นต้น 2.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา การรับประทานอาหารรสจืด งดหรือลดเครื่องปรุงรสต่างๆ การพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การแกว่งแขน ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างตามแผนการดูแลของทีมกายภาพบำบัด และการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.3 ตรวจสอบผ้ายัดที่พันบริเวณต้นขาที่ทำผ่าตัดไม่ควรให้พันแน่นจนเกินไป 2.4 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผล เช่น ปวด บวม แดง ร้อน ภาวะใช้หลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ได้แก่ ภาวะท้องผูก 2.5 ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การนอนกางขาโดยมีหมอนวางระหว่างขาจะนำออกได้เมื่อแพทย์อนุญาต ไม่นั่งยองๆ ไม่นั่งไขว่ห้าง เพื่อไม่ให้หัวสะโพกเลื่อนหลุด เป็นต้น 2.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา การรับประทานอาหารรสจืด งดหรือลดเครื่องปรุงรสต่างๆ การพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การแกว่งแขน ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างตามแผนการดูแลของทีมกายภาพบำบัด และการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

งานห้องผ่าตัด เน้นบทบาทการเยี่ยมก่อนการผ่าตัด การดูแลก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือ การส่งเครื่องมือ การช่วยผ่าตัดและการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด โดยก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและเอกสารครบถ้วน ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน เนื่องจากมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและภาวะซีดเช่นเดียวกัน ในระหว่างการทำผ่าตัดได้รับการดูแลตามมาตรฐานห้องผ่าตัดและ Safety Surgical Checklist พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีการเสียเลือดระหว่างทำผ่าตัด 200 ซีซี และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีการเสียเลือดระหว่างทำผ่าตัด 150 ซีซี ทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดัน

โลหิตสูง ความดันโลหิตขณะทำการผ่าตัดสามารถควบคุมได้ดี หลังผ่าตัดแต่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาท้องผูกต้องได้รับการรักษาภาวะดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พ้นตัวได้ช้ากว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ด้านการดำเนินการ เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต้องใช้อุปกรณ์เฉพาะทางพิเศษ นอกเหนือจากที่โรงพยาบาลมีอยู่ จึงต้องมีการประสานงานเรื่องอุปกรณ์ให้ครบถ้วนพร้อมใช้และเรียนรู้การใช้เครื่องมือไปในระหว่างทำผ่าตัด ซึ่งต้องทำให้พยาบาลทุกคนมีความรู้เรื่องเครื่องมือและศักยภาพในการใช้เครื่องมือที่เท่าเทียมกัน

2. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการรักษาที่



ซับซ้อน ส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง และมีโรคร่วม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการลื่นหกล้ม การผ่าตัดจึงเป็นทางเลือกที่ดีในการรักษา ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3. ผู้ป่วยอายุมากมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เนื่องจากถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลพล เพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลสิรินธรฯ ซึ่งผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดและญาติที่มาดูแลไม่สะดวกในการอยู่เฝ้าตลอดเวลา ซึ่งปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจใน การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ซึ่งต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวและดูแลให้ถูกต้อง

4. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมผู้ป่วยทั้งสองรายที่ทำการศึกษาได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเปิดแผลผ่าตัดทางด้านหลัง ซึ่งมีเส้นประสาทและเส้นเลือดใหญ่อยู่ใกล้บริเวณที่ทำผ่าตัด สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคือการผ่าตัดอาจทำให้เส้นเลือดและเส้นประสาทได้รับอันตราย สิ่งที่สำคัญคือจัดทำที่ถูกต้องด้วยท่านอนตะแคงเอาข้างที่จะผ่าตัดขึ้นและระมัดระวังเป็นพิเศษในขณะผ่าตัด ผู้ทำหน้าที่ช่วยผ่าตัดต้องไม่ดึงรั้ง Retractor มากเกินไปช่วยผ่าตัดด้วยความนุ่มนวล

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลที่ได้จากการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่มีโรค

ร่วม ไปเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เสริมความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยจัดทำเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการศึกษาและนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้อย่างถูกต้อง

2. หลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือข้อสะโพกเคลื่อนหลุด แต่ปัญหาสำคัญคือ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจใน การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ซึ่งต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวและดูแลให้ถูกต้อง โดยการจัดทำคู่มือปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยเน้นรูปภาพให้ผู้ป่วยและญาติเห็นรูปแบบที่ชัดเจนในการนำไปใช้งานเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตัวได้ดี

3. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมผู้ป่วยทั้งสองรายที่ทำการศึกษาได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเปิดแผลผ่าตัดทางด้านหลัง ซึ่งมีเส้นประสาทและเส้นเลือดใหญ่อยู่ใกล้บริเวณที่ทำผ่าตัด สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคือการผ่าตัดอาจทำให้เส้นเลือดและเส้นประสาทได้รับอันตราย พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ด้านวิชาการโดยเฉพาะกายวิภาคและสรีรวิทยาของผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักและได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดังนั้นต้องมีการจัดวิชาการเพื่อทบทวนเรื่องดังกล่าวให้กับผู้ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดทุกระดับจะได้ดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา สาเซตร. (2551). ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักบริเวณ Intertrochanter. พุทธชินราชเวชสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2551, หน้า 500-508.
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น; 2564-2566
- จอมศรี โพธิสาร. (2554). ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก : ประเด็นท้าทายในการป้องกัน. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 16(1), 5-13.
- ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์ และคณะ. (2556). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- พรศิริ พันธสี. (2557). กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.



ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2551

วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และคณะ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรส.

ศิริเอมอร วิชาชาติ. (2552). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในหอพิเศษ

พระปฐมวราชสุริยวงศ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการศึกษาระยะ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สภาพพยาบาล. (2551). แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก : CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES.

กรุงเทพฯ : บริษัทจุดทอง.

Klaewklong, S, Chanrungvanich W, Danaidsadeekul S, Riansuwan K. Relation of comorbidity, grip strength and stress to hip fracture patient's post-operative functional recovery. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29(2): 36-38

Wilarat, W. Fracture of Femur. (Internet) 2019(cite 2023 May 20). Available from: <http://ortho.md.chula.ac.th>



การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD): กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for elderly patients with dementia doing proper physical activity for the elderly
with dementia with the Reducing Disability in Alzheimer program (RDAD): 2 case studies

(Received: June 10,2023 ; Revised: June 16,2023 ; Accepted: June 17,2023)

ประวีณา ศรีบุตรดี¹

Praveena Sributhdee

บทคัดย่อ

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ซึ่งจะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้ายๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ปัญหาที่มีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพิ่มภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และบูรณาการการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer(RDAD) นำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมได้ ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาล ,ผู้สูงอายุสมองเสื่อม, การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

ABSTRACT

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) are psychological and neurological symptoms. (neuropsychiatric symptoms), which will show symptoms in the middle and late stages of dementia 60 - 90 percent of dementia patients will have behavioral and emotional problems. at least one problem during the course of the dementia illness Problems have varying degrees of severity. In addition, these behavioral and emotional problems in dementia patients progressively increase with dementia severity. This makes it difficult to care for dementia patients with behavioral and emotional problems. increased burden on families and caregivers may cause a feeling of tension Feeling a burden on the caregiver (caregiver burden), which when the caregiver feels burdened, it will affect the quality of care. and the quality of life of dementia patients and their caregivers. discharge planning and continuation of care in the community and integrating appropriate physical activities for the elderly with dementia with the Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) program can be used to develop care for elderly patients with dementia. Family/caregiver Knowledgeable and able to properly care for dementia patients with behavioral and emotional problems. to enable elderly people with dementia to access the health service system and increase the quality of life of the elderly and their caregivers.

Keywords: nursing, dementia elderly, appropriate physical activity

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สิรินธร

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นกลุ่มอาการทางจิตและประสาท (neuropsychiatric symptoms) ซึ่งจะแสดงอาการให้เห็นในระยะกลางและระยะท้ายๆ ของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 60 - 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ อย่างน้อยหนึ่งปัญหาในตลอดช่วงระยะของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease: AD) สมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia: VaD) สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease Dementia: PDD) สมองเสื่อมจากเนื้อสมองส่วนหน้าและส่วนขมับฝ่อ (Fronto-Temporal Lobe Degeneration: FTL D) เป็นต้น ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลากหลายกลุ่มอาการ เช่น เฉยเมย ไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก (apathy) วิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) หลงผิด (delusion) หงุดหงิดวุ่นวาย (agitation) โมโหร้ายอาละวาด (aggression) ภาวะเคลิ้มสุข หรืออาการเบิกบานในใจจนผิดปกติ (euphoria) อาการประสาทหลอน (hallucination) ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) วงจรการนอนผิดปกติ (sleep cycle abnormalities) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมากมาย หลากหลายปัญหา แต่ละปัญหามีความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การพยากรณ์ของการรักษาไม่ดี เช่น มีกระบวนการคิด สติปัญญาถดถอยลง (cognitive decline) มีการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น (illness progression) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ถดถอยลง เพิ่มอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือ ในสถานพักฟื้นระยะยาว ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมอง

เสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เพิ่มภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยมีการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้นด้วย จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ อาการความรู้ในการรักษา การวินิจฉัยโรค ทักษะในการดูแล และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งรวมถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนจำนวน 2 ราย โดย ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีผลกระทบกับการเกิดโรคพยาธิสภาพอาการและอาการแสดง แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และบูรณาการการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) นำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมได้ ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม :กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชนในเขตรับผิดชอบในเขตพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัด



ขอนแก่น จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ

แบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีผลกระทบกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	92 ปี	89ปี
สถานภาพ	หม้าย	หม้าย
อาชีพเดิม	ทำนา	ทำนา
รายได้	1,000 บาท/เดือน	800 บาท/เดือน
สิทธิการรักษา	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
ภูมิลำเนา	ต.โคกสำราญ อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น	ต.โคกสำราญ อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น
ผู้ดูแลหลัก	บุตรสาว	บุตรสาว
วันที่พบผู้ป่วยในชุมชน	2 สิงหาคม 2564	3 สิงหาคม 2564
วันจำหน่าย	14 ตุลาคม 2564	15 ตุลาคม 2564
การวินิจฉัยโรค	diabetes mellitus With renal complications c dementia	Essential (primary) hypertension , c dementia

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
อาการสำคัญ	มีอาการหลงลืม ออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ชอบหมาขี้ขาว เปิดน้ำทิ้งไว้ล้นปิด เป็นก่อนมา 1ปี	มีอาการหลงลืม รับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่รับประทาน รับประทานอาหารทั้งวันไม่รู้จักอิม ชอบพับผ้า เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	25 ปีที่แล้ว ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิรินธร 5 ปีที่แล้วมีปัญหาไตวายระดับ 4 รวมด้วย 1ปีก่อนมา มีอาการหลงลืม ออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ชอบหมาขี้ขาว เปิดน้ำทิ้งไว้ล้นปิด ชอบทะเลาะกับลูก บ่น ค่าคนเดียว ชอบนั่งแกว่งเท้าอยู่คนเดียว ชอบขอเงิน	12 ปีก่อน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาประจำที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2ปี ก่อนมามีอาการหลงลืม รับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่รับประทาน รับประทานอาหารทั้งวันไม่รู้จักอิม ชอบพับผ้า
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	สุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง / โรคติดต่อ ไม่เคยผ่าตัด	สุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง / โรคติดต่อ ไม่เคยผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาป่วยด้วยโรคเบาหวาน และเสียชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ไม่มีบุคคลอื่นเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง/โรคติดต่อ	ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง โรคติดต่อ หรือโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/ สารเสพติด	ไม่เคยแพ้ยา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หรือสาร เสพติด	ไม่เคยแพ้ยา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หรือสาร เสพติด
อาการแรกเริ่ม	พบผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยเดินได้เอง ผู้ป่วยเพศ หญิง วัยสูงอายุ รูปร่างลักษณะตัวเตี้ยผอม สี ผิวดำแดง ลักษณะท่าทางเฉยเมย ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม สีหน้าเรียบเฉย สภาพทั่วไปของ ร่างกายสะอาด การแต่งกายเรียบร้อย ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีแต่คิดและพูดช้า จำ วัน เวลา ไม่ได้แต่บอกชื่อ-สกุล ตนเองได้ สัม ชื่อลูกหลานในครอบครัวที่อยู่ด้วยบางคน มี ความสนใจต่อแขกที่มาเยือนดี พฤติกรรมของ ผู้ป่วยเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศา เซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 80 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/63 มิลลิเมตร ปรอท น้ำหนัก 38 กิโลกรัม ส่วนสูง 144 เซนติเมตร BMI 18.32 (ผอม) พบว่ามีการทำงานของไตผิดปกติ และมี ภาวะไตวายเรื้อรังระดับ 4 ประเมินภาวะสมอง เสื่อมด้วย IQCODE คะแนน 4.375 (ค่าปกติ ≥ 3.7) TMSE = 12 (ค่าปกติ ≤ 23) NPI = 12 (ค่า ปกติมีอาการมากกว่า 1 ข้อ) ADL = 11/20 (มี ภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน) ประเมินภาวะ ซึมเศร้าด้วย 9 Q ไม่สามารถประเมินได้	พบผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยเดินเองไม่ได้ ผู้ป่วย สูงอายุเพศหญิง รูปร่างค่อนข้างผอม สีผิวดำ แดง สีหน้ายิ้มแย้ม การแต่งกายเรียบร้อย ยินดี สนทนาด้วย ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้แต่ตอบ ไม่ตรงคำถาม และพูดประโยคสั้นๆ จำวัน เวลา ไม่ได้แต่บอกชื่อ-สกุล ตนเองได้ จำชื่อลูกสาว ผู้ดูแลได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศา เซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 76 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/72 มิลลิเมตร ปรอท น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 18 (ค่อนข้างผอม) ตรวจไม่พบ ความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการประเมินภาวะ สมองเสื่อมด้วย IQCODE = 4.25 (ค่าปกติ ≥ 3.7) TMSE = 12 (ค่าปกติ ≥ 23) NPI = 3 (ค่าปกติมี อาการมากกว่า 1 ข้อ) ADL = 6/20 (มีภาวะ พึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 Q ไม่สามารถประเมินได้

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับ
การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในประเด็นแบบแผนสุขภาพ
พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน
จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รายละเอียด
ดังนี้



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1.แบบแผนสุขภาพผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 92 ปี รูปร่างเตี้ยผอม การศึกษาชั้นประถมปีที่4 มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังระดับ4 รับประทานยาและฉีดยาต่อเนื่องประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาป่วยด้วยโรคเบาหวานและเสียชีวิตด้วยโรคไตวาย ไม่พบประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีอาการหลงลืม ชอบทำอะไรซ้ำๆ ชอบขอมเงิน หลงทางกลับบ้านไม่ถูก ชอบทะเลาะกับลูก บ่นว่าคนเดียว ชอบหม่ำข้าว เป็ดน้ำไว้แล้วลืมปิด ชอบนั่งแกว่งเท้าอยู่คนเดียว มีประวัติหกล้ม ปฏิเสธการดื่มสุรา/สูบบุหรี่	1.แบบแผนสุขภาพผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 89 ปี รูปร่างค่อนข้างผอม การศึกษาชั้นประถมปีที่4 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาประจำ ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อ/โรคสมองเสื่อม มีประวัติหลงลืม เคยช่วยงานลูกได้ ปัจจุบันทำไม่ได้แล้ว อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม ชอบพับผ้าทุกวัน รับประทานอาหารทั้งวัน รับประทานอาหารเช้าแต่จำไม่ได้ว่ารับประทาน จำลูกสาวผู้ดูแลได้ ถามตอบได้แต่ช้าและสื่อสารไม่ตรงคำถาม ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยรายที่1 เพศหญิง อายุ 92 ปี รูปร่างผอม มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตวายจากการศึกษาพบว่าเพศหญิง สูงอายุ ระดับการศึกษา การมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารไม่ครบ5 หมู่ การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในสังคมน้อย เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง สูงอายุ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษา การมีกิจกรรมทางกายน้อย การมีส่วนร่วมในสังคมน้อย ระดับการศึกษา มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม -จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ อายุ โรคเรื้อรัง ระดับการศึกษา การมีกิจกรรมทางกาย การมีส่วนร่วมในสังคม รูปแบบการรับประทานอาหาร
2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง พบผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง รูปร่างผอม เดินไปมาได้เอง เดินเซบางครั้ง ทำทางเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สีหน้าเรียบเฉย ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีแต่คิดและพูดช้า จำวัน เวลา ไม่ได้แต่บอกชื่อ-สกุล ตนเองได้ ลืมชื่อลูกหลานในครอบครัวที่อยู่ด้วยบางคน มีความสนใจต่อแขกที่มาเยือนดี ชอบขอมเงิน รับประทานอาหารเช้าแล้วบอกไม่ได้รับประทาน จำชื่ออาหารที่รับประทานไม่ได้ มักจะมีความขัดแย้งกับลูกสาวบ่อยๆ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง บางอย่าง เช่น รับประทานอาหารเช้าแต่ต้องมีคนเตรียมให้ ล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม ใส่เสื้อผ้าทำได้เองโดยต้องเตรียมให้และกระตุ้นบางครั้ง การ	2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง พบผู้ป่วยในชุมชน ผู้สูงอายุ เพศหญิงรูปร่างค่อนข้างผอม รู้สึกตัวดี เดินเองไม่ได้ต้องมีคนพยุงให้เดิน นั่งอยู่บนเตียง สีหน้ายิ้มแย้ม พูดเสียงเบา ถามตอบไม่ตรงคำถาม พูดช้า บอกยังไม่รับประทานอาหารเช้าอาหารคาวหวานวางอยู่ต่อหน้า จำชื่ออาหารไม่ได้ ไม่รู้วันเวลา รู้แต่ว่าเป็นบ้านของตนเอง นั่งพับผ้า จำชื่อลูกสาวผู้ดูแลได้ ไม่มีปัญหาการนอนไม่มีอาการอะอະไววาย ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง บางอย่างเช่น รับประทานอาหารเช้า ล้างหน้าแปรงฟัน ฯลฯ โดยทุกอย่างต้องมีคนเตรียมให้ กระตุ้นให้ทำและคอยช่วยเหลือ ลูกสาวเป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียว ตรวจร่างกายสัญญาณชีพปกติ ตรวจMotor power grade 4 ทั้งสองข้าง	-จะเห็นได้ว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งสองมีอาการไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่1 สามารถเดินไปมาได้เอง ทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าผู้ป่วยรายที่สอง มีความรู้คิดมากกว่าผู้ป่วยรายที่สอง ยังมีปัญหาออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ชอบโต้เถียงกับลูกสาว หงุดหงิด ชอบอยู่คนเดียวบางครั้ง ชอบทำพฤติกรรมย้ำๆได้แก่ หม่ำข้าว เป็ดน้ำ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ป่วยรายที่2 ไม่สามารถเดินไปมาในบ้านได้ต้องมีคนช่วยพยุง อารมณ์ดี มีอาการหลงลืม จำลูกสาวได้คนเดียว ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้ง ทำกิจวัตรประจำวันเองได้น้อย เช่น รับประทานอาหารเช้า ลูกสาวเตรียมให้หรือช่วยป้อน ชอบบอกยังไม่รับประทานอาหารเช้า จำชื่ออาหารไม่ได้ ชอบทำพฤติกรรมย้ำๆได้แก่ พับผ้า รับประทานอาหารทั้งวัน ไม่รู้จักอิม ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคที่ผู้ป่วยทั้งสองรายได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหารในอดีต พฤติกรรมการออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมในสังคม โรคเรื้อรัง ไม่พบประวัติป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวไม่พบประวัติป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวไม่พบประวัติ



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ขับถ่ายควบคุมไม่ได้เป็นบางครั้ง ชอบออกนอกบ้านแล้วหลงทางกลับบ้านไม่ถูก ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ชอบร้องรำทำเพลง ไม่ชอบฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ ตรวจร่างกายสัญญาณชีพปกติตรวจMotor power grade 4 ทั้งสองข้าง ประเมินด้วยเครื่องมือประเมินสมองเสื่อม พบมีภาวะสมองเสื่อม ประเมินการกิจวัตรประจำวัน ADL=11/20 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีภาวะสมองเสื่อม	ประเมินด้วยเครื่องมือประเมินสมองเสื่อม พบมีภาวะสมองเสื่อม ประเมินการกิจวัตรประจำวัน ADL=6/20 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	
3.การรักษา Folic acid 5 mg 1xO pc Simvastatin 20 mg 1xOhs Sodamint 300 mg 1x2Opc Mixtrad 30/70 100 iu/ml ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง 4 ยูนิตก่อนอาหารเช้า Calcium carbonate 1000 mg 1เม็ดพร้อมอาหารเช้า Feros fumarate 200mg 1x2Opc	3.การรักษา Folic acid 5 mg 1xO pc vitB .complex1tab Obid Amlodipine 5 mg 1xO OD	-จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายที่1 ได้รับการรักษาโรคเบาหวานและไตวาย ส่วนภาวะสมองเสื่อมรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ Folic acidช่วยเจริญอาหาร แก้อาการอ่อนเพลีย ป้องกันภาวะซีด โลหิตจาง โรคอัลไซเมอร์ โรค NCDs เป็นต้น Simvastatin ใช้ลดระดับไขมันในเลือด ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง Sodamint ใช้รักษาภาวะเลือดเป็นกรดจากเมตาบอลิซึม (metabolic acidosis) Mixtrad ใช้รักษาโรคเบาหวานชนิดฉับ Calcium carbonate ช่วยควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตวายได้ดี Feros fumarate ทำให้การทำงานของเม็ดเลือดแดงเป็นไปอย่างปกติ และทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ส่วนต่างๆของร่างกายได้ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาเหมือนผู้ป่วยรายที่1 คือ Folic acidช่วยเจริญอาหาร แก้อาการอ่อนเพลีย ป้องกันภาวะซีด โลหิตจาง ยาที่ได้รับไม่เหมือนรายที่1 ได้แก่ วิตามินบีรวม ช่วยบำรุงร่างกายและเจริญอาหารและยาลดความดันโลหิต
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1.มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง 2. มีพฤติกรรมทำซ้ำๆเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค 3 .ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ไม่สนใจเฉยเมย	4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง (activities of daily living) 2. มีพฤติกรรมทำซ้ำๆ(Compulsive behavior)เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค 3. มีปัญหาด้านการรู้คิดบกพร่อง	จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันมีข้อที่แตกต่างกันคือ รายที่ 1 พบปัญหาใจกรรม ไม่สนใจเฉยเมยชอบนั่งอยู่คนเดียว มีความขัดแย้งกับลูกสาวเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด บ่น ด่า หรือพูดคนเดียว ไม่ปฏิบัติตามคำบอกของลูกสาว ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเคยมีประวัติหกล้ม มีอาการวิงเวียน เดินเซบางครั้ง นอกจากนั้นยังมีปัญหาเสี่ยงต่อการสูญหาย



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 รายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
4. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ 5. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 6. เสี่ยงต่อการสูญหายเพราะผู้ป่วยชอบออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก 7. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 8. ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ไม่เข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการและแผนการรักษา	4. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ 5. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 6. ญาติผู้ดูแลมีภาวะ Caregiver burden, stress and stigma	เพราะผู้ป่วยชอบออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ผู้ป่วย ชอบขอเงิน แล้วเดินไปซื้อของที่ร้านค้า แล้วจำทางกลับบ้านไม่ได้ เคยมีประวัติออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 อารมณ์ดีไม่หงุดหงิด ไม่บ่น ไม่ด่า และไม่ทะเลาะกับลูกสาว นั่งอยู่บริเวณที่ลูกจัดให้ทั้งวัน มีผ้าให้พับจะนั่งพับผ้าทั้งวัน รับประทานอาหารทั้งวัน ไม่สามารถเดินได้เอง จากการประเมิน ADL ผู้ป่วยรายที่1ADL=11/20 รายที่ 2 ADL=6/20 เป็นผู้สูงอายุอายุติดบ้านที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล ต้องดูแลตลอด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน
5.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการหลงลืม วัน เวลา สถานที่ จำชื่อตัวเองและลูกสาวได้ ชอบนั่งแกว่งเท้าอยู่คนเดียว มักจะทะเลาะกับลูกสาว ชอบบ่น ด่า คนเดียว สีหน้าเรียบเฉย ชอบหม่ำข้าว เปิดน้ำทิ้งไว้แล้วลืมปิด ชอบขอเงิน ชอบออกไปซื้อของแล้วกลับบ้านไม่ถูก อารมณ์ดีสีหน้ายิ้มแย้มถ้ามีเพื่อนบ้านมาพูดคุยด้วย ชอบมีเพื่อนร่วมทำกิจกรรม เช่นออกกกำลังกาย ร้องรำทำเพลง ไม่ชอบฟังวิทยุ ไม่ดูโทรทัศน์ รับประทานอาหารได้เองแต่ต้องมีคนเตรียมให้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่บางครั้งลืมต้องคอยกระตุ้น เช่น การอาบน้ำ	5.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จำชื่อตนเองและลูกสาวได้ ลืมวัน เวลา สถานที่ อยู่กับลูกสาวตลอดเวลา ไม่สามารถเดินไปไหนมาไหนเองได้ อารมณ์ดียิ้มแย้มแจ่มใส ไม่หงุดหงิดไม่บ่นหรือด่า ลูกสาวผู้ดูแลไม่มีความขัดแย้งกับผู้ป่วย นั่งพับผ้า/รับประทานอาหารได้ทั้งวัน ไม่รู้จักอ้อม บอกชื่ออาหารไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางอย่าง เช่น รับประทานอาหาร คำเล็กๆ รับประทานอาหาร ลูกสาวกลัวผู้ป่วยไม่ยอมจะช่วยป้อน ล้างหน้าแปรงฟันได้ โดยลูกสาวต้องคอยกระตุ้น เคลื่อนไหวในบ้านเองไม่ได้ ขึ้นลงบันได	-วางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนตาม Care plan ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ ประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบบูรณาการ ประยุกต์ใช้โปรแกรมการทำให้กิจกรรมทางกายที่เหมาะสม (RDAD)ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาและทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข มีเพื่อนร่วมทำกิจกรรม เช่น ทีมสหสาขาวิชาชีพ Care giver,Family care giver ฯลฯ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระ ลดความตึงเครียดและเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ คงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และชะลอความเสื่อมของสมองให้ได้นานที่สุด

จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีการนำทฤษฎีทางการพยาบาล โดยนำทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประเมินปัญหาของผู้ป่วยและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยประยุกต์ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม วางแผนการดูแลจนกระทั่ง จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ร่วมทำกิจกรรมทางกาย ได้ทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข ได้พบปะผู้คนมากขึ้น ผ่อนคลายความตึงเครียดของผู้ป่วย ลดความเหนื่อยล้า

และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล การให้คำแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การช่วยเหลือทางสังคม การดูแลภาวะสุขภาพของครอบครัว เสริมพลังแก่ญาติและผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย พร้อมสนับสนุน ให้ Care giver ในชุมชน ให้เข้ามาช่วยดูแล ดึงชุมชนหรือองค์กรมาร่วมดูแลและสนับสนุนจนทำให้ผู้ป่วยได้เข้าระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) ได้รับการดูแลในเรื่องอุปกรณ์ที่มีความจำเป็น ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องทำให้ชะลอความเสื่อมของสมองผู้ดูแล ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต

อยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนสามารถพึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองตามอัตภาพได้

อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความยากและแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถของสมองด้านต่างๆไปทีละน้อย จนผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเน้นไปในเรื่องการจัดการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลโรคร่วม ความปลอดภัย และการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป⁶ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน บางรายประสบปัญหาเรื่องเดียวกัน แต่ไม่อาจแก้ไขปัญหได้ด้วยวิธีเดียวกัน จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแล ครอบครัว เกิดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป จัดเป็นงานที่ยากและท้าทายสำหรับพยาบาล พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ (educator) เป็นที่ปรึกษา (Consultant) ถ่ายทอดเทคนิคต่างๆในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติผู้ดูแล (Coaching and Guidance) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (empowerment) จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี (clinical outcomes) คือไม่เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสุขทั้งสองฝ่าย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำกระบวนการพยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย สามารถส่งต่อข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วยให้แก่พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพใน

ชุมชน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่พบและสามารถนำกระบวนการพยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทุกรายในชุมชนเพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง

2. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมินคัดกรอง การฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจาก บุคลากรดังกล่าวเป็นอัตรากำลังสำคัญที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้

3. ให้ความสำคัญในการให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก แก่สมาชิกในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทั้งด้านการป้องกันการเกิดโรคและประเมินอาการเบื้องต้นด้วยตนเองได้

4. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ มีการกำหนดแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการเกิดโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

5. การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD) ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ญาณิศา ดวงเดือน.(2562).พยาบาลกับการส่งเสริมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุ Nurses and Promotion to Reminiscence in Older Adults.กรุงเทพฯ:สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย.
2. รัชชัย กฤษณะประกรกิจ , แสงเดือน กิ่งข่อยกลาง และ นฤปดินทร์ รอดปั้น.(2565).การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
3. นิพนธ์ สันทรัพย์, จินวรัตน์ จันตรา และ บุผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์.



- 4.นภาพร เพ็ญสอน.(2561).คู่มือการพยาบาลการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช.กรุงเทพฯ:โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 5.นิพนธ์พร สันทรัพย์, จินวดีร์ จันครา และ บุผา ใจมั่น.(2562).กิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
- 6.ปิติพร สิริทิพากร.(2564).กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: แผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมA Case Study: Holistic nursing care plans for dementia.กรุงเทพฯ: โครงการตำราคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล .
- 7.พัฒนศรี ศรีสุวรรณ.(2561).แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม.กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- 8.พิสมัย วรรณขาม ,สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนระชา .(2562) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์).
- 9.ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลภ.(2564).ภาวะสมองเสื่อม.นครราชสีมา:ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.
- 10.อาทิยา สุวรรณ.(2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมRole of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- 11.มูลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.(2563).ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
- 12.มูลนิธิสังคมและสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.(2563).คู่มือโปรแกรมThai-RDAD protocol.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
- 13.ศิริณี ศรีหาคาก และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ.(2565).สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ.ขอนแก่น:เพ็ญพรินต์ติ้ง จำกัด.
- 14.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2564).แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:ธนาเพลส.
- 15.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2562).แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ.นนทบุรี:อีส ออแกไนซ์ จำกัด.
- 16.สุทิศาปิทยาณ.(2562).คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์.โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.<https://hdmall.co.th/pharmacies-chat/drug-simvastatin>
- 17.Examination-Thai(MMSE Thai)2020 and Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) for Screening Older Persons with Dementia.Retrieved from Nonthaburi.
- 18.Azamai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM, Vander Stichele RH. Systematic appraisal of dementia guideline for the management of behavioural and psychological symptoms. Aging Res Rev 2012;11(1);78-86.
- 19.Linda Teri, Susan M. McCurry, and Rebecca G. Logsdon. Reducing Disability In Alzheimer' Disease (RDAD): A Manual for Coaches.(2013). University of Washington School of Nursing Department of Psychosocial & Community Health Seattle, Washington 98115-2053.

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง Effective of Palliative Nursing Practice Guidelines Development

(Received: June 26,2023 ; Revised: June 27,2023 ; Accepted: June 28,2023)

วิไล วงศ์เกล้า^{1*} อิศรา สพสมัย²

Wilai Wongklaw, ^{1*} Issara Sopsamai²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and development) เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีวิจัยและพัฒนาของ ไอโอวาโมเดล (Titler et al., 2001) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในเดือน สิงหาคม 2564 – สิงหาคม 2565 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 ราย ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก 52 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton System assessment System (ESAS) โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการและแบบสอบถามความคิดเห็นก่อนและหลังของที่มีผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดีพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจในการพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.814, 0.915 0.790 และ 0.765 ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 1.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.30$) และกลุ่มตัวอย่างประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คิดเป็นร้อยละ 84.44 อยู่ในระดับมาก ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

Abstract

Research and development (R&D) is a study that encompasses both quantitative research and qualitative research, applied according to the research and development theory of the IO-Model (Titler et al., 2001). Its objectives are as follows: 1) to investigate problem situations and analyze the current state, 2) to develop nursing practices, and 3) to study the effectiveness of nursing practice development from January 2021 to December 2021. The study involves a specific and targeted sample selection, divided into two parts. Part 1 consists of 30 professional nurses who will examine the problem situation and analyze the current state using the focus group discussion method. Part 2 involves 52 patients or primary caregivers, and data will be collected through the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) questionnaire. The average distress scores before and after participating in the development of nursing practices will be compared. The study will also include satisfaction surveys

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ

² นายแพทย์ชำนาญการ เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสมุทรปราการ

*Corresponding Author Email: Wilai.wongklaw@gmail.com

regarding nursing care and pre- and post-questionnaires for the team of caregivers providing end-of-life care. Data analysis will be performed using mean values, standard deviations, and Paired T-test One group. The assessment of peaceful and dignified deaths will be analyzed using a percentage that has been verified for content accuracy by qualified experts, with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.814 and 0.915, respectively.

The research results showed that patients in the hospice care group had lower average scores of distresses from symptoms after participating in the development of the end-of-life care protocol ($\bar{X}=3.44$, $SD=1.52$) with a statistically significant level of 0.05. The satisfaction level with the care provided by both patients and primary caregivers in the hospice care group was high ($\bar{X}=3.92$, $SD=0.30$). Additionally, the sample group evaluated the death as peaceful and dignified with a percentage of 84.44. The level of satisfaction of professional nurses with the overall outcomes of implementing an intensive care approach for critically ill patients has significantly increased compared to before the intervention, as evidenced by statistical analysis ($p < 0.05$, $t = -39.371$).

Keyword: The development of nursing practice guidelines for Palliative care

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและจากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งประเทศไทยซึ่งได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ พบว่าประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 ในปี 2563 และจะเป็นร้อยละ 31.40 และในปี 2583⁶ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก²¹ พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง องค์การอนามัยโลกกำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ตลอดจนวิธีการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการตายดี (Good death) กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2564)¹ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลให้มีการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง โดยกำหนดตัวชี้วัด ร้อยละของสถานบริการสุขภาพภายในจังหวัดที่มีระดับความสำเร็จของระบบการดูแลแบบประคับประคอง $\geq$ ระดับ 3 การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อระบบบริการสุขภาพของสังคม โดยมาตรฐานโรงพยาบาลทั่วไปกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นภารกิจหนึ่งของกลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งใน

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด ในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายและผู้ใกล้ชิดไม่ให้เกิดความหวาดกลัว ทุกข์ทรมาน เป็นผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและสงบ ลดความเจ็บปวด บรรเทาอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ

การดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมุทรปราการขับเคลื่อนด้วยระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับ PCWN 27 หน่วยงานเป็นแกนนำสู่ผู้ปฏิบัติ โดยมีเป้าประสงค์ร่วมกันในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะประคับประคองและวาระสุดท้ายของ จากข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมุทรปราการ (2564-2565) พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 21 และร้อยละ 15 ตามลำดับ ผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่าระดับความสำเร็จของระบบการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าระดับ 3 จากการศึกษาสภาพปัญหา พบว่า การบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างทั่วถึง มีผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและอาการ

รบกวนต่างๆตั้งแต่ระดับทันท่วงทีไปจนถึงระดับรุนแรง ในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างโดดเดี่ยว เกิดความไม่สบายและทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก จึงเป็นปัญหาสำคัญ ที่ควรได้รับการแก้ไข จากฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ (Health data center service, 2563-2565) พบสถิติการบรรเทา อาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณร้อยละ 25.82, 30.25 และ 32.76 ตามลำดับ ซึ่งไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ≥ 40 ตลอดจนมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 25.8, 28.36 และ 50.1 ตามลำดับ ซึ่งไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ≥ 50

จากความเป็นมาชี้ให้เห็นความสำคัญของ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ยังไม่บรรลุเป้าหมายขององค์กร ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ในบริบทของโรงพยาบาล สมุทรปราการ ในการขับเคลื่อนแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ให้บรรลุเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง และมีความเชื่อมโยงประสานการ ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ คุณภาพบริการพยาบาลสามารถสะท้อนผลลัพธ์คุณภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตาม มาตรฐานวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- 2.พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง
- 3.ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วย ศัลยกรรม นรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาล สมุทรปราการโดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีวิจัยและ พัฒนาของ ไอโอวาโมเดล¹⁸ ศึกษาในระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัยประกอบด้วยเครื่องมือวิจัยและรวบรวมข้อมูลแนว ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง คู่มือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบประเมินอาการเจ็บป่วยตาม Edmonton System assessment System (ESAS) โดยเปรียบเทียบคะแนน เฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนและหลังเข้าร่วม การพัฒนาแนวปฏิบัติการและแบบสอบถามความคิดเห็น ก่อนและหลังของทีมผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการ ตายดีพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจในการ พยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ขั้นตอนดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์ สถานการณ์ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งใน โรงพยาบาลและในชุมชน ในจังหวัดสมุทรปราการผู้ให้ ข้อมูลได้แก่ พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองในหอผู้ป่วย (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) ยกเว้นงานห้องผ่าตัด งานวิสัญญีและ งานสูติกรรมหลังคลอดพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้แนวคิดของ ระบบการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัย



โลก²¹ ที่มีลักษณะการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในสถานบริการสาธารณสุขไปจนถึงชุมชน กำหนดประเด็นสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การดูแลครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 6) การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลด้านทรัพยากรเครื่องมือกำหนดขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณด้วยสูตร คำนวณกลุ่มตัวอย่าง Two Dependent means ของ App N4Studies โดยคำนวณจากงานวิจัยของ ไพรินทร์ สมบัติ (2555)⁵ **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองหรือผู้ดูแลหลักจำนวน 52 คน ในหอผู้ป่วย อายุรกรรม 4 แห่ง ศัลยกรรม 3 แห่ง และหอผู้ป่วยพิเศษ 4 แห่ง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ดูแลหลัก 52 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการจำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ Np04965 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2564 และผ่านการพิจารณาเห็นชอบเชิงนโยบายจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพกลุ่มภารกิจโรงพยาบาล และในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลตามหลักพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และมีการดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาและการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม พบว่ามีประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ และแบบสอบถามความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยคำนวณหาค่า ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.814 ,0.915 ,0.790 และ 0.765 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลติดต่อฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ส่งแบบสอบถามพร้อมใบแสดงข้อความพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างถึงผู้ประสานงาน โดยผ่านกลุ่มการพยาบาลและให้ผู้ประสานงานช่วยส่งแบบสอบถามให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดการตอบแบบสอบถาม 6 สัปดาห์ ได้รับข้อมูลกลับคืนมา 52 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เกี่ยวข้องตามประเด็น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการสังเกต มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การศึกษาเชิงปริมาณ 1) สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired T-test One group

ตารางที่ 1 การประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และแนวปฏิบัติที่พัฒนา

ประเมินความต้องการ	แนวปฏิบัติที่พัฒนา
1. ด้านการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	
-ขาดรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของทีมพยาบาลประคับประคอง	-บทบาทหน้าที่ทีมพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
-ผู้ป่วย และญาติได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาล, ไม่มีระบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมน้อย	-แนวทางปฏิบัติในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565
-ขาดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ	-แผนภูมิและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสมุทรปราการ -ตารางการนิเทศแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
-ขาดการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย, ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	-แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ PPS v2
2. ด้านการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน	
-ขาดแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม	-แนวทางการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย -แบบประเมินความปวดและอาการรบกวนต่างๆโดยใช้ ESAS
-ขาดการดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม โดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ ทีมดูแลยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ	-แนวทางปฏิบัติสำหรับหอผู้ป่วยในการนิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประจำ 3 วัน/สัปดาห์ ใน 18 หน่วยงาน ต่อเนื่องตลอดปี 2566 และสนับสนุนกิจกรรมการรับศีลเจิมสำหรับผู้ป่วยในศาสนาคริสต์ -ตารางคู่มือการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ -การฝึกฝนหายใจเบื้องต้น ด้วยการทำโยคะภวานา
3. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล	
-แนวทางและระบบการประสานงานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องไม่ชัดเจน การวางแผน จำหน่ายเพื่อเตรียมดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล ไม่มีเกณฑ์ ขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ชัดเจน ไม่สามารถให้การสนับสนุนเครื่องมือและ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทีมดูแลไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน -การประสานการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบ ที่ชัดเจนขาดทีมบูรณาการและเครือข่ายที่จะดูแลร่วมกันส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขจิตอาสาบางส่วนและญาติผู้ป่วยเท่านั้น ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยน้อย	-สร้างช่องทางสื่อสารส่งต่อออนไลน์ติดตามเยี่ยมบ้าน/ให้การดูแลที่บ้าน สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ลงข้อมูลส่งต่อในระบบ Continuing of Care (COC) ส่งต่อสู่ชุมชน และผ่านโปรแกรมไลน์กลุ่ม Palliative care ระดับตำบล -เพิ่มเนื้อหาในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเยี่ยมบ้านในเรื่องของการบันทึกหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยื้อชีวิตให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในกระบวนการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแลในระยยะสุดท้ายในการทำ Advance Care Planning เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีการเห็นดีใจยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร -เกณฑ์การจำแนกระดับความต้องการการดูแลและความถี่ของการเยี่ยมบ้าน -ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการติดตามเยี่ยมและประเมินผล 3 ครั้ง -แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ
4. ด้านการมีส่วนร่วมของทีม	
-แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ครอบคลุม -การประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน	-แนวทางการปฏิบัติในการปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความจำเป็นของผู้ป่วยทีมแพทย์แผนไทย ทีมกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ตารางที่ 1 การประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และแนวปฏิบัติที่พัฒนา

ประเมินความต้องการ	แนวปฏิบัติที่พัฒนา
	-โครงการเดินเยี่ยมผู้ป่วย โดยทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเดินเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย
5. การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล	
-แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจนในเรื่อง การให้คำแนะนำความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก, การดูแลในขณะใกล้เสียชีวิตและ หลังเสียชีวิตแล้วยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน -อุปกรณ์ในการดูแลไม่เพียงพอ ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น	-จัดทำ QR code การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก -การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ จากธนาคารเครื่องมือและกองทุน End of Life ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อจัดการอุปกรณ์และของใช้ที่ผู้ป่วยขาดสน
6.เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต	
-ยังไม่มีระบบประเมินตัวชี้วัดที่ชัดเจน คุณภาพชีวิตยังอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนด ตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลลัพธ์ ของการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี	-แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี -แบบฟอร์ม Living will

ผลการวิเคราะห์ด้านสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุมองค์รวม โดยเฉพาะการประเมินด้านจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ มีการป้องกัน และจัดการปวดแต่ประเมินไม่ต่อเนื่อง การประเมินแบบแผนสุขภาพ ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน และไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์เชิงคลินิกไม่เพียงพอทำให้ค้นหาปัญหาทางการแพทย์ และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการจัดการทางการแพทย์ไม่ตรงประเด็น ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติทำให้ผู้ป่วย และญาติได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเฉพาะราย

ด้านผู้ป่วยและญาติพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้รับการประเมิน PPS และไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่เข้าใจเรื่องของการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง ทำให้มีการยืดชีวิต และทุกข์ทรมาน ผู้ป่วย และญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ ญาติส่วนหนึ่งไม่เข้าใจเรื่องการตายดี ไม่เข้าใจเรื่องของการตายว่าเป็นธรรมชาติของทุกชีวิต ผู้ป่วยบางคนมีญาติ

หลายคนตัดสินใจขัดแย้งกันในเรื่องทางเลือกของการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยบางคนญาติทอดทิ้งให้เป็นภาระของโรงพยาบาลในการดูแลจนกว่าจะเสียชีวิต

ด้านระบบสนับสนุนบริการพยาบาลพบว่า นโยบายไม่ชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ PCWN ไม่ชัดเจนขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน เช่น ออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น ไม่มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย แนวทางการส่งต่อ การขอคำปรึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายไม่ชัดเจน

2. ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 56-75 ปี ร้อยละ 61.54 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 44.23 มีประสบการณ์การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว (ที่มีส่วนร่วมดูแลระยะสุดท้าย) ร้อยละ 100.00 ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 48.08 และมี PPS Level อยู่ระหว่าง 0-30% ร้อยละ 69.23

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System เป็นรายอาการและโดยรวม ในวันแรก กับวันที่ 7 = n)52(

อาการ Edmonton Symptom Assessment System	n	วันแรก		วันที่ 7		t	p
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. มีอาการปวดรุนแรง	52	3.27	2.55	2.00	1.80	5.010*	0.000
2. เหนื่อย/อ่อนเพลีย	52	5.06	2.65	3.88	2.41	4.343*	0.000
3. คลื่นไส้ อาเจียน	52	2.48	2.37	1.48	1.77	6.339*	0.000
4. วิดกกังวล	52	3.65	2.62	2.63	1.98	4.163*	0.000
5. ง่วงซึม/สับสน/สับสน	52	5.10	2.83	5.90	2.89	-5.999*	0.000
6. เบื่ออาหาร	52	3.88	3.19	5.38	2.79	-7.764*	0.000
7. ไม่สบายกายและใจ	52	3.87	2.27	2.85	1.66	3.798*	0.000
8. หายใจเหนื่อยหอบ	52	5.04	2.98	3.38	2.15	6.215*	0.000
รวม	52	4.04	1.89	3.44	1.52	4.974*	0.000

*P < .05

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองผลการวิจัยพบว่าระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System โดยรวม ในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาอาการ

พบว่า ระดับความทุกข์ทรมานในทุกอาการในวันที่ 7 ลดลงจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นอาการง่วงซึม/สับสน และอาการเบื่ออาหาร ในวันที่ 7 ที่เพิ่มขึ้นจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (= n52)

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.88	0.32	มาก
2. ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	3.96	0.44	มาก
3. ได้รับความสะดวก และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.15	0.61	มากที่สุด
4. พยาบาลมีการพูดคุยซักถามอาการ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.88	0.32	มาก
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ	3.96	0.77	มาก
6. พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด	3.75	0.44	มาก
7. ได้รับการตอบสนองตามประเด็น และศาสนาอย่างเหมาะสมในระหว่างอยู่โรงพยาบาล	3.83	0.55	มาก
8. พยาบาลได้มีการเตรียมให้ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้น	3.83	0.55	มาก
9. ได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมใน การดูแลผู้ป่วย เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน	3.94	0.24	มาก
10. ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหา	4.00	0.00	มาก
รวม	3.92	0.30	มาก



ตารางที่ 3 ผลการวิจัย ความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.30$) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.15$, $SD =$

0.61) รองลงมา คือ ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหา ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0.00$) ส่วนพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.44$)

ตารางที่ 4 ร้อยละ ผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (Dead with dignity / Good death) (n=45) (ประเมินหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตและหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์) ผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต 7 ราย

รายการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยได้สันใจอย่างสงบ อาการทางกายได้รับการบรรเทา จนอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับได้ ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต	42	93.33
2. ผู้ป่วยได้สันใจท่ามกลางความอบอุ่นจากญาติและบุคคลอันเป็นที่รัก	40	88.89
3. ผู้ป่วยสันใจได้รับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คือ <u>ได้รับการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของตนเอง</u> ได้แก่ การใส่/ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การปั๊ม (นวดหัวใจ) การให้อาหารทางสายยางต่างๆ	40	88.89
4. ความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการตายของตนเอง <u>ได้รับการตอบสนอง</u> ได้แก่ สถานที่ที่ต้องการเป็นที่เสียชีวิต พิธีกรรมในงานศพ เป็นต้น	39	86.67
สถานที่ที่ต้องการเป็นที่เสียชีวิต		
- ที่บ้าน (9 คน ร้อยละ 20.00) ได้รับการตอบสนอง	8	88.89
- ที่โรงพยาบาล (36 คน ร้อยละ 80.00) ได้รับการตอบสนอง	31	86.11
5. ผู้ป่วยมีโอกาสได้สะสางสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น ได้พบคนที่อยากพบก่อนเสียชีวิต ได้มอบหมายและสั่งต่องานหรือเรื่องราวที่ค้างคาใจ ได้ทำพินัยกรรมหรือแบ่งสมบัติ เป็นต้น	38	84.44
สรุปการผ่านเกณฑ์ประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี		
- ผ่าน	38	84.44
- ไม่ผ่าน	7	15.56

ไพรินทร์ สมบัติ (2555)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี คือการที่ประเมินโดยผู้ดูแลหลัก ตอบใช่ ครบทุกข้อมีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล 31 ราย เสียชีวิตที่บ้าน 9 ราย ในจำนวนนี้มี 7 รายที่ไม่เข้าเกณฑ์การการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี เนื่องจากมีอาการปวดมากก่อนเสียชีวิต เมื่อพิจารณารายละเอียดพบปัญหาการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ยังมีเรื่องค้างคาใจ และการจัดการอาการทางกาย คือ อาการหายใจลำบาก/หายใจไม่

อิม (Dyspnea) และปัญหาอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ 3 ราย ก่อนเสียชีวิตที่บ้าน 2 ราย และที่โรงพยาบาล 1 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 46.7 เป็นโสด ร้อยละ 90 ศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 63.3 มีการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 วัน ร้อยละ 36.7 มีประสบการณ์การทำงาน 10ปีขึ้นไป และจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแล 4-5 คน/เดือน ร้อยละ 43.3

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง (n= 30)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนว ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	n	ก่อน		หลัง		T-value	p
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้การ ประสานงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับทีมสหสาขา วิชาชีพมีความชัดเจนและมีความรวดเร็ว	30	1.867	0.730	3.733	0.640	-10.143	0.000
2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้พยาบาล วิชาชีพมีความสุขกับการทำงาน	30	2.067	0.450	4.000	0.455	-15.314	0.000
3. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้การ สื่อสารระหว่างทีมมีประสิทธิภาพ	30	2.467	0.629	4.533	0.507	-15.303	0.000
4. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้สามารถ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างทั่วถึง	30	2.067	0.691	4.067	0.691	-10.117	0.000
5. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ตอบสนองกับความต้องการ	30	2.200	0.761	3.900	0.548	-9.109	0.000
รวม	30	2.133	0.231	4.047	0.163	-39.371	0.000

*P < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
ระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากการ
ปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t =$
39.371) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ระดับความ
พึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในทุกประเด็น
เพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่เหมาะสมกับบริบท
ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เกิดผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจาก
ได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และ
ได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารการพยาบาล
สนับสนุนการปฏิบัติ สนับสนุนบุคลากร ทรัพยากรที่
จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นการมี PCWN ในแต่ละ
หน่วยงาน และพยาบาลชุมชน ได้ให้คำแนะนำปรึกษา

แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีช่องทางสื่อสาร
ออนไลน์สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ปรึกษา
ประสานข้อมูลประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนวิธีการ
ดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันต่อความต้องการของผู้ป่วย
และครอบครัว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี คือ
ระดับความทุกข์ทรมานจากการโดยรวม ในวันที่ 7
ลดลงจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
สอดคล้องกับการศึกษาของพิชานันท์ ชนะผล, อภิรัตน์
จันทร์ดา, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ (2563)⁴ ซึ่ง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลแบบ
ประคับประคองด้านที่มีคะแนนความมั่นใจมากที่สุด คือ
การจัดการอาการปวดและอาการรบกวน จากการวิจัยจึง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับประเมินอาการปวด
ของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะการปวด ระยะเวลา ตำแหน่งที่
ปวด ความรุนแรงของการปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น
หรือปวดน้อยลง บริหารการใช้ยาแก้ปวด ได้อย่าง
เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงได้ให้การพยาบาล
เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ

และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล (2563)³ ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาอาการรบกวนในร่างกาย และอาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีความรู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลแบบประคับประคองลงสู่การปฏิบัติ เพื่อจัดการกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สบายให้ดีขึ้น ส่วนอาการง่วงซึม/สับสน และอาการเบื่ออาหาร ในวันที่ 7 ที่เพิ่มขึ้นจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.23 อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Verkissen, Hjermsstad, Van Belle, Kaasa, Deliens, and Pardon (2019)¹⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและความรุนแรงของอาการในช่วงเวลาหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มประเทศยุโรป พบว่าความรุนแรงของอาการรบกวนต่างๆในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งมักคงที่ ยกเว้นอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาการง่วงซึม/สับสน ซึ่งจะมีมากขึ้นในระยะก่อนเสียชีวิต เปรียบเทียบเวลา ≥ 6 เดือน 3-5 เดือน และ 0-2 เดือน ตามลำดับ

นอกจากนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.30$) เนื่องจากการบริการที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และมีความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับประเด็นในข้อคำถาม “การได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน” ที่พบว่ามีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 94.2 นอกจากนั้นยังเป็นการดูแลที่มุ่งเน้น การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน เมื่อพิจารณาประเด็นพบว่า ได้รับความสะดวก และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.15$, $SD = 0.61$) รองลงมา คือ ได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหา ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0.00$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ให้ความตระหนักต่อการประเมินความต้องการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่เป็นได้ และเน้นในเรื่องของการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดาราพรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร (2561)² ที่ได้กล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย และผลการประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดีมีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -39.371$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจะเป็น ต้นแบบให้กับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆตลอดจนโรงพยาบาลในภาครัฐสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทข้อจำกัดด้านทรัพยากร สังคมและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน
2. การนำเนื้อหาของคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยเฉพาะความรู้เรื่องการทำ Living will สามารถประยุกต์ใช้ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักได้
3. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สามารถสนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติและองค์กรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแล คือ การตายดี (Good death) ในประเด็นการจัดการอาการรบกวนโดยเฉพาะปัญหาอาการหายใจลำบาก ยังเป็นโอกาสพัฒนา ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการจัดการอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต่อไปเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาและคณะขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้นำผลการศึกษานี้ไปเผยแพร่ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และในระดับกระทรวงสาธารณสุข พร้อมกันนี้ขอขอบคุณ นายแพทย์ อิศรา สพลสมย์ ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PCWN) ของทุกแผนกพยาบาลชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่สนับสนุนในการดำเนินงานและศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมตลอดในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2564*. กรุงเทพฯ.: บริษัท สำนักพิมพ์ สือตะวันออก.
. (2564). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมุทรปราการ*.
. (2565). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมุทรปราการ*.
- 2.ดารารวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 412-422.
- 3.นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และคณะ. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.
- 4.พิชานันท์ ชนะผล, จิราภรณ์ จันทร์ดา, และ ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2563). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 61-69
- 5.ไพรินทร์ สมบัติ. *แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามหรือการตายดี (dead with dignity/good dead)*. น่าน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว; 2555.
- 6.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*.อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
<https://thaitgri.org/?p=39784>
- 7.โรงพยาบาลสมุทรปราการ. (2563). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมุทรปราการ*.
. (2564). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมุทรปราการ*.
. (2565). *ข้อมูลสถิติการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมุทรปราการ*.
- 8.ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร ผลยกิตติ. (2017). แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 22-28.
- 9.ศศิวิมล ปานูราช, เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี. (2561). *ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 14และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประชุมวิชาการระดับชาติ “มศววิจัย” ครั้งที่ 11 วันที่ 29-30 มีนาคม 2561, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.
- 10.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2565). *จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี 2564*. สืบค้นจาก
<http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>



- 11.สภาการพยาบาล. (2558). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative nurse specialist competencies). กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- 12.สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน.
- 13.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ Health data center (HDC service). (2563-2564). ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขา Intermediate & Palliative care. สืบค้นจาก https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
- 14.อัมมารวรณ์ ใจเปี้ย, อุบล บัวชุม, และ พายุรี ชมพูแก้ว. (2561). การพัฒนากอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีธัญญา 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 84-99.
- 15.อุมารวรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2556). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน *สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, การประชุมฟื้นฟูวิชาการ วิทยาการก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกรุงเทพ.
- 16.Mahdjoubi D. (2009). Four types of R&D. Texas: *Research Associate*, IC2 Institute;2009.
- 17.Moro, C., Brunelli, C., Miccinesi, G., Fallai, M., Morino, P., Piazza, M., Ripamonti, C. (2006). Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliatives care settings. *Support Care Cancer*. 14(1), 30-37.
- 18.Tittler, M. G., Kleiber, F. C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L.Q., et al. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13, 497-509.
- 19.Verhulst MN, Hjerstad MJ, Van Belle S, Kaasa S, Deliens L, Pardon K. (2019). *Quality of life and symptom intensity over time in people with cancer receiving palliative care*:
- 20.Victoria Hospice Society. (2006) Palliative Performance Scale (PPSv2) See: <https://bit.ly/2HskWhV>
- 21.World Health Organization. (2002). *Pain relief and Palliative Care*. In: National Cancer Control Programmers. Policies and managerial guidelines. (2nd ed.). 86-91. WHO Geneva
- 22.World Health Organization. (2018). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents.
- 23.World Health Organization. (2019). Palliative care overview. <https://www.uth.edu/dotAsset/c77ad8f1-3f85-4bdd-a883-1f9c61903d3c.pdf>
- 24.World Health Organization. (2020). Global atlas of palliative care (2nd ed.). Retrieved October 5, 2020, from <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง Nursing care of patients with dependency in the community: a case study of cerebrovascular disease

(Received: June 18,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 25,2023)

พิมพ์ชนก เอกวอลล์¹

Pimchanok Akawall

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลแล้วมาดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านระยะเวลา 6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโรคเบาหวานเมื่อปี 2560 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อปี 2562 รับประทานยาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ทานยา Amlodipine(5) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงได้เปลี่ยนเป็น Enalapril (20) 0.5 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร และ HCTZ (50) 0.5 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ภรรยาจึงนำส่งโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา ขณะพักค้างคืนตอนไปส่งบุตรสาวฝึกงานที่จังหวัดนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Stroke จึงให้นอน Admit เพื่อทำการรักษาโดยการรับประทานยาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนอาการดีขึ้นแพทย์เจ้าของไข้จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 7 ธันวาคม 2565 พร้อมส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในพื้นที่ และได้ไปติดต่อบริการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในวันที่ 8 ธันวาคม 2565 จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งได้ ยังมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ยังเดินเองไม่ได้ และใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจำหน่ายมีการวางแผนทำ Home program ภายภาพที่บ้าน และได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ABSTRACT

This study is a case study. have a purpose To develop nursing care for dependent patients in the community Case study of patients with cerebrovascular disease and effectiveness of nursing care for dependent patients in the community Case study of patients with cerebrovascular disease This is a study of stroke patients after discharge from hospitals and then come to take care of them continuously at home for a period of 6 months (Long Term Care). The study was conducted between October 1, 2022 - March 2023.

A 58-year-old male patient diagnosed with diabetes in 2017 and hypertension in 2019. Received chronic disease medication at Sappasit Prasong Hospital, Ubon Ratchathani. Amlodipine(5) was unable to control blood pressure. blood So it was changed to Enalapril (20) 0.5 tablets 2 times after meals and HCTZ (50) 0.5 tablets 1 time after breakfast. His wife took him to Pak Chong Nana Hospital. Nakhon Ratchasima Province. While staying overnight when sending my daughter to do an internship in Nakhon Ratchasima Province The doctor diagnosed him with a Stroke and therefore had him lie down to Admit for treatment by taking medication for 2 weeks until his symptoms improved. The patient's doctor allowed him to go home on December 7, 2022, ready to send

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

him back for treatment at Sappasit Hospital. wishes in the area And went to receive treatment at Sappasithi Prasong Hospital on December 8, 2022. From the health assessment, it was found that the patient acted according to the instructions. There is still a weak left limb. still can't walk by himself and insert a urinary catheter After the sale, there is a plan to continue doing a Home program physically at home. and received continuous follow-up visits at home 5 times

Keywords: cerebrovascular disease Patients with dependency in the community

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน ในจำนวนนี้มี 5 ล้านคน ที่มีความพิการถาวร องค์การอนามัยโลก (WHO.) ได้ทำนายไว้ว่า ความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง จากปีค.ศ. 1990 มีจำนวน 38 ล้านคน จะเพิ่มขึ้นเป็น 51 ล้านคน และในปีค.ศ. 2020 มีการประมาณการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับข้อมูลดังกล่าว สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง จากรายงานของ WHO พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก เฉลี่ยทุก 6 วินาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ในกลุ่มที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 7.9 หลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 3.4 พบไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชาย และเพศหญิง (กนกศรี สนิทพรปัญญา, 2564) และในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต จะพบความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว มีความเครียดสูงและคิดว่าตนเองไร้ค่า

ในปัจจุบันพบว่า แนวการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีการประยุกต์หลายแนวคิดที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติส่วนใหญ่ในระยะ Pre-hospital จะเน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและการดูแลระยะยาว เน้นการให้ความรู้ การฝึก

ทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการจัดการรายการหนี้ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ในระหว่างปี 2562-2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 53, 68 และ 71 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการหลงเหลือ จำนวน 38, 20 และ 12 ราย ตามลำดับ เสียชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,4 และ 2 รายตามลำดับ (รายงานเวชระเบียน, 2562-2564) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากต้องอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพฤกษ์ และอยู่ในภาวะพึ่งพิงบุคคลในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การพูด การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น สภาพอารมณ์ที่แปรปรวน ซึ่งเป็นภาวะทุพพลภาพ (Disability) ที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา จากการที่ผู้ดูแลต้องหยุดงาน หรือลาออกจากการทำงานเพื่อมาดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย คนละ 100,000 บาท/ปี โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คิดเป็น 151,428 บาท/ปี (สำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยใน คนละ 53,429 บาท/ปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552)



จากสถานการณ์ที่กล่าวข้างต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับโลก สถานการณ์ของประเทศไทย และสถานการณ์ของจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความพิการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติ สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาด้านอารมณ์ และมีพฤติกรรมหลายรูปแบบ เช่น วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ค่าใช้จ่ายในการรักษา รายได้ของครอบครัว เป็นต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวชกรรม มีความตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงมีปัญหาคือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง หากมีการเตรียมจำหน่าย และดูแลไม่ต่อเนื่องถึงระดับชุมชนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และในบางรายอาจกลับมาด้วยการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองแตกจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ศึกษาจึงได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย ที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฟุ้งเฟ้อ ที่เริ่มทำการศึกษตั้งแต่ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในช่วงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งเฟ้อในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะฟุ้งเฟ้อในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วมาดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านระยะเวลา

6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอเมืองอุบลราชธานี
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะฟุ้งเฟ้อ โรคหลอดเลือดสมอง การรักษาและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
4. ทำหนังสือเสนอผู้บริหาร เพื่อขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
5. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งเฟ้อ จำนวน 1 ราย ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
6. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล
 - 6.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรวบรวม
 - 6.2 ระบุปัญหาทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล โดยให้การพยาบาลผู้ป่วย สนับสนุนเรื่องโรค การดูแลตนเองและผู้ป่วยในระยะฟุ้งเฟ้อแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาตามแผนการรักษาต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพโดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและพยาบาลเจ้าของไข้
 - 6.3 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และแผนการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
 - 6.4 การติดตามประเมินผล
 7. สรุปผลการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา



การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล ชายอายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นปริญญาตรี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพทนายความ รายได้ 55,000 บาท/ปี รายได้เพียงพอกับรายจ่าย เป็นหัวหน้าครอบครัวและหารายได้เลี้ยงสมาชิกในครอบครัว มีรายได้เสริมจากภรรยาอีกทางหนึ่งซึ่งค้าขายอยู่ที่ตลาดในชุมชน มีบุตร 1 คน ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 20 – 25 มวน และดื่มเบียร์ทุกวัน ช่วงหลังเลิกงานวันละ 1 ขวด

ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้รับการการวินิจฉัยโรค : Diabetes Mellitus เมื่อปี 2560 และได้รับการการวินิจฉัยโรค with Hypertension เมื่อปี 2562 มีประวัติเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เริ่มต้นรักษาด้วย Metformin (850 mg.) วันละ 1 เม็ด 3 ครั้งหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น, Glipizide (5) วันละ 1 เม็ด 2 ครั้งก่อนอาหารเช้า เย็น ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ โดยค่าน้ำตาลจะสูงเกิน 126 mg% อยู่ตลอด และค่า A1C จะอยู่ที่ 10% กว่า ๆ ตลอด ส่วนความดัน Systolic pressure จะอยู่ระหว่าง 160-180 mm.Hg. และ Diastolic pressure อยู่ในช่วง 100-120 mm.Hg. เนื่องจากไม่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนรักษาของแพทย์ และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามหลัก ด้านครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับมารดา ภรรยา และบุตร 1 คน รวม 4 คน ครอบครัวอบอุ่นรักใคร่กลมเกลียวกันดี ต่อมาเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยมีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ เดินเซ อ่อนแรงขาซีกซ้ายอ่อนแรง ขณะพักค้างคืนที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ขณะไปส่งบุตรสาวเพื่อฝึกงานที่จังหวัดนครราชสีมา ภรรยาจึงได้พาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยว่า Stroke จึงให้ Admit เพื่อรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด นาน 2 สัปดาห์ โดยการรักษาตามแผนการรักษา และอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์

เจ้าของไข้จึงได้อนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมส่งตัวกลับมารักษา ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และเนื่องจากใช้สิทธิ์รักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้มาขอใบส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ส่งมา และผู้ศึกษาจึงได้นัดหมายลงเยี่ยมบ้านในวันรุ่งขึ้น เพื่อสอบถามอาการและการเจ็บป่วยที่ผ่านมา และได้วางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างต่อเนื่องรวมทั้งติดตามอาการและผลการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการไปตรวจตามนัดที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานต่อไป

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 9 ธันวาคม 2565 (1 วันหลังคนไข้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในวันที่ 8 ธันวาคม 2566)

ผู้ศึกษาได้ลงเยี่ยมบ้านพร้อมด้วยนักกายภาพบำบัด พบผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนแรงที่แขนและขาซีกซ้าย พูดไม่ชัด เดินเซ กลืนลำบาก รับประทานอาหารเองยังไม่ได้ ภรรยาต้องคอยดูแลช่วยป้อนอาหารให้ตลอด วัด BP = 127/70 มม.ปรอท P. = 81 ครั้ง/นาที ยัง Retained Foley Cath with urine Bag ไว้ตลอด และทราบว่าแพทย์เจ้าของไข้ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้ประสานแผนกกายภาพบำบัด และเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ และประสานแพทย์หู คอ จมูก เพื่อช่วยฝึกกลืนอาหาร โดยได้รับการนัดเพื่อไปทำกายภาพบำบัดในเดือน ธันวาคม 2566 เพิ่มอีกจำนวน 2 ครั้ง คือในวันที่ 14 ธันวาคม 2566 และในวันที่ 22 ธันวาคม 2566 โดยคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา คือ

- Glipizide (5mg.) 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า



- Metformin (850 mg.) 1 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า - เย็น
- Enalapril (20 mg.) 0.5 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า - เย็น
- Aspirin (300 mg.) 1 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- HCTZ (50 mg.) 0.5 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Lercadipinel (50 mg.) 1 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Losec (20 mg.) 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า
- Simvastatin (20 mg.) 2 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนนอน

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 27 ธันวาคม 2565

ผู้ศึกษา แพทย์ประจำศูนย์ นักกายภาพบำบัด และอสม.ในพื้นที่ เข้าไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบผู้ป่วยยังมีการอ่อนแรงที่แขนและขาซ้าย ยังเดินเซ พูดไม่ชัด กลืนลำบากแต่ยังพอรับประทานเองได้บ้าง โดยมีภรรยาคอยดูแลช่วยป้อนอาหารให้บางครั้ง วัด BP = 117/ 98 มม.ปรอท P. = 100 ครั้ง/นาที และผู้ศึกษาได้วางแผนที่จะ Off Foley Cath with urine Bag โดยการช่วยเหลือของภรรยาที่ดูแล และได้ประสาน อสม.ในพื้นที่ให้เข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องวันละครั้งทุกวันช่วงเช้าเนื่องจากภรรยาผู้ป่วยต้องไปขายของที่ตลาดทุกเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองทุกวัน และหลังจากนั้น 3 วัน พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ด้วยตนเอง จึงได้รายงานแพทย์ประจำศูนย์ และแพทย์อนุญาตให้ Off Foley Cath with urine Bag ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น และดูแข็งแรงขึ้น และผู้ป่วยยังมีนัดไปทำกายภาพบำบัดอีกจำนวน 2 ครั้ง คือในวันที่ 28 ธันวาคม 2565 และใน

วันที่ 11 มกราคม 2566 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิม

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 24 มกราคม 2566 ผู้ป่วยเริ่มฝึกเดินเองได้ โดยใช้ไม้พยุงช่วย และเริ่มพูดสื่อสารได้ชัดเจนขึ้น การกลืนอาหารดีขึ้น รับประทานอาหารเองได้มากขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้นมาก หน้าตาสดใส

ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ด้วยตนเองวันละ 5 – 6 ครั้ง ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีอาการแสบขัด วัด BP = 138/ 86 มม.ปรอท P. = 72 ครั้ง/นาที มี อสม.ในพื้นที่ได้เข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องวันเว้นวันช่วงเช้า สลับกับภรรยาผู้ป่วย ซึ่งหยุดขายของที่ตลาดและมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยยังมีนัดไปทำกายภาพบำบัดอีกจำนวน 3 ครั้ง คือในวันที่ 25 มกราคม 2565 , วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 และในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิมอย่างต่อเนื่อง

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566

การเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยพูดชัดขึ้น สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ชัดเจน สามารถเดินเองได้แล้ว โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยพยุง อารมณ์ดี มือซ้ายเริ่มมีแรงมากขึ้น แต่ยังหยิบจับสิ่งของไม่ได้ มีภรรยาอยู่ดูแลตลอดเวลา ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ด้วยตนเองวันละ 5 – 6 ครั้ง ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีอาการแสบขัด จึงให้ อสม. ในพื้นที่ลดการเยี่ยมลงเป็นให้เยี่ยมเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง วัด BP = 132/ 90 มม.ปรอท P. = 82 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยยังมีนัดไปทำกายภาพบำบัดอีกจำนวน 2 ครั้ง คือในวันที่ 1 มีนาคม 2565 และ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิมอย่างต่อเนื่อง

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 วันที่ 14 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยพูดได้คล่องแคล่วและชัดเจนขึ้นมาก สามารถเดินได้เองอย่างมั่นใจ มือซ้ายมีแรงเริ่มหยิบจับ



สิ่งของเบา ๆ ได้ อารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ชอบออกมาพูดคุยกับคนอื่น ๆ และเพื่อนบ้านใกล้เคียง มีภรรยาอยู่ดูแลตลอดเวลา จึงให้อสม.ในพื้นที่ลดการเยี่ยมลงเป็นให้เยี่ยมเพียงเดือนละ 1 ครั้ง วัด BP = 120/ 82 มม.ปรอท P. = 78 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยยังมีนัดกับแพทย์เจ้าของไข้ ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2565 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิมอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงได้แจ้งผู้ป่วยและตกลงหยุดการเยี่ยมกรณีศึกษาตามแผน แต่ก็ให้สามารถโทรปรึกษา/ติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตลอดในวัน และเวลา ราชการ และได้วางแผนการเยี่ยมตามปกติ เดือนละ 1 ครั้งต่อไป

ข้อมูลการประเมินลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สุกดิบหรือจัด และดื่มสุราสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง รับประทานอาหารรสจัด ร่วมกับไม่ออกกำลังกาย หลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีภาวะซึมเศร้า และต้องหายจากภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเองให้กลับมาปกติหรือใกล้เคียงปกติ

เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านยังพบปัญหาของการมีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการฝึกเดินที่บ้าน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ดี ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ภรรยาและบุตรให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ด้านการเงินภรรยาสามารถบริหารจัดการด้านการเงินได้ดี มีรายได้จากการค้าขายพอพุงครอบครัวไปได้ ในชุมชนมี อสม. เข้ามาร่วมช่วยดูแลอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็นและเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐาน

แบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน ประมาณ 6-8 ชั่วโมง (22.00-04.00น.) ปัสสาวะสีเหลืองใส วันละ 6 - 7 ครั้ง อุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาเรื่องขับถ่าย รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ ส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นบ้านที่ภรรยาปรุงอาหารให้ มีทานอาหารรสจัด บางครั้ง รุปร่างท้วม น้ำหนัก 77 กิโลกรัม สูง 175 เซนติเมตร ดื่มแอลกอฮอล์ประจำทุกวัน และสูบบุหรี่ประมาณ 20 - 25 มวน/วัน มีดื่มกาแฟบางครั้ง แต่ได้เลิกดื่ม เลิกสูบบุหรี่หลังจากเจ็บป่วย ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะทำงานรับจ้างเป็นทนาย เป็นคนอารมณ์เย็น ใจดี ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกันดี รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ไม่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีความกังวลบางครั้งเกี่ยวกับความดันสูง เมื่อมาตรวจตามนัด

การตรวจร่างกายตามระบบ

- รูปร่างท้วม น้ำหนัก 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) ๒๕.๑๖ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๘/๘๖ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๗๔ ครั้งต่อนาที

- ผิวหนัง : ดำแดง ไม่มีรอยสัก

- ศีรษะ : ไม่มีรอยบาดแผลใด ๆ

- ตา : ตา 2 ข้างมองเห็นชัดเจนดี

- จมูก : ได้กลิ่นปกติ ไม่มีการอักเสบหรือสิ่งคัดหลั่งภายในจมูก

- ปาก : ไม่มีฟันปลอม ไม่มีฟันผุ

- คอ : ไม่มีรอยบาดแผลใด ๆ ไม่พบก้อน

- ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก : ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติเท่ากันสองข้าง

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๗๔ ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur

- ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนนูน ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ ๑๐ ครั้ง ต่อนาที คลำท้องนุ่มดี ไม่มีอาการปวด ไม่พบก้อน
- ระบบประสาท : ตื่นดีถามตอบรู้เรื่อง มีพูดไม่ชัด Glasgow coma score E4V4M5, มีอ่อนแรงด้านซ้าย motor power grade 4 เดินโดยใช้ไม้เท้าพยุง, ผิวหนังรับความรู้สึกปกติ
- ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ : คลำไม่พบไต เคาะบริเวณ costovertebral angle ไม่มีอาการปวด สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
- ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : ไม่มีข้อติด อ่อนแรงซีกซ้ายเดินเองได้โดยใช้ไม้เท้าพยุง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
Cholesterol	272	278	296
Triglyceride (<200mg/dl)	435	392	356
LDL-cholesterol (<=130 mg/dl)	165	182	196
Glucose (70-115 mg/dl)	235	194	163
Hb A1C (4.0-6.5%)	10.5	10.8	10.2
Microalbumin (<30 :Negative)	-	-	-
eGFR (>90ml/min/1.73m)	102.42	99.86	75.24
Creatinine(0.67-1.17mg/dl)	0.7	0.8	0.9
Uric acid (2.6-6.0 mg/dl)	-	-	-
Hb (M : 13.0-17.0 g/dl)	14.5	14.2	13.8
Hct (M : 38-50%)	43.1	43.3	42.6

วิเคราะห์ : มีระดับ Cholesterol ,Triglyceride และระดับน้ำตาลในเลือดสูง

แผนการรักษาของแพทย์

- Metformin (850) 1x3 po.pc
- Amlo (10) 1x1 po.pc
- Simvastatin(20) 1x1 hs
- Glipizide (5) 1x2 po.pc
- ทำกายภาพฝึกพูด
- ฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน
- ทำกายภาพฝึกการเดิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ผู้ศึกษานำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา มาวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษา มีความวิตกกังวลต่อปัญหาความเจ็บป่วยและปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อ ได้กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติกิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกการปฏิบัติการดูแล ติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ญาติ พยาบาลชุมชนประจำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสนับสนุน/ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สรุปข้อวินิจฉัยทางการที่พบ ได้แก่

1. มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง
2. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากยังไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย

ปัสสาวะเองได้ ต้อง Retained Foley Cath with Urine bag ไว้ตลอด

4. เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก
5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตก หกล้มเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย
6. การเคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย
7. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเนื่องจากการสื่อสารทางวาจา การพูดซ้ำ และสื่อสารได้ไม่ชัดเจนเหมือนเดิม
8. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย/ความเป็นอยู่ของครอบครัวเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้เหมือนเดิม

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโรคเบาหวานเมื่อปี 2560 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อปี 2562 รับประทานโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ทานยา Amlodipine(5) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงได้เปลี่ยนเป็น Enalapril (20) 0.5 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร และ HCTZ (50) 0.5 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปากเปื่อย พูดไม่ได้ เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ภรรยาจึงนำส่งโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา ขณะพักค้างคืนตอนไปส่งบุตรสาวฝึกงานที่จังหวัดนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Stroke จึงให้นอน Admit เพื่อทำการรักษาโดยการรับประทานยาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนอาการดีขึ้นแพทย์เจ้าของไข้จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 7 ธันวาคม 2565 พร้อมส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในพื้นที่ และได้ไปติดต่อบริการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในวันที่ 8 ธันวาคม 2565 จาก

การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งได้ ยังมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ยังเดินเองไม่ได้ และใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจำหน่ายมีการวางแผนทำ Home program กายภาพบำบัดที่บ้าน และได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง จนกระทั่งอาการดีขึ้น พูดได้ เดินเองได้ โดยไม่ต้องใช้ไม้พยุงเดินเพื่อป้องกันหกล้ม รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีสำลัก ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ BP =120/ 82 มม.ปรอท P. = 78 ครั้ง/นาที่ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดูแล

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือดสมองแตก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติขาดสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและพันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มารับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น อย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาของการมารับการรักษาของผู้ป่วย



โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงการขอความช่วยเหลือ โดยการเรียกรถเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ระยะที่ 2 คือ ระยะเวลาตั้งแต่รถออกจากสถานที่ที่เกิดอาการ สิ้นสุดที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้และ ระยะที่ 3 คือ ระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินจนถึงการได้รับการรักษา ซึ่งในแต่ละระยะมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้ารับการรักษากายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหรือหลังจากระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากเกิด

อาการ และสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ คือ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย/ครอบครัว มีการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ/ผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ในรายที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กันยา อ้อยลี. (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 พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- 5.พูนทรัพย์ ไสภารัตน์. (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 from 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). 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.
- 10.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
- 11.Alberts, M. J., & Easton, J. D. (2004). Stoke best practices: A team approach to evidence-based care. *Supplement to the Journal of the National Medical Association*, 96(4).
- 12.Ayello, E., & Braden, B. (2001). Why is pressure ulcer risk assessment so important? *Advance In Skin & Wound Care*, 31(11), 74-80.



13. 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.
14. 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.
15. European Stroke Initiative. (2003). Reccomendations for stroke management. *European Journal of Neurology*, 7, 607-623.
16. 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.
17. 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.
18. Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2001). *Management of acute stroke* [Electronic version]. Retrieved December 12, 2006, from [tp://www.heartandstroke.ca/profed.html](http://www.heartandstroke.ca/profed.html)
19. Hickey, J. V., & Hock, N. H. (2003). *The clinical practice of neurological and neurological nursing* (5th ed., pp. 559-587). Philadelphia: Lippincott.
20. Jamer, F. M. (2000). Management of acute ischemic stroke. *Postgraduate Medicine*, 107(6), 85-93.
21. Josephson, L. (2004). Management of increased intracranial pressure: A primer for the non-neuro critical care nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(5).
22. 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. Suanders.
23. Moore, K. N., Day, R. A., & Albers, M. (2002). Pathogenesis of urinary tract infections: A review. *Journal of clinical Nursing*, 11, 568-574.
24. 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.
25. 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.
26. Registered Nurses Association of Ontario. (2002). *Toolkit implementation of clinical practice guideline*. Toronto, Canada. Retrieved December 14, 2006, from [www.http://www.mao.org](http://www.mao.org)
27. 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.
28. 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.
29. Soukup, SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America* 2000 : 35(2), 301-309
30. 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.
31. 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

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The effect of a pre- and postoperative information program on quality of life and anxiety in Zpatients undergoing ectopic pregnancy surgery. Kalasin Hospital.

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

อรุณี พัวโสพิศ¹

Arune Puasopit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 35 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยและแบบวัดความวิตกกังวลที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และ 0.70 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลและได้รับข้อมูลการผ่าตัด ตั้งแต่วันที่ผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลซ้ำใน 1 เดือนหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 29 คน จาก 35 คน เข้าสู่กระบวนการวิจัยโดยสมบูรณ์หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (MEAN= 96.10, S.D. = 3.38) สูงกว่าก่อนการทดลอง (MEAN = 92.86, S.D. = 3.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.311, P<.001$) ระดับความวิตกกังวลก่อน (MEAN= 7.34 , S.D. = 1.67) และหลังการทดลอง (MEAN = 7.03, S.D. = 1.38) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.482$) การให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผนเป็นแนวทางการพยาบาลวิธีหนึ่งที่เหมาะสมส่งเสริมให้มีการนำไปใช้เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูล, การตั้งครรภ์นอกมดลูก

Abstract

This research was a quasi-experimental research. The objective was to compare the quality of life and anxiety level of ectopic pregnancies patients undergoing preoperative and postoperative preoperative and postoperative data acquisition. The sample group was ectopic pregnancy patients who had undergone surgery. Kalasin Hospital according to the specified qualifications, 35 people. The research tools consisted of pre- and postoperative information plans. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life Scale (Thai Version) and Anxiety Scale with confidence values of 0.74 and 0.70, respectively. surgery From preoperatively until discharge from the hospital, quality of life and anxiety were reassessed 1 month after surgery. Data were analyzed using descriptive statistics and comparing mean scores, quality of life and anxiety levels before and after the experiment using Wilcoxon Signed Rank Test.

The results showed that 29 out of 35 subjects entered the research process completely after the experiment. The subjects had a mean quality of life (MEAN = 96.10, S.D. = 3.38) higher than before (MEAN = 92.86, S.D. = 3.20).) with statistical significance ($Z = -4.311, P<.001$), the anxiety levels before (MEAN= 7.34, S.D. = 1.67) and after the experiment (MEAN = 7.03, S.D. = 1.38) were different. There was no statistical significance ($Z = -1.482$). The structured preoperative and postoperative information delivery is one of the nursing guidelines that should be encouraged to be used to improve the quality of life of outpatients. a surgically operated uterus

Keywords: information program, ectopic pregnancy

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูก ร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ นอกจากนั้นอาจพบได้ที่รังไข่ปากมดลูกและในช่องท้อง อุบัติการณ์พบประมาณร้อยละ 0.5-0.75 หรือประมาณ 1:125 ถึง 1:200 ของการคลอดทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยเกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์³ อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในระยะแรกอาจไม่พบอาการใด ๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้เกิดการแตกของท่อนำไข่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้องอาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อคจากการเสียเลือดขึ้นได้ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อยตลอดเวลาในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก อาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม² การรักษามี 2 วิธี ได้แก่ วิธีการผ่าตัดและวิธีการไม่ผ่าตัด จากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกจำนวน 71, 88 และ 66 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทุกราย โดยแยกเป็นการผ่าตัดแบบ Exploratory Laparotomy จำนวน 50, 64 และ 46 รายตามลำดับ แบบ Fast track จำนวน 14, 15 และ 12 ราย และ Rupture จำนวน 7, 9 และ 8 รายตามลำดับ

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด¹³ โดยเฉพาะระยะก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด สาเหตุความวิตกกังวลและความเครียดเกิดจากความสูญเสียทางความรู้สึก ความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด กลัวสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะของร่างกาย (Moon JS, 2001) ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ต่อมหมวกไตขึ้นในการหลั่งสารแคทีโคลามีนและต่อมหมวกไตขึ้นนอกปล่อยคอร์ติโคสเตียรอยด์เกิดการคั่ง

ของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ⁵ และพบว่าระบบซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ทางด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น เหงื่อออกที่มือ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ¹⁴

นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูงทำให้หลังผ่าตัดมีระดับความปวดสูงและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพร่างกายล่าช้า และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่ำ ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดมีความวิตกกังวลและความเครียด บุคคลเหล่านั้นจะมีการปรับตัว การแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด⁹ เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง (Pritchard, 2011) และเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง⁶ นอกจากนั้นผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง⁴ ส่งผลลัพธ์ที่ดีในระยะหลังผ่าตัดคือทำให้ความปวดลดลงและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁷ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยขาดการเสริมพลังอำนาจในตนเอง¹⁵ และมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม¹¹

จากผลการศึกษาของ ชูลีพร และปณญนุช (2560)¹ ได้ศึกษาความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลโดยรวมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทุก ๆ ด้าน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยที่ 1) ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาล

วิสัยทัศน์ซึ่งต้องเป็นผู้รอบรู้ มีการวางแผนคำแนะนำที่ดี และมีทักษะการสื่อสารที่ดี รวมถึงรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ¹⁰ อย่างไรก็ตาม พยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกเรื่องตามความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากภาระงานมาก ระยะเวลาให้ข้อมูลมีจำกัด¹⁹

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นการตอบสนองความต้องการ การได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติตนของผู้ป่วย¹ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ โดยที่ยังไม่พบรายงานวิจัยที่ประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกหลังการผ่าตัดภายหลังได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดที่เพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลในการผ่าตัดเต้านมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้⁸

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด มีบทบาทหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดตั้งครุณนอกมดลูกอย่างเป็นแบบแผนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ประกอบกับยังไม่มีแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่เป็นระบบแบบแผน การให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดมีรายละเอียดแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ให้ข้อมูล และเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวในระยะเวลาอันสั้น การวิจัยครั้งนี้จะเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นระบบมีแนวทางในการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ ขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในระยะแรกหลังออกจากห้องผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่าย ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยเป็นการให้ข้อมูลที่เน้นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทางด้านร่างกาย

และจิตใจ ลดความวิตกกังวล และที่สำคัญคือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดตั้งครุณนอกมดลูกให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด

สมมุติฐานการวิจัย

การได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตและลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครุณนอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) กับทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

Orem et al (2001)¹⁶ กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการดูแล แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมี 3 แบบ (Pichayapinyo, 2013) คือ 1) ความต้องการที่สมดุล 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ และ 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งความพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ¹⁶

ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตราย 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for) 2) การชี้แนะ guiding) 3) การสนับสนุน (supporting) 4) การสอน (teaching) และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ถูกต้องเหมาะสมตรงกับความเป็นจริง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง (one-group, pretest and posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างการวิจัยโดยกำหนดให้ Power = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดค่า effect size ในระดับปานกลางหรือ 0.50 นำมาคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 35 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
 - 2) ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชแบบไม่ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่เข้ามานอนโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันเพื่อเตรียมการผ่าตัด
 - 3) เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
 - 4) ยินดีเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
- กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด
- 2) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดและต้องรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตก่อนการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ตั้งครรภ์นอกมดลูก ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา อุปกรณ์และสื่อประกอบการให้ข้อมูล วิธีการให้ข้อมูล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย

- 1) การให้ข้อมูลด้านการผ่าตัด
- 2) ยาที่ต้องรับประทานต่อหรือต้องงดก่อนการผ่าตัด
- 3) ยาอื่น ๆ ที่ไม่ต้องงด
- 4) การประเมินความวิตกกังวล
- 5) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- 6) การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการดูแลหลังผ่าตัด เช่น การทำ early ambulation
- 7) อธิบายความปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญและวิธีการจัดการกับความปวด ตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญหลังออกจากห้องผ่าตัดระยะผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลืออย่าง

เต็มที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยในห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วย นรีเวช จนกระทั่งพ้นขีดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

1.2 แผนการให้ข้อมูลหลังผ่าตัด
ตั้งครรภ์นอกมดลูก ประกอบด้วย

1) กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

2) ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจพบ คือ มีอาการปวดหัวไหล่หนึ่งข้าง คล้ายปวดเมื่อยเนื่องจากลมในช่องท้องไปดันกะบังลม อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ ด้วยการรับประทานยาแก้ปวดและจะหายกลับเป็นปกติ ภายใน 1 วันหลังผ่าตัดเป็นวัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาทำงานปกติได้ ภายใน 72 ชั่วโมง เป็นต้น

3) การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น สถานีนอนมัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น

การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญสูตินรี 2 ท่าน ได้คำนวณ Content validity index เท่ากับ 0.922.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย หรือ WHOQOL – BREF – THAI 19 มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหลายระดับ (Likert scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ สอบถามคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี

ความเจ็บปวด เป็นต้น 2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย เป็นต้น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต เป็นต้น โดยมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ที่เครื่องมือ WHOQOL-BREF-THAI กำหนดไว้ ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย เนื่องจาก HADS เป็นเครื่องมือที่สั้นกะทัดรัดและมีความแม่นยำ และความเชื่อถือได้ในการประเมินความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 100% และความจำเพาะ (specificity) ที่ร้อยละ 86 จึงเหมาะแก่การใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาล โดยเป็นการคัดกรองเบื้องต้นในทางคลินิกว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชอยู่ในกลุ่มอาการวิตกกังวลหรือกลุ่มอาการซึมเศร้า¹² ที่มีข้อคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองในการประเมินความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13) การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบหลายระดับ (Likert scale) มีคะแนนข้อ



ละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การแปลค่าโดยใช้คะแนนรวม
แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความ
วิตกกังวล/ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนน 8-10 คะแนน หมายถึง ถือว่ามีภาวะ
วิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไป หมายถึง ถือว่ามี
ภาวะวิตกกังวลและเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

เนื่องจากแบบประเมิน WHOQOL - BREF -
THAI และแบบประเมิน HADS ฉบับภาษาไทย เป็น
เครื่องมือมาตรฐานที่นิยมกันใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัย
จึงไม่ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของเครื่องมือ
แต่ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดย
ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม
ตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน และนำมาคำนวณค่า
ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอน
บาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ
0.74 และ 0.70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เชิญกลุ่ม
ตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำ
การชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนและกระบวนการรวบรวม
ข้อมูลระยะเวลา รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับ
จากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่
มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอ
ในภาพ รวมเท่านั้นโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจ
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถ
ถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่
ได้รับทั้งสิ้นหาก กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วม
การวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็น
ผู้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่
กำหนด และรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน
ดังนี้

1. ในวันแรกก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัย
แนะนำตัว แจ้งจุดประสงค์การวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ
แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย สร้าง
สัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เก็บข้อมูลโดย
ใช้สอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบ
ประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก

2. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะ
ได้รับการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดตามแผนการให้
ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก ที่มี
เนื้อหาเกี่ยวกับการระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 1)
การให้ข้อมูลด้านการผ่าตัด 2) ยาที่ต้องรับประทานต่อ
หรือต้องงดก่อนการผ่าตัด 3) ยาอื่น ๆ ที่ไม่ต้องงด 4)
การประเมินความวิตกกังวล 5) การประเมินความ
ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย 6) การเตรียมผู้ป่วยสำหรับ
การดูแลหลังผ่าตัด เช่น การทำ early ambulation 7)
อธิบายความปวดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญและวิธีการ
จัดการกับความปวด ตลอดจนสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่
จะต้องเผชิญหลังออกจากห้องผ่าตัด ระยะผ่าตัด ผู้ป่วย
จะได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่จากบุคลากรทาง
การแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยในห้องผ่าตัดและหอ
ผู้ป่วยสูตินรีเวช จนกระทั่งพ้นขีดอันตรายจาก
ภาวะแทรกซ้อน และในระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย
1) กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การ
ดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการ
ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 2) ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย
ๆ ที่อาจพบ คือ มีอาการปวดหัวไหล่หน่วง ๆ คล้ายปวด
เมื่อย เนื่องจากลมในช่องท้องไปดันกะบังลม อาการ
เหล่านี้สามารถบรรเทาได้ ด้วยการรับประทานยาแก้

ปวดและจะหายกลับเป็นปกติ ภายใน 1 วันหลังผ่าตัด เป็นวัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาทำงานปกติได้ ภายใน 72 ชั่วโมง เป็นต้น 3) การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ใกล้บ้าน และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถาม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

3.ตอนเช้าของวันผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 เพื่อทบทวนความรู้ด้านการปฏิบัติตัว และทบทวนให้ข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัดตามแผนการให้ข้อมูลอีกครั้ง ในกรณีที่ประเมินโดยการสอบถามแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่จะได้รับการทบทวนข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดอีกครั้ง และตรวจสอบความพร้อมต่อการเข้ารับผ่าตัด โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที

4. ในวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 3 เพื่อให้ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจพบ และการออกกำลังกาย เป็นต้น การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามแผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

5. ในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 4 เพื่อทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การเดิน อาบน้ำ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผลแทรกซ้อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจพบ และการออกกำลังกาย เป็นต้น การให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอความช่วยเหลือ แหล่งบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ใกล้บ้าน ตามแผนการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด และ

เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดตามปกติที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกสูติเวช คือ 1 เดือน ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตและประเมินความวิตกกังวล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ภายหลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติโดยมีวิธีการ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test เนื่องจากการกระจายของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 35 ราย ที่เข้าสู่กระบวนการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย ออกจากโครงการวิจัยเนื่องจากย้ายสถานรักษาพยาบาล เหลือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 29 ราย ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้น ไปโดยอายุเฉลี่ย 27.79 ปี (S.D.=11.18) อายุสูงสุด 34 ปี และอายุน้อยสุด 20 ปี ประวัติการตั้งครรภ์แรกมากที่สุด 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.00 และครั้งที่ 2 จำนวน 9 ราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 31.00 และไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 55.10

2. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกก่อนและ

หลังการได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด ก่อนการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.30 คุณภาพชีวิตในระดับสูง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.70 ภายหลังการศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอยู่ใน

ระดับสูง โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.10 และคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.90 และก่อนการศึกษาไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล ภายหลังการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.40

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test (n= 29)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=29)		หลังทดลอง (n=29)		z	P-value
	M	S.D.	M	S.D.		
คุณภาพชีวิต	92.86	3.20	96.10	3.38	- 4.320	0.000
ความวิตกกังวล	7.34	1.67	7.03	1.38	- 1.482	0.138

ภายหลังได้รับข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Mean 96.10, S.D. 3.38) กว่าก่อนการศึกษา (Mean 92.86, S.D. 3.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.320$, $p\text{-value} = 0.000$) ส่วนความวิตกกังวลพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อน (Mean 7.34, S.D. 1.67) และหลังการทดลอง (Mean 7.03, S.D. 1.38) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.482$, $p\text{-value} = 0.138$) (ตารางที่ 1)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นประสิทธิผลของการพยาบาล โดยการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย ตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดในการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษาทั้งนี้ เนื่องจากวิธีการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและเพียงพอเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดในระดับมาก¹ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมี

แนวทางในการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเรื่องยาที่ต้องรับประทานหรือต้องงดก่อนการผ่าตัด การเลือกใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการกิจกรรมที่สามารถทำได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลตนเอง แผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถาม ที่ตรงตามแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาลเพื่อการทดแทนที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัย โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง โดยการให้ข้อมูล ชี้แนะแนวทาง สอนและสนับสนุน¹⁶

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับความวิตกกังวล ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำก่อนและหลังการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการผ่าตัด จำนวนทั้งหมด 29 คน หรือร้อยละ 100 ไม่มีความวิตกกังวล ภายหลังการให้ข้อมูลและหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจำนวน 1 ราย (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภาพรวมของจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดพบว่า ภายหลัง

การได้รับคำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลลดลงจาก 7.34 ในระยะก่อนการศึกษา เป็น 7.03 ภายหลังการศึกษา (ตารางที่ 1)

โดยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาซักถาม สะท้อนความรู้ความเข้าใจอย่างสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Heikkinen et al (2007) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน มีความต้องการข้อมูลสูงกว่าการได้รับข้อมูล นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย จากผลการศึกษาของ Stark et al (2014) พบว่าความกลัวและความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนสะโพกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) วิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วยของห้องผ่าตัดสูติฯ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก (Aasa, Hovback, & Bertero, 2012) และมีแผนพับแจกให้ผู้ป่วย วิธีการนี้อาจจะไม่เพียงพอ อาจมีสื่อประกอบการสอนอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น รูปภาพ วิดีทัศน์ เป็นต้น¹⁰ รวมถึงรายละเอียดของข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยรายละเอียดส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเรื่องสถานการณ์ขั้นตอน วิธีการ บทบาทผู้ป่วย และทักษะการปฏิบัติตัว เรื่องความรู้สึกของผู้ป่วยมีการให้การสนับสนุนด้าน

จิตใจมีการให้ข้อมูลครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลในระยะเวลา 1 วันก่อนการผ่าตัด ซึ่งเป็นเวลานัดหมายปกติของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น และเป็นข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ในขณะที่การวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการประเมินระดับความวิตกกังวลตั้งแต่แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพควรมีการประเมินระดับระดับคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล และสร้างแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดทุกคน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับระดับคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกับกลุ่มปกติ โดยกำหนดให้มีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลในช่วงเริ่มแรกของการวางแผนให้ผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวเช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชุติพร และปณณนุช (2560). ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 25(4) .
2. อีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, กิตติภัฏ เจริญขวัญ, อรวี ฉินทากานนท์. (2559). ครรภ์นอกมดลูก. ในอีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา ฉบับบอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ลักขมิ่งจำกัด.
3. สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยือน ต้นนิรันดร์. (2558). การตั้งครรถ์ที่หลอดมดลูก. ใน : สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยือน ต้น นิรันดร์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
4. อมรรัตน์ หลิมวิรัตน์, และจุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2554). ผล ของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรถ์เมื่อได้รับยาระงับ ความรู้สึกเฉพาะส่วนเพื่อการผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 96-106
5. เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาโล ตันทเทตธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์, และอรัญ วรานุกุลศักดิ์. (2554). การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศิริราช ,4(1), 35-42.



- 6.Ivarsson, B., Larsson, S., Luhrs, C., & Sjoberg, T. (2005). Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery: Do the patients want to know. *European journal of Cardio- Thoracic Surgery*, 28(3), 407-414
- 7.Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salantera, S. (2005). Preoperative education for orthopedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 212-223.
- 8.Kaewubon J. The effective of providng information t quality of life amon the brast cancer patients receiving breast surgery. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*2020; 4(7); 13-27.(in Thai).
- 9.Lazarus RS, Cohen F. *Coping and adaptatiah in health and illness*. New York: Free Press; 1983. P.608-28.
- 10.Lee, C. K., & Lee, I. F-K. (2012). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2551-2561.
- 11.Leino-Kilpi, H., Heikkinen, K., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Salantera, S. (2009) Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. *Applied Nursing Research*, 22, 101-106
- 12.Lotrakul M. Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). [Cited 24 November 2022]. Available from <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html> (in Thai)
- 13.Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: Influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 261-271.
- 14.Mitsonis CL, Mitropoulos P, Dimopoulos NP, Mitsonis MI, Andriotis NM, Gitsa OE, Mitsonis IM. Anxiety and depression in cataract surgery. *Psychol Rep* 2006; 99(1): 257-65.
- 15.Nilsson, U. G., Ivarsson, B., Alm-Roijer, C., & Svedberg, P. (2012). Behavioral involvement and preference for information among males and females with cardiac disease. *Open journal of Nursing*, 2, 138.
- 16.Orem DE, Taylor SG and Renpenning KM.*Nursing: Concepts of practice*.St. Louis: Mosby; 2001
- 17.Philadelphia, PA: Lippincott. Pritchard, M. J. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical p
- 18.Polit, D. F., Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and methods*. 6th ed.
- 19.Tse, K-Y., & So, W. K-W. (2008). Nurses' perceptions of preoperation teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 619-625

การพัฒนาแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

The development of a model for building health literacy skills in preventing preterm birth of pregnant women receiving antenatal care services, King Narai Hospital

(Received: June 26,2023 ; Revised: June 26,2023 ; Accepted: June 28,2023)

มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์¹
Manita Siriviboonlit¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบ และศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ทีมผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจำนวน 8 คน 2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน 3) หญิงตั้งครรภ์จำนวน 20 คน การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โดยทบทวนเวชระเบียน สัมภาษณ์ทีมผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก 8 คน และสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนดจำนวน 4 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ 3) แบบสอบถามทักษะความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีแบบคู่

ผลการวิจัย : รูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 5 ด้าน 1) ฝึกการเข้าถึง 2) ฝึกการเข้าใจ 3) ฝึกการไต่ถาม 4) ฝึกการตัดสินใจ 5) ฝึกการนำไปใช้ ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับดีมาก ทักษะความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 1 ราย (5%)

คำสำคัญ : การพัฒนา, การสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ, การคลอดก่อนกำหนด

Abstract

Objective: To development of a model and study the results of implementing of a model for building health literacy skills in preventing preterm birth of pregnant women receiving antenatal services, King Narai Hospital.

Method study: This research is a research and development the samples group 1) 8 teams responsible for maternal and child health work 2) 3 registered nurses and 3) 20 pregnant women. The research process was divided into 4 phases: Phase 1: a study of the situation by reviewing medical records, interviewing the maternal and child health team for 8 people and 4 pregnant women who have had premature births. Phase 2: Development of a model for building health literacy skills. Phase 3: The model was used to trial. Phase 4: evaluating the use of the developed model. The research tools consisted of 1) a questionnaire on the feasibility of the model and 2) a questionnaire on nurse's satisfaction on the use of the model 3) a health literacy skills questionnaire for pregnant women. Data were analyzed using content analysis descriptive statistics and paired t-test statistics.

Research results: The health literacy skills building model for preventing prematurity consisted of 5 skills training: 1) access training, 2) comprehension training, 3) inquiry training, 4) decision-making training, and 5) conducting. Training The results after using the health literacy skills building model showed that the probability nurses' satisfaction

¹ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

with the use of the model is a very good level. Health literacy skills of pregnant women after using the pattern were higher than before. There was a statistically significant difference ($p < 0.05$), one case of preterm birth was found (5%).

Keywords: Development, Building health literacy skills, preterm birth

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ เป็นการคลอดในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ ถึงก่อน 37 สัปดาห์ โดยมีอาการมดลูกมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอทำให้ปากมดลูกเปิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อยับยั้งการคลอด จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ถึงร้อยละ 50-80 การคลอดก่อนกำหนดมีผลโดยตรงต่อทารก ส่งผลกระทบให้เกิดการตายปริกำเนิด ทุพพลภาพทารกอาจมีความพิการทางด้านร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ เช่น มีเลือดออกในสมอง ปอดเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และมีการติดเชื้อเรื้อรัง ตามีความผิดปกติจากพยาธิสภาพของตัวทารกเองและจากการช่วยเหลือด้วยเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และสูญเสียระยะเวลาของสัมพันธภาพระหว่างมารดาบิดาและทารกแรกเกิด ผลเสียต่อตัวมารดาด้านร่างกายกล้ามเนื้อต่าง ๆ ที่ทำให้การเคลื่อนไหวน้อย ด้านจิตใจส่งผลให้เกิดความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ผิดหวัง และยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานในการดูแลเมื่อเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด สูญเสียรายได้จากการทำงานของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากต้องมาเฝ้าดูแล

ปัจจุบันการคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาที่สำคัญด้านงานอนามัยแม่และเด็ก ในระดับประเทศ เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ประเทศไทยได้พัฒนาแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) จนถึงปัจจุบัน และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560 – 2564) เกณฑ์การคลอดทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 จากข้อมูล Thai maternal and child health network พ.ศ. 2560 พบว่าภาวะคลอดก่อนกำหนดของประเทศ

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถิติต่ำสุดประมาณ 5% และสูงสุดประมาณ 20% สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2562 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 14.54 เขตสุขภาพที่ 4 โดยคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กและคณะกรรมการ service plan สูติกรรม เขตสุขภาพที่ 4 จึงร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนระบบบริการงานฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ปี 2563-2564 โดยการจัดทำแนวทางการรักษาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (CPG Preterm) และประกาศเป็นนโยบายของเขตในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์และจ่ายเงินสนับสนุนผลการดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการตรวจราชการของทีมตรวจราชการ (Area based) ผลการดำเนินการหลังการพัฒนา ในปี 2563-2564 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 10.52 และ 10.19 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ และจากสถิติงานฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2563-2565 มีจำนวนผู้มาคลอด 2,325, 2,235 และ 1,928 คน พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 263 คน (ร้อยละ 11.31), 207 คน (ร้อยละ 9.26) และ 143 คน (ร้อยละ 7.42) ตามลำดับ

จากการศึกษาแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถมีความรอบรู้ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม บำรุงรักษาสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหา

สุขภาพตั้งแต่อายุน้อย มีสุขภาพไม่ดี ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่บ่อย ๆ ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy : HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ (goal) ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” ความรอบรู้ด้านสุขภาพปรากฏครั้งแรก ในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974 ปัจจุบันได้ขยายความสำคัญ จากงานสุขศึกษาไปสู่แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเน้นการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับชุมชนและปัจเจกบุคคล จากการสังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพจากหลายสถาบัน พบว่าองค์ประกอบสำคัญที่เป็นที่ยอมรับและมีการนำมาใช้มากที่สุดในการกำหนดกรอบในการพัฒนาและการประเมิน ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และนำไปใช้ ต่อมาคณะทำงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มองค์ประกอบในด้านการไต่ถาม เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย และสอดคล้องกับบริบทในประเทศไทย จึงรวมองค์ประกอบสำคัญที่ต้องการพัฒนา 5 ด้าน ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ฉะนั้นการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องทำ เพื่อให้ประชาชนและผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พหุปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และความรู้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ได้ให้ข้อมูล

เชิงคุณภาพบ่งชี้ว่ากิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ซึ่งเป็นการบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กที่คาดหวังให้หน่วยบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจัดให้กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสร้างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์เมื่อมารับบริการฝากครรภ์ ยังคงมีกระบวนการที่ไม่ชัดเจนและไม่เพียงพอในการที่จะสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพได้ ซึ่งหลักการของการเรียนรู้ การฟังบรรยาย หรือด้วยการอ่านเพียงอย่างเดียว จะทำให้ผู้รับฟังสามารถจดจำได้สูงสุดเพียงร้อยละ ๕ และ ๑๐ เท่านั้น เช่นเดียวกับการบรรยายให้ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงเรียนพ่อแม่ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจดจำเนื้อหาได้เพียง 5-10% เท่านั้น ในทางตรงกันข้ามแต่ถ้าได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง จะทำให้สามารถจดจำได้ถึงร้อยละ 75

ฉะนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งคาดว่าจะการสร้างทักษะความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ จะสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะ 5 ทักษะของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและให้นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างทักษะความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการดำเนินวิจัย



เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยมีการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (เดือนมกราคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 40 คน

Inclusion criteria 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) การบันทึกเวชระเบียนครบถ้วน

Exclusion criteria มีการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

2. หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนดคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 4 คน

Inclusion criteria 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

Exclusion criteria ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ตามที่นัดหมาย

3. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย สูติแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หน่วยฝากครรภ์ 3 คน ห้องคลอด 3 คน รวมจำนวน 8 คน

Inclusion criteria 1) เพศหญิงและเพศชาย 2) มีประสบการณ์ทำงานอนามัยแม่และเด็ก อย่างน้อย 5 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

Exclusion criteria ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ตามที่นัดหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์โรคประจำตัวภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การคลอด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงของ

เนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.86

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม ได้แก่ 1) ประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด 2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในระหว่างการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ 4) ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนด พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด 2) การฝากครรภ์ พฤติกรรม การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ 3) ความต้องการข้อมูลคำแนะนำ การช่วยเหลือเมื่อตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วจึงทดสอบความถูกต้องโดยให้สมาชิกที่ทำการสัมภาษณ์พิจารณาความถูกต้องหลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล (member checking)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน หัวหน้าหน่วยงานฝากครรภ์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางสูติ-นรีเวช 1 คน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินความตรงของเนื้อหา (IOC)
2. แบบประเมินคุณภาพรูปแบบ (AGREE II)

3. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนการพัฒนา

1. ร่าง กำหนดรูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตามที่ได้ศึกษาจากระยะที่ 1 ประกอบด้วยการสร้างทักษะในการเข้าถึง การสร้างทักษะทำความเข้าใจ การสร้างทักษะการไต่ถาม การสร้างทักษะการตัดสินใจ การสร้างทักษะการนำไปใช้

2. นำรูปแบบทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC = 0.85 และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบบริการการพยาบาล โดยใช้ AGREE II = 0.89

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยฝากครรภ์ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ

Inclusion criteria 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การทำงานโดยตรงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

Exclusion criteria ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

2. หญิงตั้งครรภ์คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ

Inclusion criteria 1) หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาใช้บริการฝากครรภ์อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ 3) ไม่มีโรคประจำตัว สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) มีอุปกรณ์สื่อสารเพื่อใช้ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion criteria ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

การทดลองใช้รูปแบบ

ครั้งที่ 1 (เดือน พฤษภาคม 2565) ให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างใช้กับผู้ป่วยจำนวน 2 คน

สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลตามข้อเสนอแนะด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 2)

ครั้งที่ 2 (เดือน มิถุนายน 2565) ให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างใช้กับผู้ป่วยจำนวน 2 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลตามข้อเสนอแนะด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 3)

นำรูปแบบบริการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC = 0.89 และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบบริการการพยาบาล โดยใช้ AGREE II = 0.96

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยฝากครรภ์ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 3 คน

Inclusion criteria 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การทำงานโดยตรงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

Exclusion criteria ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ระหว่างเดือนกรกฎาคม- สิงหาคม 2565 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณ ขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 1 กลุ่มความเชื่อมั่นที่ $\alpha=0.10$ ขนาดอิทธิพล $power=0.80$ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G* program ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน

Inclusion criteria 1) หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาใช้บริการฝากครรภ์อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ 3) ไม่มี



โรคประจำตัว สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) มีอุปกรณ์สื่อสารเพื่อใช้ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 5) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion criteria ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย **เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์** **พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย**

1. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 ความเป็นไปได้มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 ความเป็นไปได้มาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 ความเป็นไปได้ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 ความเป็นไปได้น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ความเป็นไปได้น้อยที่สุด ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใชรูปแบบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 ความพึงพอใจมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด ค่า IOC เท่ากับ 0.93 ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

3. แบบสอบถามทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ลักษณะการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การอ่านออก

เขียนได้ อาชีพและลักษณะงานที่ทำ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากช่องทางใดบ้าง การสอบถาม หรือพูดคุยเรื่องการตั้งครรภ์กับใครบ้าง โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนครั้งที่แท้ง วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ผลตรวจไวรัสตับอักเสบบี ผลตรวจเอ็ดส์, ซิฟิลิส ธาลัสซีเมีย กำหนดคลอด (EDC) ผลการคลอด

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว จำนวน 5 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ คะแนน 4-5 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) = ระดับดี คะแนน 3-3.9 (ร้อยละ 60-79.99) = ระดับปานกลาง คะแนน <3 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) = ระดับรู้น้อย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง 4 ข้อ ทักษะการเข้าใจ 4 ข้อ ทักษะการไต่ถาม 4 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ 4 ข้อ และทักษะการนำไปใช้ 4 ข้อ โดยให้เลือกตอบระดับความสามารถตามความเป็นจริงคำตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และกำหนดคะแนน คือ 5 หมายถึง ทำได้ง่ายมาก 4 หมายถึง ทำได้ง่าย 3 หมายถึง ทำได้ยาก 2 หมายถึง ทำได้ยากมาก 1 หมายถึง ไม่เคยทำ แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ 1-7.33 = ระดับน้อย 7.34-13.66 = ระดับปานกลาง 13.67-20 = ระดับดี ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วย ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเป้าหมายที่

หญิงตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับจำนวน 10 ข้อ และกำหนดคะแนนดังนี้ 4 หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (ทำ 6 - 7 วัน/สัปดาห์) 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ทำ 3 - 5 วัน/สัปดาห์) 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง (ทำ 1 - 2 วัน/สัปดาห์) 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่ทำเลย) แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ 1-13 = ระดับน้อย 14-27 = ระดับปานกลาง 28-40 = ระดับดี ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วย ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 วัน โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังสิ้นสุดการวิจัย ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบ และความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ
3. สอบถามทักษะความรู้ด้านสุขภาพป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
4. เก็บข้อมูลการคลอดเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test (เมื่อการ

กระจายข้อมูลปกติ) ใช้ Wilcoxon signed rang test (เมื่อการกระจายข้อมูลไม่ปกติ)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

1.1 จากการศึกษาเวชระเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด จำนวน 40 คน พบว่าส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีอายุ 26-33 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 45) อาชีพ รับจ้างทั่วไปจำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.5) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาด้วย เจ็บครรภ์จำนวน 20 คน (ร้อยละ 50) เป็นการตั้งครรภ์ที่ 1 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 45) คลอดอายุครรภ์ 34-36⁺6 จำนวน 32 คน (ร้อยละ 80) พบภาวะแทรกซ้อน ทารกเกิด Birth asphyxia จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20) RDS จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30)

1.2 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก พบประเด็น ดังนี้ 1) ประสพการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด พบว่าส่วนใหญ่มีประสพการณ์มากกว่า 10 ปี 2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในระหว่างการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า แพทย์จึงไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้สำเร็จ 3) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเข้าใจความหมายของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 70 ทราบองค์ประกอบของทักษะพื้นฐานที่ช่วยสร้างเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และการนำไปใช้ ร้อยละ 40-60 4) ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า ต้องการเสริมทักษะความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความสามารถในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

1.3 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนด พบประเด็น ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่

ขาดความรู้ความเข้าใจร้อยละ 50 2) การฝากครรภ์ พฤติกรรม การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ซึมมอเตอร์ไซด์ หรือซัอมมอเตอร์ไซด์ทุกวัน ทำงานหนัก ยกของหนัก 3) ความต้องการข้อมูล คำแนะนำ การช่วยเหลือเมื่อตั้งครรภ์ พบว่า ความต้องการส่วนใหญ่ต้องการทางเลือกในการปฏิบัติตัวที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดให้มากขึ้น และสามารถมีคนแนะนำปรึกษาได้ทุกช่วงเวลา

2. รูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 Pre test แบบสอบถาม ฝึกทักษะ V1-5 เริ่มที่อายุครรภ์ 19 – 24 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการตรวจวัดความยาวปากมดลูก (TVCL)

ฝึกประสบการณ์การสืบค้น กลั่นกรองและตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (V1 : การเข้าถึง)

ฝึกการจดจำ และ วิธีการสร้างความเข้าใจ (V2 : เข้าใจ)

ฝึกการวางแผน จัดเตรียม วิธีใช้คำถามและประเมินคำถาม (V3 : ได้ถาม)

ฝึกการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน (V4 : ตัดสินใจ)

ฝึกการเตือนตัวเอง การจัดการตัวเอง (V5 : นำไปใช้)

1. ใช้โมเดลมดลูก ภาพเด็กที่คลอดก่อนกำหนด และนวัตกรรม นื่องมด อธิบายความหมายของความยาวปากมดลูก แจ้งความยาวปากมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ อธิบายความเสี่ยงของภาวะปากมดลูกสั้น

2. ฝึกการสืบค้น (V1) โดยค้นความหมายของคำว่าคลอดก่อนกำหนด สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ผลเสียของการคลอดก่อนกำหนด ใน google โดยให้เรียนรู้ว่าบทความใดน่าเชื่อถือ เช่น แพทย์เป็นผู้เขียนบทความ หน่วยงานที่ลงบทความเป็นของหน่วยบริการทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล ปีที่เขียน

ควรเป็นปัจจุบันหรือใกล้เคียง กำหนดให้เขียนลงในใบงานที่ 1

3. ฝึกความเข้าใจ (V2) โดยให้เขียนสรุปความหมายของคำว่าคลอดก่อนกำหนด สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ผลเสียของการคลอดก่อนกำหนด แบบกระชับ สั้นๆ เข้าใจง่าย และระบุข้อความที่ทำให้จำได้ง่าย ลงในใบงานที่ 1 แจ้งหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือญาติ ว่าไม่ควรคลอดก่อนวันเดือนปีใด โดยใช้คำว่า “เลขอื่น” เพื่อให้เข้าใจและจดจำได้ง่าย โดยใช้ตัวเลข เช่น ไม่ควรคลอดก่อนวันที่ 17 พฤษภาคม ให้เรียกเลขอื่นว่า 175 (5 หมายถึงเดือนพฤษภาคม) พร้อมทั้งแนะนำ อาการที่ควรต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด 4 ข้อ ได้แก่ 1) อาการท้องแข็งขึ้น 4 ครั้งขึ้นไปใน 1 ชั่วโมง 2) มีน้ำใสที่ไม่ใช่เมือกหรือเมือกไหลออกจากช่องคลอด 3) มีเลือดสดๆหรือเลือดเก่าสีน้ำตาลไหลออกจากช่องคลอด 4) ลูกดิ้นน้อยลงน้อยกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 10 ครั้งใน 12 ชั่วโมง โดยใช้หลักการจำว่า “8+4”

4. ฝึก การตัดสินใจ V4 และ V5 การนำไปใช้ โดยใช้ภาพ 8 ข้อที่คุณแม่ต้องรู้ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 1) หลีกเลี่ยงการขับขี่หรือซัอมมอเตอร์ไซด์ 2) ออกกำลังกายเหมาะสมไม่หักโหมมากเกินไป 3) ไม่ทำงานหนัก / ทำกิจกรรมที่ใช้แรงมาก 4) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ / หลีกเลี่ยงชา กาแฟ 5) งดเซ็กซ์ ถ้าเคยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 6) ไม่สูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้ควันบุหรี่ / งดสารเสพติด 7) งดบีบคลึง ดูดหัวนม 8) ตรวจฟันและรักษาฟันผุ โดยถามหญิงตั้งครรภ์ว่าทั้ง 8 ข้อ หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงเรื่องใด และคิดว่ามีแนวทางในการแก้ไขหรือป้องกันอย่างไร ระบุวิธีการเตือนและจัดการตนเอง ให้เขียนลงในใบงานที่ 2 ให้เวลาหญิงตั้งครรภ์ไปลองปฏิบัติและมาเล่าให้ฟังในนัดครั้งหน้า

5. ฝึกการได้ถาม V3 โดยให้คิดคำถาม 1-2 ข้อที่หญิงตั้งครรภ์มีความสงสัย / ไม่เข้าใจ / ต้องการทราบ เขียนคำถามลงในใบงานที่ 3 เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ใช้คำถามที่เขียนไว้ถามพยาบาล โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนจากน้อยไปมาก 1 – 5 คะแนน รวม 20 คะแนน ดังนี้ 1) ใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจของผู้ฟัง

2) คำถามมีความยาวเหมาะสม 3) มีประโยชน์ เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และ 4) เป็นคำถามปลายเปิด ภายหลังรวมคะแนนแล้ว ให้พยาบาลฝึกให้หญิงตั้งครรภ์ปรับการใช้คำถามเพื่อให้ได้คะแนนเพิ่มขึ้น จากเดิมและนัดให้เตรียมคำถามมา 2 คำถามในนัดครั้งหน้า

ครั้งที่ 2 ทบทวน / ประเมินทักษะ V1-5 นัดห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 4 สัปดาห์ หรือ คล่าส่วน นำพบวาลงสู่อุ้งเชิงกรานก่อนอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ หรือ ขณะซักประวัติหรือตรวจครรภ์พบมีอาการท้องแข็งเป็นบับก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (แต่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด) ทุกกิจกรรมบันทึกในใบงานที่ 1-3

ฝึกการสืบค้น กลั่นกรองและตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (V1 : การเข้าถึง)

ฝึกการจดจำ และ วิธีการสร้างความเข้าใจ (V2 : เข้าใจ)

ฝึกวางแผน จัดเตรียมคำถาม วิธีใช้คำถาม และประเมินการใช้คำถาม (ซักถาม-แลกเปลี่ยน) (V3 : ได้ถาม)

ฝึกระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน (V4 : ตัดสินใจ)

ฝึกการเตือนตนเอง และการจัดการตนเอง (V5 : นำไปใช้)

1. สอบถามว่าระยะเวลาที่ผ่านมา ได้ลองฝึกค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต เรื่องใดบ้างที่เกี่ยวกับสุขภาพ ให้สาธิตให้ดู เน้นบทความที่ระบุชื่อผู้เขียน หน่วยงานทางสาธารณสุข ปีที่เป็นปัจจุบันหรือใกล้เคียง (ฝึกการสืบค้น V1)

2. กิจกรรมเสี่ยง 8 ข้อของหญิงตั้งครรภ์ได้แก่เรื่องใด นำไปปรับแก้แล้วเป็นอย่างไร มีข้อใดที่ปรับแก้ไม่ได้ หรือเกิดความเสี่ยงเรื่องใดเพิ่มขึ้น และวางแผนอย่างไรที่การป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดจากกิจกรรมนั้นๆ (ฝึก V2,4,5)

3. นำ MI Motivation Interviewing มาใช้เพื่อ empowerment หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ความร่วมมือในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

-Affirmation ค้นหาสิ่งที่ดีในตัวหญิงตั้งครรภ์ กล่าวชื่นชม เช่น การเรียน การทำงาน ความกตัญญู ความตั้งใจ ความขยัน เป็นต้น

-Ask for reason ใช้คำถามเพื่อให้สิ่งนั้นสำคัญ ให้ลูกใจคิด เช่น หากลูกคลอดก่อนกำหนด จะทำให้เกิดปัญหาในชีวิตในเรื่องใดบ้าง (นอนดื้อบนาน ตาบอด สติปัญญาล่าช้า แม่จะลำบากขนาดไหน)

-Advice with menu เสนอทางเลือกที่ดี หากหญิงตั้งครรภ์ยังอาจมีพฤติกรรมหรือกิจกรรมบางอย่างที่อาจเป็นความเสี่ยง

สอบถามความมุ่งมั่นตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้คำพูดว่า “ตลอดระยะเวลาที่ได้พูดคุยกัน พยาบาลรับรู้ถึงความตั้งใจของคุณแม่ในการป้องกันไม่ให้ลูกคลอดก่อนกำหนด พยาบาลจึงอยากถามว่า คุณแม่ให้คะแนนความมุ่งมั่นตั้งใจของตนเองอยู่ที่กี่คะแนน ระหว่าง 1 ถึง 10 คะแนน (ใช้ไม้บรรทัดความพร้อม) พยาบาลกล่าวชื่นชมถึงแม่หญิงตั้งครรภ์จะให้คะแนนอยู่ในระดับใดก็ตาม (Affirmation)

4. ทบทวนเลขอื่นประจำตัว พร้อมย้ำให้ประทับประคองไม่ให้คลอดก่อนวันที่กำหนด

5. ฝึกการใช้คำถาม ก่อนสิ้นสุดกิจกรรม (วิธีการเดียวกับข้อ 5 ในครั้งที่ 1)

ครั้งที่ 3 ทบทวน / ประเมินทักษะ V1-5 นัดห่างจากครั้งที่ 2 ประมาณ 2-4 สัปดาห์ จัดกลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มละอย่างน้อย 3 คนขึ้นไป (Group sharing)

1. ให้แสดงความคิดเห็นหรือเล่าเรื่องที่เกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูลที่ตนเองทำได้ หรือเล่าข้อมูลที่สืบค้นได้มาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

2. ให้เล่าเรื่องที่ปฏิบัติได้ดี ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางที่ดีให้กับหญิงตั้งครรภ์คนอื่นที่มีปัญหาเรื่องเดียวกัน

3. ฝึกการใช้คำถามคนละ 1-2 ข้อ และให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินคำถามนั้นด้วยตนเอง

4. ทบทวน “เลขอื่น”

5. พยาบาลกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ

6. Post test แบบสอบถาม (เฉพาะส่วนที่ 3, 4 และ 5 เท่านั้น)

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการสร้างทักษะ ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด

3.1 พยาบาลวิชาชีพ

1) ความเป็นไปได้ของรูปแบบการสร้างทักษะ
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อน
กำหนดโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.57,
SD 0.28) ข้อที่มีความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่
การนำรูปแบบไปใช้จะช่วยให้หน่วยงานสามารถ
ประหยัด และลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และ
งบประมาณ (Mean 4.76, SD 0.43)

2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการ
ใช้รูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมมีความพึงพอใจ
อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.58, SD 0.36) ข้อที่มี
ความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการสร้าง
ทักษะเป็นแนวทางเดียวกัน (Mean 4.70, SD 0.46)

3.2 หญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์จำนวน 20
คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 26-33 ปี จำนวน 9 คน
(ร้อยละ 45) ลักษณะการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส อยู่
ด้วยกันตลอด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 70) ระดับ

การศึกษาสูงสุดจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน
10 คน (ร้อยละ 50) รายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท
จำนวน 11 คน (ร้อยละ 55) อ่านออกเขียนได้ทุกคน
ลักษณะการทำงานใช้แรงงานเป็นบางครั้ง จำนวน 12
คน (ร้อยละ 60) ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร
ทางด้านสุขภาพมากที่สุด คือ โทรศัพท์ จำนวน 16 คน
(ร้อยละ 80) รองลงมาทางอินเทอร์เน็ต จำนวน 8 คน
(ร้อยละ 40) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน
(ร้อยละ 50) การสอบถาม หรือพูดคุยเรื่องการ
ตั้งครรภ์กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่
จำนวน 15 คน (ร้อยละ 75) โรคประจำตัว พบ
โรคเบาหวาน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 5)

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการ
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 60) จำนวน
ครั้งของการคลอด 1 ครั้ง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 60)
จำนวนครั้งที่แท้ง 1 ครั้ง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 10)
วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์
จำนวน 15 คน (ร้อยละ 75) น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก
เฉลี่ย 57.6 ± 2.57 ผลตรวจไวรัสตับอักเสบบี,
ซิฟิลิส เอ็ดส์ และธาลัสซีเมีย ปกติทุกคน พบการ
คลอดก่อนกำหนดจำนวน 1 คน (ร้อยละ 5)

ตารางที่ 1 แสดงทักษะความรู้ด้านสุขภาพป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์

	Mean	S.D.	t	p-value
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด				
ก่อนใช้รูปแบบการสร้างทักษะ	2.75	3.43	-14.78	0.00*
หลังใช้รูปแบบการสร้างทักษะ	4.02	3.38		
ความรู้ด้านสุขภาพ				
ก่อนใช้รูปแบบการสร้างทักษะ	7.30	2.97	-23.02	0.00*
หลังใช้รูปแบบการสร้างทักษะ	13.70	2.89		
พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด				
ก่อนใช้รูปแบบการสร้างทักษะ	15.89	2.09	-19.43	0.00*
หลังใช้รูปแบบการสร้างทักษะ	28.54	2.01		

*p<.05

จากตารางที่ 3 ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด
ก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังใช้รูปแบบ
การสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน
การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับ

บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมี
ค่าเฉลี่ยสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อน
ใช้รูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p<.05)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่า พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ ได้พัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างทักษะในการเข้าถึง การสร้างทักษะทำความเข้าใจ การฝึกทักษะการไต่ถาม การฝึกทักษะการตัดสินใจ การฝึกทักษะการนำไปใช้ โดยผลของการใช้รูปแบบการสร้างทักษะพบว่า ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์อยู่ในระดับดีมาก ทักษะความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังการใช้อุปกรณ์สูงกว่าก่อนการใช้อุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ Zibellini, Muscat, Kizirian and Gordon (2019) พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทำให้หญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ได้ และนอกจากนี้ยังสามารถลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น Guttersrud, Naigaga และ Pettersen (2015) การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทั้งที่เป็นเอกสาร แหล่งข้อมูลต่างๆ รวมทั้งให้คำแนะนำในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำไปใช้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความสามารถในการดูแลตนเองได้

รูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ ช่วยหญิงตั้งครรภ์ได้รับความกระจ่างในสิ่งที่ไม่เข้าใจ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี กล่าวคือ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่างจากการศึกษาอื่น โดยมีการนำ การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI Motivation Interviewing) มาใช้เพื่อ empowerment หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ความร่วมมือในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้ได้ผลที่ดีขึ้น และมีแรงจูงใจในการที่จะดูแลตนเอง

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จะสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพนั้น ส่วนสำคัญหญิงตั้งครรภ์จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะเป็นตัวช่วยสำคัญทำให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งเข้าใจถึงเหตุผล ความจำเป็นในการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองอย่างจริงจัง และเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. การจัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรจัดในรูปแบบที่สามารถ สร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรมีความสามารถและมีการฝึกฝน



ความสามารถนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องจนมีความคล่องแคล่วชำนาญ กลายเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาไปได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สูญหายเหมือนความรู้ที่ได้จากการฟังการบรรยายจากวิทยากร และมีการจัดอบรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานบริการได้

2. จำนวนครั้งของการทำกิจกรรม อาจจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 ครั้ง ตามบริบทของสถานบริการและผู้รับบริการ

3. ควรมีการผลิตและบริหารจัดการสื่อที่สนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ที่มุ่งผลลัพธ์ให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เรียนรู้ได้ง่ายและสะดวกขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 2.ขวัญเมือง แก้วดำเกิด และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ; 9(5): 1-8.
- 3.นิลบล สิทธิบุญมา, จุฬารักษ์ โสตะ. (2560). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสุศึกษา; 40(1): 12-23.
- 4.บุญมี ภูด่านจัวและคณะ. (2557). บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ; 37(3): 122-131.
- 5.วรภาพร คำจับ. (2562). สื่อสังคมออนไลน์กับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย แม่โจ้; 7(2): 143-159.
- 6.วัชรภาพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยธานี; 44(3):183-197.
- 7.สินีนาท วราโกล, เอมพร รตินธร, และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล, 35(1), 86-98.
- 8.เอ็มวิกา แสงชาติ, รุจิรา ดวงสงค์. (2559). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 23(1): 96-104
- 9.อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- 10.Brach, C., et al. (2019). Ten Attributes of health literate health care organizations.
http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/DiscussionPapers/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- 11.Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- 12.Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- 13.Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. *HEP* 2015;42(4):450-6.
- 14.Zibellini J, Muscat DM, Kizirian N, Gordon A. Effects of interventions for women and their partners to reduce or prevent stress and anxiety: A systematic review. *Women and Birth*; 34 (2):97-117.

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กรณีศึกษา

Nursing care of patient with Coronavirus 2019-infected pneumonia: a case study

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

เอื้อการย์ ธนาเดชากุล¹

Ueakan Tanadechaku

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 84 ปี เป็นผู้ป่วยติดเตียง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 9-14 ธันวาคม พ.ศ.2565 ด้วยอาการ ไข้ ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อยหอบ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ผล RT-PCR: detected แพทย์วินิจฉัย ปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรกเริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ ระหว่างเข้ารับการรักษายาพยาบาล พบว่า มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ลดลง บำบัดด้วยออกซิเจนช่วยหายใจด้วยอัตราการไหลของอากาศสูง (HFNC) ไม่สบายเนื่องจาก มีไข้ ไอ ปวดศีรษะ อาจเกิดอันตรายจากการมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ จากการให้การพยาบาล ปัญหาต่างๆ ได้รับการดูแลแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ภายหลังการจำหน่ายติดตามอาการผู้ป่วย มีอาการไอนาน ๆ ครั้ง สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาล, ปอดอักเสบ, โรคไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Objective: To study the nursing care of patients with Coronavirus 2019-infected pneumonia.

Results: An 84 year old female Thai patient with bedridden was admitted to hospital on 9-14 December 2022 with symptoms of fever, headache, shortness of breath before coming to the hospital for 1 day. Form RT-PCR results, patient was diagnosed as Coronavirus 2019-infected pneumonia. First hospital admission, the patient has shortness of breath. During admission, it was found that the patient was hypoxia due to the decreasing efficiency of gas exchange and ventilation in the lungs. The patient was treated with high-flow nasal cannula (HFNC), unwell due to fever, cough, and headache. Possibly dangerous due to low blood potassium levels. Oxygen therapy with high airflow ventilation (HFNC) Discomfort due to fever, cough, headache. Possible danger of low blood potassium levels. The patient felt unwell due to fever, cough, and headache. It is possible for danger of low blood potassium levels. From providing nursing care, all problems have been taken care. The patient's symptoms improved accordingly. Patient was discharged, total of hospital admission for 5 days. After discharge and follow-up, the patient had coughing in sometimes, able to act properly and no complication.

Keywords: Nursing care, Pneumonia, Coronavirus 2019

¹ โรงพยาบาลชัยบาดาล



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ เป็นโรคติดต่ออันตราย โดยคาดว่า เป็นการติดเชื้อจากสัตว์สู่คนโดยมีค้างคาวเป็นพาหะ เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ SAR-CoV-2 เชื้อก่อโรค ได้ทั้งในคนและสัตว์ พบผู้ติดเชื้อรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เมื่อปลาย ปี พ.ศ. 2562 และต่อมาพบผู้ป่วยติดเชื้อในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) การระบาดของโรคมีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตทั่วโลก เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง เชื้อสามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางเดินหายใจจากละอองของเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย ในระยะประมาณ 1-2 เมตรและการสัมผัสของละอองเชื้อที่ตกอยู่ตามพื้นผิววัสดุ แล้วนำมาสัมผัสปาก จมูก ตา อาการและอาการแสดงมักแสดงภายใน 14 วัน ที่สัมผัสเชื้อ อาการและอาการแสดง แบ่งเป็นผู้ป่วยไม่มีอาการ มีอาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไข้ ไอ น้ำมูกไหล เจ็บคอ สูญเสียการรับรสหรือกลิ่น และอาการรุนแรงพบอาการปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว เนียบพลันรุนแรง ภาวะไตวาย จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ การวินิจฉัยโดยการเก็บส่งตรวจเพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยเทคนิค Real time PCR (polymerase chain reaction)

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 277,151 ราย เสียชีวิตรวม 2,182 ราย รักษาหายแล้ว 217,495 ราย ในจังหวัดลพบุรี ปี 2564-2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อรวม 3,657 ราย เสียชีวิต 34 ราย ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการโรครุนแรงได้แก่ สูงอายุ ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงโรคหัวใจ โรคไต และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ จากการติดเชื้อ ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ติดเชื้อ ครอบครัวและสังคมรอบๆ ตัวของผู้ติดเชื้อ ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ ทั้งด้านร่างกาย คือร่างกายเจ็บป่วย ซึ่งความรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิต ด้านจิตใจ คือ ความกลัว วิตกกังวลต่อ

การติดเชื้อของผู้ป่วย ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การขาดรายได้ ด้านสังคม เป็นที่รังเกียจของสังคม ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนได้แก่ อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อ

โรงพยาบาลชัยบาดาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จากรายงานสถานการณ์ของโรควันที่ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 124 ราย เสียชีวิต 3 ราย กำลังรักษา 7 ราย โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติ และเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถนำไปวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีการประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วนส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ห่างจากการเจ็บป่วย และมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 84 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพ หม้าย ภูมิลำเนา อำเภอยศบาล จังหวัดลพบุรี

อาการสำคัญ

ไข้ ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

บุตรสาวให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส รับประทานอาหารได้น้อยลง ต่อมาเริ่มมีอาการซึมลง หายใจเหนื่อยหอบ จึงนำตัวส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองตีบประมาณ 9 ปี ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ

สัญญาณชีพแรกพบ

อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/ นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/72 มิลลิเมตรปรอท ปฏิเสธการแพ้ยา

การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกายพบว่า ระบบหัวใจ และการไหลเวียนปกติ ระบบหายใจผิดปกติ มีหอบเหนื่อย ลักษณะผิวหนัง ยึดหยุ่นดีไม่มีอาการบวม ขาสองข้างอ่อนแรง

ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ

SAR-CoV-2 (COVID 19) Real-time RT-PCR: detected เอกซเรย์ปอด พบ infiltration at RLL O₂ saturation 94% พบ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC 4,950 cells/cu.mm. Neutrophil 59% Lymphocyte 31% Hct 37% BUN 9 mg/dl Creatinine 1.23 mg/dl K 3.10 mmol/L

การวินิจฉัยโรค

Mild COVID infection

ผู้เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยบาดาล ในวันที่ 9-14 ธันวาคม พ.ศ. 2565 แผนการรักษาของแพทย์ ให้ออกซิเจน High flow nasal cannula ให้อายา Paracetamol 500mg 1 เม็ด เวลาปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง ยาแก้ไอ มะขามป้อมยาอมมะแว้ง Dextromethorphan 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลา ให้อายา Remdesivir (100 mg/amp) 200 mg in NSS 40 ml+NSS 60 ml iv drip in 60 min day 1 then 100 mg in NSS 20 ml+NSS 80 ml iv drip day 2-5 ระหว่างดูแลในหอผู้ป่วย ได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอด ลดลง เอกซเรย์ปอด พบ infiltration at RLL O₂ saturation 96% การหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที บ่น

หายใจไม่อิ่ม ประเมินอาการ อาการแสดง ไข้ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก บันทึกลักษณะการหายใจ อัตราความลึกและเสียงการหายใจ ประเมินการขยายตัวของทรวงอก การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (accessory) ซึ่งแสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน จัดทำนอนคว่ำ 4 ชั่วโมง สลับพัก 1 ชั่วโมงดูแลให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (High flow nasal cannula) ตามแผนการรักษาโดยการประเมินผู้ป่วย ก่อนได้รับ HFNC ดูแลขณะให้ และดูแลการทำงานของเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง ดังนี้

ก่อนได้รับ HFNC ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงขับเสมหะของผู้ป่วย และสัญญาณชีพของผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เสียงหายใจ เพื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ HFNC ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ซึ่งควรมี GCS > 8 คะแนน เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ HFNC ตามแผนการรักษาแพทย์และพยาบาล อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HFNC กับผู้ป่วยจัดทำนั่งศีรษะสูงประมาณ 45 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพเตรียมอุปกรณ์และเครื่อง HFNC ได้แก่ เลือกลูก nasal cannula หรือ nasal prong ที่เหมาะสมกับขนาดรูจมูกของผู้ป่วย รวมทั้งตั้งค่าพารามิเตอร์ HFNC ได้แก่ กำหนดอัตราไหล (flow rate) โดยเริ่มต้นที่ 40 -60 LPM และกำหนด FiO₂ โดยเริ่มจาก 0.50 หรือ 50% พร้อมตั้งเครื่องทำความชื้น (humidifier) ที่อุณหภูมิ 34-37 องศาเซลเซียส

ขณะได้รับ HFNC ประเมินและติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC เป็นระยะ ๆ ทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) เช่น หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ > 35/min ความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) < 65 mmHg หรือมีค่า

SpO₂ < 90% รายงานให้แพทย์ทราบติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเช่น ABG, Chest X-ray ดูแลให้ยาลดการบวมของหลอดเลือดได้แก่ Dexamethasone 5 mg iv ทุก 8 ชั่วโมงพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2 puff พ่น prn ทุก 4 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ROX index > 5 คะแนน ออกซิเจนในร่างกายดีขึ้นสามารถหย่าออกซิเจนอัตราการไหลสูงได้ในวันที่ 11 ธันวาคม 2565 หลังจากนั้นให้ออกซิเจน canular 5 LPM จนกระทั่งก่อนจำหน่ายสามารถ Room air ได้

มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในร่างกายตรวจ ATK ผล +ve PCR ผล detectable เอกซเรย์ปอด พบ infiltration at RLL O₂ saturation 96% การหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงติดตามผลเอกซเรย์ปอดผู้ป่วยทุกวัน พร้อมรายงานแพทย์ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาได้แก่ Remdesivir 200 mg ละลายใน NSS 40 ml+NSS 60 ml iv drip in 60 min day 1 then 100 mg ละลายใน NSS 20 ml +NSS 80 ml iv drip in 60 min day 2-5 และติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น Hypersensitivity reaction(anaphylaxis, infusion related reaction เช่น rash, shivering, nausea, bradycardia, angioedema, diaphoresis, dyspnea) ให้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Dexamethasone 10 mg iv OD, Ceftriaxone 2 gm iv ทุก 12 ชั่วโมง หลังจากให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ผลเอกซเรย์ปอดผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ฝ้าขาวที่ปอดลดลง

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจาก มีไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ผู้ป่วยบอกว่ามีไข้ มีอาการหนาว ไอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส pain score = 3 คะแนน ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อน ให้กระเป๋าน้ำแข็งประคบศีรษะ เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ 2-3 ลิตร/วัน ให้ยา Paracetamol 500 mg 1 เม็ด เวลาปวดหรือมีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง ให้ยา Dextromethorphan 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลา ให้

ยาแก้ไอ มะขามป้อมจิบ ให้ยาอมมะแว้ง ตามแผนการรักษา ประเมินติดตามสอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส มี อาการไอแห้งๆ อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัวลดลง pain score = 1 คะแนน อาการอ่อนเพลียเล็กน้อย นอนพักได้ ปัญหาทั้งหมดไปในวันที่ 3 ของการรักษา

การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากอาการเหนื่อยหอบผู้ป่วยบ่นหายใจเหนื่อยหอบ มีเสมหะในลำคอเสมหะเหนียวข้นไอแต่ขับเสมหะไม่ออกประเมินอาการไอ และลักษณะเสมหะทั้งจำนวน สี ความชื้น ให้การพยาบาลโดยการประเมินประสิทธิภาพการหายใจ รวมทั้งสาเหตุของการติดเชื้อและการตอบสนองต่อการรักษาประเมินอัตราและความลึกของการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงหายใจ รวมทั้งสิ่งที่ผิดปกติจัดให้นอนท่าศีรษะสูง เปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ ทุก 2 ชั่วโมง ทำให้กระบังลมต่ำลงปอดขยายตัวได้มากขึ้น เสมหะมีการเคลื่อนตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากขึ้นแนะนำผู้ป่วยในการทำกิจกรรมได้แก่ การพ่นยาออกเวลาไอ การไออย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่อยู่ในท่านั่งการหายใจเข้าลึก ๆ จะทำให้ปอดและหลอดลมเล็ก ๆ มีการขยายตัวมากขึ้นกระตุ้นให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอวันละ 2500 ซีซี โดยให้ดื่มน้ำอุ่นจะช่วยให้เสมหะมีการเคลื่อนตัวและขับออกได้ง่ายขึ้นดูแลพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2 puff prn ทุก 4 hr ติดตามอาการข้างเคียงภายหลังได้รับยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกใจสั่น หลังให้การพยาบาลเสมหะสีขาวใส น้อยลง ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะได้เอง

อาจเกิดอันตรายจากการมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อยเพลียเล็กน้อย K = 3.1 mmol/L ประเมินอาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก ตะคริว หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหายใจลำบาก ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ ประเมิน

สัญญาณชีพ สังเกตอัตราการเต้นของหัวใจทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยา Elixir KCL 30 ml ติดตามประเมินผลค่า serum K ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สัญญาณชีพปกติ ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/68 มิลลิเมตรปรอท ปัญหานี้หมดไปในวันที่ 1 ของ การรักษา แพทย์สั่งเจาะเลือดตรวจ serum K หลังการรักษา = 3.56 mmol/L

เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล วางแผนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่แรกเริ่มและการให้การพยาบาลแต่ละครั้งเตรียมความพร้อมการใช้งานห้อง Isolation room ความดันลบ โดยการตรวจสอบระดับแรงดันลบ อุณหภูมิและความชื้นของห้องแยกความดันลบทุกเวอร์ เมื่อเกิดความผิดปกติแจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบเร่งแก้ไขและถอดชุด PPE และอุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกต้องทุกครั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาลจำกัดการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นที่สุด โดยรวมการปฏิบัติกิจกรรมหลายอย่างที่สามารถปฏิบัติในเวลาเดียวกันได้ เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วยกำหนดเวลาการเก็บขยะและผ้าที่ใช้แล้วจากภายในหอผู้ป่วย และส่งต่อเจ้าหน้าที่ที่มารับโดยแจ้งเวลาและเขียนข้อความระบุว่าป้อนผู้ป่วยโควิดการประเมินผลระบบห้องความดันลบใช้งานได้ปกติ ผู้ปฏิบัติสามารถทำงานได้ตามที่วางแผนไว้และไม่พบการติดเชื้อในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยถามพยาบาลว่าหมอมจะรักษาอย่างไร ห่วงลูกและหลานกลัวจะติด สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สังเกตพฤติกรรม ซักถามข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมจากลูก อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยหรือข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ได้ปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา ประเมิน

ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง หรือจากการซักถามผู้ป่วยและญาติและประเมินสาเหตุความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการและแนวทางการรักษา และผลข้างเคียงของการรักษาที่เข้าใจง่ายส่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจ และข้อมูลที่จำเป็นให้ญาติผู้ป่วยได้อ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ Line ให้ผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกสำรวจความคิด และสาเหตุของความวิตกกังวล พร้อมประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้ข้อมูลที่ญาติต้องการทราบอธิบายให้ญาติทราบเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค พยาธิสภาพของโรคการเจาะเลือดระยะเวลา แนวทางการรักษาและการรักษาต่างๆ ตามความเหมาะสม แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยการถามกลับเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวการประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความกังวล นอนหลับได้วันละ 4-5 ชั่วโมง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างดี

การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ไปกักตัวที่บ้าน/ชุมชน ผู้ป่วยมีอาการปกติ แพทย์พิจารณาให้กลับไปกักตัวที่บ้าน/ชุมชนประสานงานกับทีมควบคุมโรค เตรียมชุมชนดูแลผู้ป่วยกักตัวต่อ ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การติดต่อ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือบ่อยๆ แยกรับประทานอาหาร แยกห้องนอน ห้องน้ำการจัดการขยะ แนะนำให้กักตัวต่อ อีก 14 วัน โดยอธิบายการปฏิบัติตัวตามระยะเวลาการดำเนินของโรคจนถึงระยะเวลาที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือก และตัดสินใจที่จะวางแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่าย แนะนำการส่งเสริมสุขภาพโดยการบริหารปอด การออกกำลังกาย นอนหลับให้เพียงพอ 6-8 ชั่วโมง ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร แนะนำการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง แนะนำสังเกตอาการ



ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ไข้สูง หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก กรณีไม่มีรถให้โทร 1669 แนะนำให้มาตรวจตามนัด ประสานขอรถไปส่งผู้ป่วยที่บ้าน/ชุมชน ผู้ป่วยและบุตรสาวเข้าใจและสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปกักตัวที่บ้านได้ แพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปกักตนเองที่บ้านให้ครบ 28 วัน รวม ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้านได้แก่ยา Paracetamol 500 mg 1 เม็ด เวลา มีไข้หรือปวด

ปัญหาต่างๆ ได้รับการดูแลแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 14 ธันวาคม 2565 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ภายหลังการจำหน่ายติดตามอาการผู้ป่วย มีอาการไอนาน ๆ ครั้ง สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อที่ปอด และมีอาการเหนื่อยหอบ พยาบาลต้องสังเกตอาการขาดออกซิเจนจาก early warning signs ระดับออกซิเจนในร่างกายเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือท่อนช่วยหายใจตลอดเวลาในระยะแรกจึงควรต้องให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และมีการระบายเสมหะให้ออกได้ดี ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่อัตราการไหลของออกซิเจนสูง ต้องคอยสังเกตบริเวณจมูกทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล เพราะผู้สูงอายุเนื้อเยื่อผิวหนังบอบบาง เกิดแผลกดทับได้ง่าย และต้องคอยสื่อสารให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์บ่อยๆ เพราะมีปัญหาด้านการจดจำ

เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤต เนื่องจากเป็น ผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยเห็น ความสำคัญของการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของ แพทย์ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ภายหลังพ้นระยะแพร่เชื้อ เน้นย้ำการป้องกันโรค การป้องกันไม่ให้เชื้อลงปอดด้วยการปรับการฉีดวัคซีน การสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ มีความสามารถในการประเมินผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ และเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถนำไปวางแผน การพยาบาล และให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีการประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่ถูกต้องครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายจากการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการพยาบาล ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เป็นปัจจุบันและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ด้านวิชาการ ควรมีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฝึกการใส่ ถอดชุด PPE อย่าง สม่าเสมอ
3. ด้านบริหาร ควรมีการกำหนดเป็นสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ นิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง
4. ด้านอื่นๆ ควรมีการปรับระบบการสื่อสารในห้องผู้ป่วย และห้องเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน ปรับโครงสร้างcohort ward ให้ได้ มาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ควรมีการใช้ เทคโนโลยี นวัตกรรม ในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หุ่นยนต์ ในการถ่ายภาพ X-ray ส่งอาหาร จ่ายยาให้กับผู้ป่วย ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันที่มีประสิทธิภาพให้เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- 2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 สถานการณ์ COVID 19 ทั่วโลก. https://ddc.moph.go.th/viral_pneumonia/index.php
- 3.จันทร์ฉาย มณีวงศ์. (2562). การพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- 4.ปรีชา อารงค์ไพโรจน์. (2561). การนอนท่าคว่ำในผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน. ใน มณฑิรา มณีรัตน์นะพร, ระวีวรรณ เลิศวัฒนา รักษา, สุรัตน์ทองอยู่, นัฐพล ฤทธิชัยมัย (บรรณาธิการ). อายุรศาสตร์ทันยุค 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทพรินท์เอเบิลจำกัด.
- 5.พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทนาเพรสจำกัด
- 6.เสาวภา ทองงาม, สุพิศตรา ภูมูล, รณิษฐา รัตนะรัต. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลศิริราช. <https://he02.tci-thijo.org/index.php/simedbull/article>
- 7.World Health Organization. (2019). Q&A on coronaviruses (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>



ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

ยุวดี คาคีวี¹ อติสร อุดรทักษ์¹

Yuwadee Kadiwee¹ Adisorn Udonthak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 32 ราย เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย (Dependent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า 1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังรับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้ง 3 ด้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด $t = 7.407$ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด $t = -2.156$ 2) การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนรับโปรแกรมและหลังรับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research It is a quasi-experimental research. The purpose of this study was to study the effects of a motivational conversation program on glycemic control in type 2 diabetic patients at Khao Wong Hospital. Kalasin Province The sample group was Thirty-two type 2 diabetic patients were treated at Khao Wong Hospital. Data were collected by interview form. analyze data By frequency distribution, percentage, mean (Mean) and standard deviation (SD), inferential statistics. Comparison of mean blood sugar levels (HbA_{1c}) before and after joining the program (Dependent t-test).

The results of the study were as follows: 1) a comparison of the mean scores of self-care behavior of type 2 diabetic patients before and after receiving the motivational conversation program in type 2 diabetic patients at Khao Wong Hospital, Kalasin Province; The diabetic patients had better self-care behaviors in all 3 aspects. The self-care behavior was food intake the most, $t = 7.407$, and the exercise behavior had the least change, $t = -2.156$. Type 2 diabetic patients, Khao Wong Hospital Kalasin Province Before and after the Motivational Conversation Program There was a statistically significant difference at the 0.05 level.

Keywords: motivational conversation program, type 2 diabetes mellitus

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ข้อมูลปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลก มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 438 ล้านราย และได้ประมาณการว่าปี พ.ศ. 2588 มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 629 ล้านราย¹ ในประเทศไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วพบว่า 1 ใน 11 คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน ในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 3 หมื่นล้านบาทต่อปี หากรวมการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ อาจมากถึงแสนล้านบาทต่อปี สถิติจังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2561-2564 เท่ากับ 585.90 , 540.25 , 547.48 และ 580.76 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบว่าอัตราตายผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 12.08, 12.24 และ 12.12 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น

อำเภอเขาวงมีอัตราการป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลปี 2561- 2564 เท่ากับ 672.50, 774.47 , 776.73 และ 745.70 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในปีพ.ศ. 2561 -2564 เป็นจำนวน 4,647 , 4,732 , 4,836 ราย , 4,870 ราย ตามลำดับ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA_{1c}) จำนวน 2,421 ราย , 2,513 ราย , 2,734 ราย , 3,232 ราย ตามลำดับ พบว่าร้อยละ 12.58 , 15.64 , 19.54 , 23.74 ตามลำดับที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ซึ่งมีแนวโน้มลดลงซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 0.21 , 0.27 , 0.33 , 0.75 ตามลำดับ พบว่ามีแผลที่เท้าเบาหวานร้อยละ 0.43 , 0.46 , 0.32 , 0.34 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 0.66 , 0.90 , 4.32 , 6.36 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น และมีอุบัติการณ์ตายเพิ่มมาก

ขึ้น ร้อยละ 12.01, 12.12 , 12.18 และ 12.24 ต่อประชากรแสนคน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่น้ำตาลเฉลี่ยสะสม > 7 % จำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.66 ไม่ควบคุมอาหาร ร้อยละ 60 การรับประทานยา/ฉีดยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 50 ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ร้อยละ 30 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพร้อมในการจัดการตนเอง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเป็นเรื่องยากแต่การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำรูปแบบการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มาใช้ในคลินิกโรคเบาหวาน ตลอดจนกระตุ้นเตือน การติดตามเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษาโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) โดยมีรูปแบบวิจัยแบบชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre – post test design) ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564 จำนวน 4,870 ราย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) มากกว่า 7.0 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคต่อกระดูก เป็นต้น มีอายุตั้งแต่ 30 -70 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และสามารถเข้าใจวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และสามารถอยู่ร่วมจนครบกำหนดวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาวง ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2565 โดยมีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น ที่ผู้วิจัยทำการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วยรูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจ จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยพัฒนาจากการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ใช้ทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อ สร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick² องค์ประกอบหลักของการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1) การมีส่วนร่วม (engagement) สร้างร่วมมือกันและการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนทนา ขวนพุดคุยเรื่องที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญแบบสั้น เช่น “วันนี้ใครพามา” (ภรรยาสามี บุตร หลาน) และกำหนดทิศทาง เป้าหมายของการสนทนาที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยค้นหาข้อดีและชื่นชม เช่น “คุณเป็นคนที่ใส่ใจดูแลสุขภาพมาก ถึงการเดินทางจะลำบากขนาดไหนคุณยังมาพบหมอ” สนทนาเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น “ดูเหมือนคุณเป็นเสาหลักของครอบครัว”

2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคง มากยิ่งขึ้น (fight out & strengthen) โดยถามถึงความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น “หากปล่อยไว้คิดว่ามันจะมีผลอย่างไรตามมา”

3) การให้ข้อมูลและข้อเสนอทางเลือก (advice with menu) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย เช่น “การทำงานของไตลดลงต้องควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และบันทึกการสนทนา³ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ 2) แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง³ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ประเมินการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ผลการเยี่ยมประเมินน้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ปัญหาที่พบ เป้าหมายในชีวิต การชื่นชม ค่ะแนมความตั้งใจ การให้การดูแลและคำแนะนำ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ 3) ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ในระยะ 3 เดือน มีหน่วยเป็น % ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้

ระยะเตรียมการ

1.ผู้วิจัยขออนุมัติการใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จากเวชระเบียนของผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและวัดซ้ำหลังเข้าร่วมกิจกรรม เดือนตุลาคม 2564 – พฤศจิกายน 2564

3.ประชุมชี้แจงทีมวิจัยในการศึกษาวิจัยเครื่องมือ ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านและการประเมินผล

ระยะดำเนินการ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 32 ราย จะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แบบ Individual โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 5-10 นาทีต่อครั้ง จำนวน 5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน

ครั้งที่ 1 ก่อนรับโปรแกรม และรับโปรแกรมประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยเบาหวานในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ใช้การกระบวนกรสร้างแรงจูงใจ MI แบบ Individual โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 5-10 นาทีต่อครั้ง ดังนี้

1) การมีส่วนร่วม (engagement) สร้างร่วมมือกันและการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนทนา ชวนพูดคุยเรื่องที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

2) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้คิดและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคง มากยิ่งขึ้น (fight out & strengthen) โดยถามถึงความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

3) ให้ข้อมูลและข้อเสนอทางเลือก (advice with menu) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพจากภาคีเครือข่ายหรือแกนนำชุมชน อสม. ติดตาม การกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ ทุก 2 สัปดาห์ ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยค่า รอบเอว, BP และ FBS

ครั้งที่ 2 ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 และรับโปรแกรม MI ครั้งที่ 2 ได้รับการประเมินปัญหาและได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ ชมเชย และประเมินความตั้งใจให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน การกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ ในสัปดาห์ที่ 2,4

ครั้งที่ 3 ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่ 2 และรับโปรแกรม MI ครั้งที่ 3 ได้รับการประเมินปัญหาและได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ ชมเชย และประเมินความตั้งใจให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน การกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ ในสัปดาห์ที่ 6,8

ครั้งที่ 4 ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่ 3 และรับโปรแกรม MI ครั้งที่ 4 ได้รับการประเมินปัญหาและได้รับคำแนะนำช่วยเหลือ ชมเชย และประเมินความตั้งใจ ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน การกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ ในสัปดาห์ที่ 10,12

ครั้งที่ 5 ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องจากครั้งที่ 4 (หลังจบโปรแกรม 3 เดือน) ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน การกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ ในสัปดาห์ที่ 18,20 จากแบบติดตามเยี่ยมบ้านการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตรวจหาค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c})

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย (Dependent t-test)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2565 รวม 8 เดือน มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.พฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากร 4,870 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,296 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.62 เพศหญิง 3,574 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.38 สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ตามที่กำหนด ได้จำนวน 32 คน แบ่งเป็นเพศชาย 11 คน คิด เป็นร้อยละ 34.38 เพศหญิง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 65.63

1.2. สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) 3,232 คน คิดเป็นร้อยละ 75.79 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ได้ดี HbA_{1c} มีค่า < 7 % จำนวน 1,203 คน คิดเป็นร้อยละ 23.74 แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม 862 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60

และกลุ่มที่มีโรคร่วม 341 คน คิดเป็นร้อยละ 38.62

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน แบ่งเป็นเพศชาย 11 คน คิด เป็นร้อยละ 34.38 เพศหญิง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 65.63 อายุเฉลี่ยที่ 53.09 ช่วงอายุ 51 – 60 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 50 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี มากกว่า 60 ปี และน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 31.25 , 15.62 และ 3.13 ตามลำดับ รอบเอวเฉลี่ยที่ 84.68 ค่ารอบเอว 81-90 เซนติเมตร มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ค่ารอบเอว รอบเอว 71-80 เซนติเมตร ค่ารอบเอว 91-100 เซนติเมตร และค่ารอบเอว >100 เซนติเมตร ร้อยละ 34.38 , 12.50 และ 3.12 ตามลำดับ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ก่อนการรับโปรแกรมครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยที่ 12.02 ค่าเฉลี่ยหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยที่ 8.73

2.โปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
พฤติกรรมกรับประทานอาหาร	4.4063	.55992	3.4375	.50402	32	7.407	.000	.70201	1.23549
พฤติกรรมกรใช้ยา	3.5000	.50800	3.3438	.48256	32	1.973	.000	-.00523	.31773
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย	4.0938	.96250	4.4375	.56440	32	-2.156	.000	-.66894	-.01856

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังรับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีผู้ป่วยเบาหวานมี

พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ทั้ง 3 ด้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด $t = 7.407$ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด $t = -2.156$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
HbA _{1c}	12.02	3.57	8.73	1.97	32	13.198	.000	17.2929	23.4738

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนรับโปรแกรมและหลังรับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) มีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนรับโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) - ของ Miller & Rollnick² พบว่า ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทางผลลัพธ์ ก่อนรับโปรแกรมครั้งที่ 1 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) 12.02 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.57) หลังจากรับโปรแกรมสิ้นสุดครั้งที่ 4 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) 8.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.98) ลดลง 3.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยส่งเสริม

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (engagement) ร่วมมือกันและการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนทนาชวนพูดคุยเรื่องที่สำคัญให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น (fight out & strengthen) โดยถามถึงความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ข้อมูลและข้อเสนอทางเลือก (advice with menu) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ โดยทีมสหวิชาชีพจากภาคีเครือข่าย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และจะเห็นว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งหมายถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทอดศักดิ์ เดชคง⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด FPG ≥ 155 มก./ดล. ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้งๆละ 5-10 นาที สามารถช่วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดผลลัพธ์ต่อการลดลงของ FPG และระดับการควบคุม FPG ดีขึ้น นำมาสู่ข้อเสนอแนะในการทำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจไปขยายผลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการจัดบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มป่วย ในการวิเคราะห์คัดกรองภาวะสุขภาพ จำแนกประเภทผู้ป่วยที่จำเป็นเร่งด่วนเพื่อจัดลำดับปัญหาก่อนและหลังในการพยาบาล ในคลินิกโรคเบาหวานมีสถิติผู้รับบริการต่อวันจำนวนมาก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาที่ย่างยากซับซ้อน เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังมาเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ขาดแรงจูงใจในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลรักษา พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถและ

ทักษะการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Advice) เพื่อค้นหาปัญหาเร่งด่วนและแนวทางช่วยเหลือเป็นรายบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย การเสริมสร้างแรงจูงใจ MI ควรมีความต่อเนื่อง 4 ครั้งๆ ละ 5-10 นาที มีการกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ การติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ควรขยายผลการติดตาม 6-12 เดือน เพื่อตรวจสอบความคงอยู่ของพฤติกรรมผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควรขยายผลในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2565). กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอโมชั่นอาร์ต จำกัด: 2560.
- 2.Miller, W.R. & Rollnick, S. what makes it Motivational Interviewing?. Presentation at the International Conference on Motivational Interviewing (ICMI). Stockholm;2010.
3. เทอดศักดิ์ เดชคง. คู่มือสำหรับผู้อบรม: Motivational Interviewing for NCDs;MI NCDs; กรม สุขภาพจิต:โครงการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระบบสาธารณสุข;2560.
4. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. พนิดา สารทอง. การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ศรีสะเกษ;โรงพยาบาลนาตุ; 2560.
6. โสภกา ไชยแก้ว. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ; 2560.

การพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

development of participatory nursing service model for chronic obstructive pulmonary disease patients Khao Wong Hospital Kalasin Province

(Received: June 28,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

รักชนก ถวิลการ¹, อัสฎาวุธ สอนพรม² อติสร อุดรทักษ์¹

Rakchanok Tawinkarn, Atsawut Sonprom, Adisorn Udontak

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาผลของรูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก, แผนกผู้ป่วยในชาย, แผนกผู้ป่วยในหญิง, แผนกเยี่ยมบ้าน และคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมทั้งสิ้น 55 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2565 เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย, การประเมินอาการผู้ป่วย, การวินิจฉัยทางการพยาบาล, การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย, การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความเข้าใจบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค COPD ภายหลังการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบงาน วิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้นำแนวทางนี้ไปปฏิบัติและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การพยาบาล, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was research and development aimed to develop and to study the effects of a participatory nursing service model for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Khao Wong Hospital Kalasin Province Participants were nurses who worked in the outpatient department, male inpatient department, female inpatient department, and home visit department. The research was conducted between October 2021 and September 2022. Research data were collected by focus group discussion and questionnaire. Content analysis was used. and quantitative data analysis Statistics for frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test for dependent Samples were used, with statistical significance at the .05 level.

The research results showed that the development of a participatory nursing service model for chronic obstructive pulmonary disease patients. Khao Wong Hospital Kalasin Province consists of 6 elements: Patient screening, patient assessment, nursing diagnosis, patient-specific nursing, providing knowledge, giving advice, or teaching patients and their families. and coordination with a multidisciplinary team in continuous care make understanding of the role of nurses in patients with chronic obstructive

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขาวง

² นายแพทย์ โรงพยาบาลเขาวง

pulmonary disease After using the participatory nursing care service model for chronic obstructive pulmonary disease patients increased compared to before the use of the model and the outcomes for the quality of care of patients with COPD after the use of the participatory COPD nursing care service model increased compared to before the use of the This research has suggestions for implementing this approach and continuously evaluating it.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, nursing, participation

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการอุดกั้นในปอดซึ่งเกิดขึ้นแบบเรื้อรัง และมีการดำเนินไปของโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมักมีอาการทางระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ได้แก่ หายใจลำบาก ไอ มีเสมหะ เนื่องจากความผิดปกติของหลอดลม หรือถุงลมภายในปอด เช่น โรคหลอดลมอักเสบ (bronchitis) โรคหลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) และ โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema)¹ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ การสูดดมอนุภาคก๊าซพิษจากมลพิษทางอากาศทั้งในครัวเรือนและภายนอกอาคารร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยคือ สภาพของปอดที่ผิดปกติและการเร่งอายุของปอด (accelerated lung aging) ในส่วนปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมมีผลเพียงเล็กน้อยเท่าที่มีการศึกษาไว้คือการกลายพันธุ์ในยีน SERPINA1 ที่นำไปสู่การขาด α -1 antitrypsin^{1,2} โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยหลายคนต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคนี้เป็นเวลาหลายปีและเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร³ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีภาวะเหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกายนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ถ้ามีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้งหรือใช้เวลารักษาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษา สูญเสียรายได้จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพ เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียคุณค่าในตนเอง ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

ปัจจุบันมีรายงานว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของโลก โดยส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่าภาระโรคจะเพิ่มขึ้นใน

ทศวรรษต่อไป เนื่องจากสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรคอย่างต่อเนื่องและการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ⁴ สำหรับประเทศไทยในปีงบประมาณ 2563 มีรายงานผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สิทธิ UC และอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 59,595 เสียชีวิต 3,557 คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 5.96 จังหวัดกาฬสินธุ์มีรายงานผู้ป่วย 918 ราย เสียชีวิต 40 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 4.36⁵ ในส่วนโรงพยาบาลเขาวง ในปีงบประมาณ 2562 – 2564 มีรายงานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 218, 348 และ 301 รายตามลำดับ เข้ารับการรักษาที่ ER ร้อยละ 21.89, 37.48 และ 34.36 และนอนโรงพยาบาลด้วย COPD with acute exacerbation ร้อยละ 15.38, 32.61 และ 26.35⁶

การพัฒนาบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหากมีการจัดระบบที่ชัดเจนโดยนำกรอบแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลจะทำให้ระบบบริการพยาบาลมีการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกับระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย Service Plan ได้เป็นอย่างดี จากแนวคิดมาตรฐานการพยาบาล กองการพยาบาลได้กำหนดการพัฒนาบริการพยาบาล: Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (COPD) ตั้งแต่แรกเริ่ม ประเมินอาการ คัดกรอง ให้การพยาบาลดูแลในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ขณะส่งต่อ และจำหน่าย รวมถึงสมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุม, ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ปลอดภัย และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้น⁷

ซึ่งกัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง และ เพ็ญจันทร์ วันแสน ได้นำกรอบแนวคิดมาตรฐาน การพยาบาลไปใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ประกอบด้วย การบริหารจัดการทางการพยาบาล การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล และการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลที่ เป็นผู้ปฏิบัติเห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและ ปฏิบัติตามร้อยละ 99.8 คะแนนความรู้ของ พยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และมี พฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สมรรถภาพปอด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) ไม่พบการกลับมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ ห้องฉุกเฉิน ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลัง จำหน่าย 30 วัน ไม่พบมีการเสียชีวิต และผู้ป่วยมี ความพึงพอใจต่อการบริการในระดับมาก⁸ และจาก กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งมีจุดสำคัญของ แนวคิดคือ เกิดจากบุคคลที่เกี่ยวข้องสมัครใจเข้า ร่วมตัดสินใจ ปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และประเมินผล⁹ และเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายว่า เป็นกระบวนการปรับปรุง และพัฒนางานให้บรรลุ เป้าหมายของบุคคลหรือองค์กร ดังเช่นการศึกษา ของธัญยรัชต์ องค์กรเกียรติและคณะ(Thanyarat Ongmekiat et al.) พบว่า รูปแบบการรับส่งเวร การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มผลผลิตและ ลดการเกิดอุบัติเหตุ หรือความล่าช้าทางคลินิกได้ และการศึกษาของวราภรณ์ พันธธร พบว่า การ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล ชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานีช่วย ให้พยาบาลนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง และได้ทุกขั้นตอน รวมถึงมีความคิดเห็นต่อการใช้ แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับ แรก คือ สามารถให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ ทันที, สามารถนำไปใช้ได้จริง และนำข้อมูลที่ได้ไป วางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว¹¹

โรงพยาบาลเขาวงมีขนาด 60 เตียง ที่ผ่าน มาได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยอ้างอิง ตามแนวทางเวชปฏิบัติของ Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2023 (GOLD Guideline 2023) ควบคู่กับแนว ทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังของ สมาคมอหุเวชแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565 เพื่อให้ แผนกต่างๆ ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทั้ง ในแผนกผู้ป่วยนอก, แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน, แผนกผู้ป่วยใน และแผนกปรึกษาสุขภาพ รวมถึงมีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผล การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 – 2564 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็น 828.79, 527.22, 442.42 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด (ไม่เกิน 130 ต่อประชากรแสน คน)¹² ปัญหาที่พบในการบริการทางการพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติงานของพยาบาลยังมีข้อผิดพลาด และไม่เข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในแผนกที่ ตนเองปฏิบัติงาน รวมถึงการประสานความร่วมมือ กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะว่ายังไม่มีรูปแบบบริการทางการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ ชัดเจนและเป็นระบบ จึงทำให้ผลลัพธ์ของการดูแล รักษาผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบ บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ด้วยกรอบแนวคิดมาตรฐานการ พยาบาล, กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม และกรอบ แนวคิดการวิจัยและพัฒนา โดยเริ่มจากการศึกษา รูปแบบบริการทางการพยาบาลที่ผ่านมาอย่างเป็น ระบบจากการรับรู้หรือประสบการณ์ของพยาบาล หัวหน้าแผนก พยาบาลผู้ปฏิบัติการ, การวิเคราะห์ ปัญหา วางแผน กำหนดรูปแบบจัดการปัญหา และ ตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เชื่อถือได้, ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนด,

ติดตามประเมินผล และทบทวนปรับปรุงรูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะทำให้เกิดรูปแบบและสาระสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความเข้าใจบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังการใช้รูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ

2. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค COPD ภายหลังการใช้รูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 12 คน, แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 15 คน,

แผนกผู้ป่วยในชายจำนวน 12 คน, แผนกผู้ป่วยในหญิง จำนวน 12 คน แผนกเยี่ยมบ้านจำนวน 3 คน และคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 55 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ซึ่งได้จากการอภิปรายกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้มาตรฐานการพยาบาล: Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (COPD) ของกองการพยาบาลปี พ.ศ. 2560 และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นฐาน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย , การประเมินอาการผู้ป่วย , การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล, การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย , การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือ การสอนผู้ป่วยและครอบครัว และ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นตามองค์ประกอบของรูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย, การประเมินอาการผู้ป่วย, การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล, การพยาบาลผู้ป่วย, การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัว และ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.96 หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.81

2) แบบบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม เป็นแบบบันทึกปลายเปิดทั้งโครงสร้างที่

พัฒนาขึ้นเอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมซึ่งได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 รูปแบบได้แก่ การวิพากษ์ข้อดีและข้อจำกัด, รูปแบบที่คัดสรร และออกแบบรูปแบบตามบริบทพื้นที่ โดยระบุถึงบทบาท สมรรถนะที่จำเป็น เครื่องมือที่จำเป็น กระบวนการ ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล และสาระสำคัญ

3) เวชระเบียน และฐานข้อมูลโรงพยาบาล Hos-XP เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการ REC.KLS. 99/2564 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงก่อนการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ รวมทั้งได้รับการปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

ขั้นตอนการศึกษา

ระยะที่ 1 ก่อนพัฒนารูปแบบฯ เป็นการศึกษาประสบการณ์ในปัจจุบัน และวิเคราะห์ปัญหาหน้างานจากผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

1) ศึกษาความเข้าใจบทบาทและสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาล จากการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัยรายบุคคล รวมถึงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านมา

2) คณะผู้วิจัยจัดประชุมวิเคราะห์ปัญหาการบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแบ่งกลุ่มตามแผนกที่ปฏิบัติงาน ด้วยกระบวนการอภิปรายกลุ่ม เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ตามแนวคำถามในแบบบันทึกข้อมูล

3) คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลเพื่อเป็นข้อมูลก่อนการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ เป็นการ

ออกแบบ และพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย

1) คณะผู้วิจัยนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ให้กับพยาบาลผู้เข้าร่วมงานวิจัย

2) พยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัย ร่วมออกแบบรูปแบบใหม่ด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐานในการพิจารณา

3) คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม สังเคราะห์ข้อมูล และนำร่างรูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและให้คำแนะนำ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

4) คณะผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคนในแผนกผู้ป่วยนอก, แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, แผนกผู้ป่วยในชาย, แผนกผู้ป่วยในหญิง และแผนกเยี่ยมบ้าน

5) ทดลองใช้รูปแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมรูปแบบใหม่ ระยะเวลา 1 เดือน

6) คณะผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนรู้การพัฒนาแบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 หลังการพัฒนารูปแบบฯ เป็นการติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1) ศึกษาความเข้าใจบทบาทและสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาล จากการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัยรายบุคคล รวมถึงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทางการแพทย์พยาบาลหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2) คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลเป็นข้อมูลหลังการพัฒนา และสรุปนำเสนอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test for dependent Samples โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 55 คน อายุเฉลี่ย 37.32 ปี (SD=9.712) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.1 ปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 92.7 ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้อยละ 27.3 ระยะปฏิบัติงานในแผนกและอายุการทำงานในบทบาทพยาบาล 5-9 ปี ร้อยละ 41.8 และร้อยละ 30.9 ตามลำดับ ในรอบปีที่ผ่านมาเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 96.4 มากที่สุดในด้านการประเมินอาการ ร้อยละ 85.5 รองลงมาคือ ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาลร้อยละ 74.5 ด้านการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่องร้อยละ 69.1 ด้านการคัดกรองผู้ป่วยร้อยละ 65.5 ด้านการให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัวร้อยละ 63.6 และด้านการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย COPD ร้อยละ 54.5 ตามลำดับ

ระยะที่ 1 ก่อนพัฒนารูปแบบฯ พบว่าสมรรถนะที่จำเป็นในการบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุดคือ การประเมินอาการร้อยละ 85.5 รองลงมาคือ การคัดกรองผู้ป่วยร้อยละ 80.0 การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัวร้อยละ 80.0 การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ร้อยละ 76.4 การวินิจฉัยทางการพยาบาลร้อยละ 72.7 การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย COPD ร้อยละ 67.3 ตามลำดับ ความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความเข้าใจในด้านการคัดกรองผู้ป่วย และการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ในส่วนด้านการประเมินอาการผู้ป่วย, การวินิจฉัยทางการพยาบาล, การพยาบาลผู้ป่วย และการให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยในชาย แผนกผู้ป่วยในหญิง แผนกเยี่ยมบ้าน และคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ร่วมวิจัยได้ออกแบบ และพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย, การประเมินอาการผู้ป่วย, การวินิจฉัยทางการพยาบาล, การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย, การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 หลังการพัฒนารูปแบบฯ จากการติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดังตาราง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ก่อนและหลัง ดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1.การคัดกรองผู้ป่วย COPD	3.50	.319	4.26	.048	3	-5.27	.013	-1.217	-.300
2.การประเมินอาการผู้ป่วย COPD	2.85	.212	4.39	.128	3	-30.02	.000	-1.714	-1.385
3.การวินิจฉัยทางการพยาบาล	3.08	.097	4.55	.148	4	-15.17	.000	-1.737	-1.200
4. การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย COPD	3.15	.503	4.25	.130	3	-4.83	.017	-1.831	-.378
5. การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและ ครอบครัว	3.28	.129	4.13	.100	7	-11.86	.000	-1.019	-.680
6. การประสานความร่วมมือกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.48	.105	4.18	.0105	2	-12.66	.006	-.925	-.456
รวม	3.2195	.311	4.2864	.182	27	-14.10	.000	-1.222	-.911

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงานในทุกด้าน

3. ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค COPD ในระยะก่อนดำเนินการและหลังการใช้รูปแบบ ดังตาราง

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค COPD ในระยะก่อนดำเนินการและหลังการใช้รูปแบบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565
1.อัตราผู้ป่วย COPD with AE ที่ ER	< 20%	34.36	29.74
2. อัตรา Admit ด้วย COPD with AE	<4%	26.35	14.53
3. อัตราการควบคุมอาการได้ total control	>10%	15.23	25.96
4. อัตราผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและเลิกบุหรี่	> 80%	75.00	91.67

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงานในทุกด้านสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง และเพ็ญจันทร์ วันแสน (2564) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์พบว่า การพัฒนา

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้ และการชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามร้อยละ 99.8 คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มจาก 15.6 เป็น 18.5 ($p < 0.001$)¹⁴ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ผู้ร่วมวิจัยได้มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 รูปแบบได้แก่ การวิพากษ์ข้อดีและข้อจำกัด, รูปแบบที่คัดสรร และออกแบบรูปแบบตามบริบทพื้นที่ โดยระบุถึงบทบาทสมรรถนะที่จำเป็น เครื่องมือที่จำเป็น กระบวนการผลลัพธ์ทางการพยาบาล และสาระสำคัญของรูปแบบประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย, การประเมินอาการผู้ป่วย, การวินิจฉัยทางการพยาบาล, การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย, การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค COPD หลังการใช้รูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ วงศ์ศรีคุณ (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จผู้นำในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพจำเป็นต้องมีสมรรถนะขั้นสูงในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากตัวอย่างกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นสมรรถนะของพยาบาลในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินสมรรถนะในการสอนทั้งการสอนพยาบาลผู้ปฏิบัติเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล สมรรถนะการให้คำปรึกษาแก่ พยาบาล

ผู้ปฏิบัติเมื่อเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน สมรรถนะการประสานงานทั้งกับคณะกรรมการดำเนินงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่น รวมถึงสมรรถนะการประเมินผลลัพธ์ ที่สะท้อนจากการประเมินผลลัพธ์คุณภาพการคัดแยกอย่างเป็นรูปธรรมและนำไปสู่การดำเนินการพัฒนาผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านบริการทางการพยาบาล

การพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ความสำคัญกับคุณภาพการบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงได้มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 รูปแบบได้แก่ การวิพากษ์ข้อดีและข้อจำกัด, รูปแบบที่คัดสรร และออกแบบรูปแบบตามบริบทพื้นที่ โดยระบุถึงบทบาท สมรรถนะที่จำเป็น เครื่องมือที่จำเป็น กระบวนการ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และสาระสำคัญของรูปแบบประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย, การประเมินอาการผู้ป่วย, การวินิจฉัยทางการพยาบาล, การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วย, การให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ หรือการสอนผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจบทบาททางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในหลายๆ รูปแบบทั้งที่ประสบความสำเร็จและที่มีปัญหาอุปสรรค เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. POCKET GUIDE TO COPD DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION. 2023:<https://goldcopd.org/>.
2. Pothirat C, Phetsuk N, Deesomchok A, Theerakittikul T, Bumroongkit C, Liwsrisakun C, et al. Clinical characteristics, management in real world practice and long-term survival among COPD patients of Northern Thailand COPD club members. J Med Assoc Thai. 2007;90(4):653-62.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11):e442.
4. Meghji J, Mortimer K, Agusti A, et al. Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions. Lancet 2021; 397(10277): 928-40.
5. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน). อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ. 2564: สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2564 จาก <https://data.go.th/>.
6. โรงพยาบาลเขาวง. เวชระเบียน และฐานข้อมูลโรงพยาบาล Hos-XP. 2565: สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2565
7. กองการพยาบาล. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล:Service Plan. ปทุมธานี: สื่อดีวัน, 2560.
8. กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง และเพ็ญจันทร์ วันแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2); 327-42.
9. Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press; 1981.
10. Thanyarat Ongmekiat, Nantakarn Maneejak, Ruttikarn Prompahakul, Wanrudee Chaoayachai, Premjit Joubkhawmsuk. Development of a Participatory Nursing Handover Model among Otorhinolaryngological Wards at a Tertiary Hospital. Nursing Science Journal of Thailand. 2022; 40(1):128-143.
11. วราภรณ์ พันธศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา. 2564; 4 (3):1-12.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD). สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2565 จาก https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9&id=8dc31d2079e509de188a3b0117459379.
13. Halpin DMG, Criner GJ, Papi A, Singh D, Anzueto A, Martinez FJ, Agusti AA, Vogelmeier CF. Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med. 2021 Jan 1;203(1):24-36. doi: 10.1164/rccm.202009-3533SO. PMID: 33146552; PMCID: PMC7781116.



14. กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง และเพ็ญจันทร์ วันแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36(2): 327-342.
15. สุภารัตน์ วังศรีคุณ. การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน. พยาบาลสาร.2561; 45 (3): 158-169.

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม ตำบลสงเปลือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Participatory care process for subacute stroke patients at home

Song Nuea Subdistrict, Khao Wong District, Kalasin Province.

(Received: June 28,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

วิชุนี ละม้ายศรี¹

Witchunee Lamaisri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน บทบาททีมสหวิชาชีพ บทบาทภาคีเครือข่ายในชุมชน และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คน และภาคีเครือข่ายตำบลสงเปลือย จำนวน 57 คน รวม 70 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกผลการดูแล และแบบวัดความเข้าใจบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ สถิติ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA, Dependent t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, ประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, จัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านในช่วงปีงบประมาณ 2565 (ค.ศ.64-ก.ย.65) ได้ทั้งหมด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ย barthel index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was a participatory action research. The objective was to study the health status and context of stroke patients. The process of continuing care for the patient at home The role of the multidisciplinary team The role of network partners in the community and the effect of participatory home care process for subacute stroke patients at Khao Wong Hospital The sample consisted of A multidisciplinary team of 13 people and 57 members of Song Nuea sub-district network associates, a total of 70 people. Data were collected from care results records. and an understanding of the roles of multidisciplinary teams and network partners between October 2021 – September 2022, a total of 12 months. Data analysis by Descriptive statistics were frequency distribution, percentage, arithmetic mean. and standard deviation Inferential statistics were used, F-test, One way ANOVA, Dependent t-test and Content Analysis.

The results showed that Home care process for subacute stroke patients by a multidisciplinary team and network partners in the community to participate in patient registration, coordinating

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขาวง

multidisciplinary teams and network partners in the community, preparing houses, communities and relatives or carers, planning continuation of care for patients at home, taking care of patients sick according to home care plans and follow up and assess the rehabilitation results of patients at home resulting in continuous care of subacute stroke patients at home during the fiscal year 2022 (Oct. 21-Sep. Suffering from subacute stroke The after operation was higher than before the statistical significance at the .05 level, including the multidisciplinary team. And network partners have a better understanding of the role of continuous care of subacute stroke patients at home.

Keywords: cerebrovascular disease patients participation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า STROKE เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) ซึ่งมากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และยังพบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน¹

ภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดแบบเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความพิการในระยะยาวหากผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ แต่ถ้าหากไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอาจทำให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้เกิดความพิการที่ถาวรตามมา จากการศึกษาของ คุปต์นิตติชัยกุล และคณะ² พบว่า หลังได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยในเป็นเวลาประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการใช้งาน, สภาวะทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ แลงแฮมเมอร์ และคณะ³ พบว่าหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถในการใช้งานของรายคนและล่างที่ดีขึ้น

ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากมายสำหรับการดูแลผู้ป่วย "ภาวะเฉียบพลัน" โดยมีเป้าหมายคือการรอดชีวิต แต่มีระบบบริการสุขภาพที่หล่นหายไปในระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งเฉียบพลันหรือภาวะพ้นวิกฤตคือ "หกเดือนทอง" (Golden period) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนพิการที่ต้องการการพึ่งพิงจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามหลักการ "การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกลาง" (intermediate care) "การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกลาง" ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยหลังระยะเฉียบพลันที่มีอาการทางคลินิกที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ (subacute care) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation program) และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมรอบด้าน (holistic care) โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach)

อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน (community continuous care) เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และคืน "คนพิการที่มีศักยภาพ" ให้ชุมชน แทนการทำงานเพื่อดูแล "คนป่วยติดบ้านติดเตียง" แต่เพียงอย่างเดียว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา ปรับปรุง พัฒนางานให้เกิดประโยชน์กับบุคคล องค์กรหรือชุมชน ซึ่งบุคคล องค์กรอาจเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจ ปฏิบัติ ใช้หรือรับประโยชน์ และประเมินผล อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทุกองค์ประกอบก็ได้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ความรู้ ความชำนาญของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตอบสนองความต้องการคนในชุมชนหรือองค์กร ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชนหรือองค์กร ดังการศึกษาของสุทธิรัตน์ บุษดี (2565)⁴ ที่พบว่ากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ร่วมกับพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเชื่อมโยงกับเครือข่าย พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พัฒนาการจัดระบบบริการเชิงรับ พัฒนาการสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งทำให้ผู้ป่วย/ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.76 และร้อยละ 86.58 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านและต่อนวัตกรรม ระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 93.79 และร้อยละ 97.24 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย barthel index of ADL ก่อนและหลังจำหน่ายเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยัง

สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศศักดิ์ ชินชัยและคณะ (2565)⁵ ที่พบว่าหลังได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยรวม และด้านการมีบทบาทในงานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โรงพยาบาลเขาวงได้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องขึ้น เพื่อเป็นศูนย์การประสานงานทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทสำคัญได้แก่ การให้ข้อมูลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การรับส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และองค์ความรู้ รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลเขาวง จึงสนใจที่จะศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บทบาทของทีมนสหวิชาชีพ บทบาทของชุมชน และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการแก้ไขปัญหาให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่อยู่ในชุมชนได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมถึงเป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

3. เพื่อศึกษาบทบาทต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้าน แบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

4. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้าน แบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา เรื่อง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ศึกษาในปีงบประมาณ 2565 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 รวม 12 เดือน โดยที่ PAR คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. กำหนดกิจกรรม
3. กำหนดบทบาท
4. ดำเนินการ
5. ติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ได้แก่ พื้นที่อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาคั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบยักกลุ่ม (Cluster sampling) ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันอาศัยอยู่ ผลการสุ่มได้พื้นที่ตำบลสงเปลือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คนและนักโภชนาการ จำนวน 1 คน รวม 13 คน

2) ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 5 คน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน จำนวน 16 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์โฮมสุข จำนวน 10 คน อสม. จำนวน 16 คน และผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 7 คน รวม 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

1.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.1 ศึกษาภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.2 กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.3 กำหนดบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.4 ดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.5 ติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน

1.2 รูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียด

ตารางที่ 1 รูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน
อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียด

กิจกรรม	วิธีการ/ขั้นตอน
1.ระยะก่อน ดำเนินการ	1.ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2.ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปที่บ้านและในชุมชน 3.ประชุมทีมเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการวางแผนการจำหน่ายที่ผ่านมา 4.พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5. ลงพื้นที่เพื่อศึกษาข้อมูลของชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีเครือข่ายในชุมชน 6. แต่งตั้งทีมภาคีเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม ค้นข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ชุมชน รวมทั้งร่วมสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย 7.ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาผู้ป่วยเป็นรายกรณีกับภาคีเครือข่าย รวมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย
2.ระยะ ดำเนินการ	1. พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพพ.สท.และภาคีเครือข่าย โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ด้านการพยาบาล เช่น การดูแลแผล การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายอาหารและสายสวนปัสสาวะ การประเมินภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ความรู้ด้านยา ความรู้ด้านการดูแลฟันและช่องปาก และความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การขึ้นทะเบียนคนพิการ ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและความรู้ด้านโภชนาการ 2. จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ความรุนแรงของโรค 3. กำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบแก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์โฮมสุข อสม. โดยมอบหมายผู้ป่วยรายกรณีแก่เจ้าหน้าที่ศูนย์โฮมสุข อสม. ที่ผ่านการอบรม 4.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน 3. ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด พร้อมทั้งติดตามดูแลและประเมินสภาพผู้ป่วย (จำนวนครั้งและความถี่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ปัญหาจิตสังคมและความพร้อมของครอบครัว)
3.ประเมินผล	1. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

1.3 การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ
และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วม
ของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 2 การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
กำหนดกิจกรรม	ทีมสหวิชาชีพ
แลกเปลี่ยนเข้าใจจุดมุ่งหมาย	ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย
กำหนดบทบาท	ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วย, แบบวัดความเข้าใจบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .934

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. กำหนดบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
4. ดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
5. ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ประกอบด้วย 1 F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Dependent t-test ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (ที่มา : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล 2564, คู่มือแนวทางการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน 2563, แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2559)

1.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ประเมินอาการและภาวะ Multiple impairment ร่วมกับทีมตึกผู้ป่วยในหรือชุมชน แจ้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) และบันทึกข้อมูลในระบบ IMC ของ สปสช เป็นบทบาทของ แพทย์พยาบาล IPD และนักกายภาพบำบัด

1.2 การประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ประสานศูนย์เครื่องมือแพทย์ในกรณีผู้ป่วยต้องการ

อุปกรณ์ทางการแพทย์ ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และประสานทีมรพ.สต. และ อสม. และ อปท.ในพื้นที่ เป็นบทบาทของพยาบาล COC

1.3 จัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ จัดเตรียมสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย, จัดเตรียมความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแล, ประสานงานกับ อปท. ในพื้นที่เพื่อดูแลด้าน social care เป็นบทบาทของพยาบาล COC

1.4 วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ประเมินอาการและประเมินสุขภาพจิต (2Q) ก่อนส่งกลับบ้าน และประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ ประกอบด้วย บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมรอบด้าน และโปรแกรมการดูแลที่บ้าน เป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

1.5 ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ประสานภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วย ประเมินอาการผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ BI และประเมินภาวะ Impairment ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

1.6 ติดตาม ประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ติดตามประเมินความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 6 เดือน เปรียบเทียบผลความก้าวหน้าผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และพิจารณาผลการประเมินจำหน่าย และส่งต่อตามระดับผลประเมินอาการ BI เป็นบทบาทของ นักกายภาพบำบัดและพยาบาล COC

2. ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

2.1 ผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเขาวง พบว่า ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมในช่วงปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-ก.ย.65) ได้ทั้งหมด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ย barthel index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วม พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการมีความเข้าใจ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านโดยรวมและรายกิจกรรม ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, การประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, การจัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน มากกว่าก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง

ร้อยละ 71.43 ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพนั้น ผู้ป่วยต้องการให้ทีมสหวิชาชีพสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ คำแนะนำทางการแพทย์ การทำกายภาพบำบัด การดูแลสุขภาพความเป็นอยู่ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ทองเต็มและคณะ (2565)⁶ ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรูปแบบบริการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งกลับบ้าน ร่วมกับการให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และการศึกษาของทีพบว่า ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน จากการศึกษาทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนสามารถออกติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน ได้ทั้งสิ้น 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 (เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 70) ทั้งนี้เนื่องจากทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้มีการศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดกิจกรรมและกำหนดบทบาทเกี่ยวกับกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, การประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, การจัดเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน แล้วดำเนินการตามบทบาทที่กำหนด ติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกันอย่างเต็มที่ เป็นทีมสุขภาพที่เข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม และการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา ภูงาม และชนิษฐา ทาพรมมา (2564)⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาารวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาารวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และพยาบาล ตัวแทนหน่วยบริการเครือข่าย 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมความคิดเห็น ร่วมกันกำหนดแบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางทุกวิชาชีพสามารถลงบันทึกสื่อสารกันในทีมผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นแผนที่มีจำนวนวันนอน 4 วัน ญาติผู้ดูแลหลักมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง 4) การกำหนดแบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่อง และการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิด พรภักตรา แสนเหลา และกมลรัตน์ ทองสว่าง (2564)⁸ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล ทำให้ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในภาพรวมหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การศึกษาของ สุทธิรัตน์ บุขดี (2565)⁴ ยังพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเชื่อมโยงกับเครือข่ายพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พัฒนาการสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง สร้างการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.76 และร้อยละ 86.58 ความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก - มากที่สุดร้อยละ 93.79 และร้อยละ 97.24 การเปรียบเทียบคะแนน barthel

index of ADL ขณะจำหน่ายกับเมื่อครบ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Asymp Sig 0.000)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสามารถมีบทบาทสำคัญในการเป็นจุดเชื่อมต่อดังกล่าว โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดกิจกรรมและกำหนดบทบาทเกี่ยวกับกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, การประสานงาน

ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน, การเตรียมบ้าน ชุมชน และญาติหรือผู้ดูแล, การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่บ้าน และการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ชุมชน และระดับความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, (2565). กรมควบคุมโรค ผนึกกำลังโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน [ออนไลน์]
<https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623> สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565
2. .Kuptniratsaikul V., Kovindha A., Massakulpan P., Permsirivanich W., Kuptniratsaikul P.S.-A.Inpatient rehabilitation services for patients after stroke in Thailand: A multi-centre study. Journal of Rehabilitation Medicine2009.41;(8):684-686
3. Langhammer B, Lindmark B, Stanghelle JK. Stroke patients and long-term training: is it worthwhile? A randomized comparison of two different training strategies after rehabilitation. Clinical Rehabilitation. 2007;21(6):495-510.
4. สุทธิรัตน์ บุษดี. (2565) การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 19(1) 193-206
5. พิศักดิ์ ชินชัย ศิริพันธ์ คงสวัสดิ์ สุรพงศ์ กาบวัง นิรันดร์ จันทร์ชัย (2565). คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 31(2).
6. นันทพร ทองเต็ม, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ศรีธยา โสสิตะมงคล.(2564). ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 40(3) 78 – 96
7. นันทยา ภูงาม และชนิษฐา ทาพรมมา.(2564) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 7(1) 1-14
8. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด พรภักธา แสนเหลา และกมลรัตน์ ทองสว่าง (2564) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลบ้านไผ่ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ วารสารพยาบาล, 70(4), 34-43, 2564

อุบัติเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

Incidence and Factors Affecting Renal Complications Associated with Tenofovir in AIDS Patients Wang Wiset Hospital Wang Wiset District, Trang Province

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

ดารณี มุกดา¹

Daranee Mukda

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ จำนวน 97 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ ร้อยละ 10.31 ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลารักษา ประวัติการมีโรคร่วม ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ต่ำต้น สูตรการให้ยาต้านไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ดังนั้น ควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไต

คำสำคัญ ภาวะแทรกซ้อนทางไต, ยาทีโนโฟเวียร์, โรคเอดส์

Abstracts

This research aimed to study the incidence and factors affecting renal complications from tenofovir. It is a retrospective analytical study. The sample consisted of 97 AIDS patients receiving Tenofovir. Data were collected from AIDS medical records. From January 1, 2019, to December 31, 2021, data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. and inferential statistics using logistic regression statistics.

The results showed that the incidence of kidney complications was 10.31 %. Sex, age, and body mass index were factors for duration of treatment and history of comorbidities Preliminary CD4 white blood cell level There was no effect on tenofovir-induced renal complications in AIDS patients. Wang Wiset Hospital Wang Wiset District, Trang Province. to monitor the occurrence of complications and slow down the deterioration of the kidneys.

Keywords: Kidney Complications, Tenofovir, AIDS

¹ เกสซ์กรชำนาญการ

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่าในปี 2562 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38 ล้าน คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 690,000 คน จากการคาดประมาณปี 2563 พบว่าเมื่อสิ้นปีประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 472,376 คน เอชไอวีรายใหม่ 4,855 ราย/ปี (เฉลี่ย 13 ราย/วัน) และจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,882 ราย/ปี⁵

แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2560 เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ทุกจำนวน CD4 โดยการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในขณะที่มี CD4 > 500 cell/mm³ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการลดโรคที่เป็น serious AIDS-related และ serious non AIDS-related มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอจนจำนวนของ CD4 ลดลง ≤ 350 cell/mm³ โดยเฉพาะการลดลงของการป่วยเป็นวัณโรค Kaposi sarcoma และ malignant lymphoma สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรก คือ TDF/FTC หรือ TDF+3TC ร่วมกับ EFV หรือ RPV⁷ เนื่องจากเป็นยาที่มีโอกาสในการดื้อยาคต่ำ ผลข้างเคียงน้อยและประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาสูง ทำให้มีการใช้ยา TDF อย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตาม การรักษาเอชไอวีผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานต่อเนื่องทุกวัน ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา TDF เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต (Nephrotoxicity) โดยความผิดปกติที่พบ ได้แก่ ระดับ Serum Creatinine สูงขึ้น มีโปรตีนในปัสสาวะ ระดับฟอสเฟตและโปแตสเซียมในเลือดต่ำลง อาจเกิดภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรังได้ โดยพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้ยา Tenofovir disoproxil fumarate จะมีค่า glomerular filtration rate (GFR) ลดลงมากกว่า

ร้อยละ 25 ในเวลา 28 เดือน¹¹ ที่ Incidence rate ของการเกิด Renal insufficiency ประมาณ 1.9 – 2.4 per 100 person year of follow up เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ TDF และพบว่าเริ่มเกิด renal insufficiency เมื่อใช้ยาด้านมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 1.2-1.8 ปี⁸ ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในช่วงระยะเวลา 12 เดือน ของผู้ป่วยได้รับยา TDF มีความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ยา TDF ประมาณ 5 ถึง 7 เท่า³

โรงพยาบาลวชิรพิเศษ แนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์ โดยเริ่มยาสูตรแรกที่มี TDF ในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย และผู้ป่วยบางรายเปลี่ยนยาในกลุ่ม NRTIs เป็น TDF เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีล้มเหลวจากการดื้อยาในกลุ่ม NRTIs โดยผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่เปลี่ยนยาในกลุ่ม NRTIs เป็น TDF พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ 5 ราย เกิดผลข้างเคียงของยา TDF คือ ไตวายเฉียบพลัน 1 ราย และอาการไม่พึงประสงค์เช่น คลื่นไส้อาเจียน 4 ราย ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันหลังจากรับประทานยาเป็นระยะเวลา 3 วัน ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จนกระทั่งอาการของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ต้องใช้ทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงขึ้น จากอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อชะลอความเสี่ยงของไต สุดท้ายผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต อาทิ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดหรือการปลูกถ่ายไต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเอดส์ย้อนหลัง โรงพยาบาลวังวิเศษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังวิเศษ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 144 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังวิเศษ จำนวน 97 คน โดยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อ HIV 2) อายุ 18-65 ปี 3) ได้รับการรักษาด้วยยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยมีค่า Estimated Glomerular Filtration Rate (GFR < 60 ml/min) 2) อายุมากกว่า 65 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยแบบบันทึก 2 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการรักษา ประวัติการมีโรคร่วม
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า CD4 ค่า eGFR

ส่วนที่ 3 สูตรยาต้านที่ใช้ ได้แก่ NVP, EFV, LPV

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการรักษา ประวัติการมีโรคร่วม สูตรยาต้านที่ใช้ ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ตั้งต้น ระยะเวลาการได้รับยา

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) เป็นส่วนผสมในสูตรยาเป็นครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564
2. ใช้แบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล
3. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามที่ออกแบบวิเคราะห์ข้อมูล
4. ตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัย และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ Univariate Analysis ใช้สถิติ logistic regression นำเสนอข้อมูล ด้วย Odds ratio (OR) และ 95 % CI และในกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
วิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2566/106

ผลการวิจัย

1. อุตบัติการณ์การภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยา
ทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวัง
วิเศษ จังหวัดตรัง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษา
ที่โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง
ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564
พบผู้ป่วยเอดส์ 97 คน เป็นเพศชาย 50 คน ร้อยละ
51.55 อายุเฉลี่ย 44.69 ± 10.19 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี
อายุสูงสุด 65 ปี สัดส่วนของกลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปี

ร้อยละ 68.04 (จำนวน 66 คน) ดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำ
กว่า 18.5 Kg/m^2 ร้อยละ 23.71 (23 คน) ค่า eGFR
เริ่มต้นมากกว่า $90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ร้อยละ 87.62
(จำนวน 85 คน) โดยเฉลี่ย 107.39 ± 15.81
 mL/min/1.73 m^2 ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านตัวที่ 2 EFV
ร้อยละ 59.79 (จำนวน 58 คน) มีโรคเรื้อรังร่วม ร้อยละ
28.87 (จำนวน 28 คน โดยเป็นเบาหวาน 7 คน ร้อยละ
7.22 ความดันโลหิตสูง 11 คน ร้อยละ 11.34 และไขมัน
ในเลือดสูง 10 คน ร้อยละ 10.31) ระยะเวลาในการรักษา
โรคเอดส์เฉลี่ย 8.45 ปี ส่วนใหญ่รักษาตั้งแต่ 11 ปี ร้อย
ละ 40.21 (จำนวน 39 คน) ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4
ตั้งต้น น้อยกว่า 200 cell/mm^3 ร้อยละ 44.33 (จำนวน
43 คน) พบอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อย
ละ 10.31 (จำนวน 10 ราย) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังวิเศษ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=97)	ร้อยละ (100)
เพศ		
ชาย	50	51.55
หญิง	47	48.45
อายุ		
< 50 ปี	66	68.04
≥ 50 ปี	31	31.96
$\bar{X}=44.69 \pm 10.19$ ปี, Min=19 ปี, Max=65 ปี		
BMI		
BMI < 18.5 Kg/m^2	23	23.71
BMI $18.5 - 22.99 \text{ Kg/m}^2$	43	44.33
BMI ≥ 23 Kg/m^2	31	31.96
$\bar{X}=21.77 \pm 4.23 \text{ Kg/m}^2$, Min= 14.02 Kg/m^2 , Max= 35.56 Kg/m^2		
eGFR เริ่มต้น		
< $90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$	12	12.37
≥ $90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$	85	87.63
$\bar{X}=107.39 \pm 15.81 \text{ mL/min/1.73 m}^2$, Min= $59.58 \text{ mL/min/1.73 m}^2$, Max= $141.61 \text{ mL/min/1.73 m}^2$		



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังวิเศษ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=97)	ร้อยละ (100)
สูตรยาต้าน		
สูตรที่ 1 NVP	27	27.84
สูตรที่ 2 EFV	58	59.79
สูตรที่ 3 LPV	12	12.37
โรคเรื้อรังร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	69	71.13
โรคเบาหวาน	7	7.22
โรคความดันโลหิตสูง	11	11.34
ไขมันในเลือดสูง	10	10.31
ระยะเวลาในการรักษา		
≤ 5 ปี	27	27.84
6-10 ปี	31	31.96
≥ 11 ปี	39	40.21
ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ตั้งต้น		
< 200 cell/mm ³	43	44.33
200-350 cell/mm ³	18	18.56
≥ 351 cell/mm ³	3	37.11
ภาวะแทรกซ้อนทางไต		
มี	10	10.31
ไม่มี	87	89.69

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยการวิเคราะห์ Univariate Analysis ใช้สถิติ logistic regression

พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการรักษา ประวัติการมีโรคร่วม ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ตั้งต้น สูตรการใช้ยาต้าน ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์

ตัวแปร	การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต				OR	95%CI	P-value
	เกิด (n=10)		ไม่เกิด (n=87)				
	n	%	n	%			
เพศ							
ชาย	6	12.00	44	88.00	0.68	0.18-2.58	0.574
หญิง	4	8.51	43	91.49	1	1	
อายุ							

< 50 ปี	6	9.10	60	90.90	1.48	0.38-5.68	0.567
≥ 50 ปี	4	12.90	27	87.10	1	1	
BMI							
< 18.5 Kg/m ²	2	8.70	21	91.30	1.12	0.17-7.34	0.902
18.5 – 22.99 Kg/m ²	5	11.63	38	88.37	0.81	0.17-3.69	0.790
≥ 23 Kg/m ²	3	9.68	28	90.32	1	1	
eGFR เริ่มต้น							
< 90 ml/min/1.73 m ²	0	0	12	1	0.00	0	0.999
≥ 90 ml/min/1.73 m ²	10	11.76	75	88.24	1	1	
สูตรยาต้าน							
สูตรที่ 1 NVP	1	3.70	26	96.30	5.20	0.42-63.90	0.198
สูตรที่ 2 EFV	7	12.07	51	87.93	1.45	0.26-8.06	0.666
สูตรที่ 3 LPV	2	16.67	10	83.33			
โรคเรื้อรังร่วม							
ไม่มีโรคร่วม	3	10.71	25	89.29			
มีโรคร่วม	7	10.14	62	89.86	1.06	0.25-4.41	0.933
ระยะเวลาในการรักษา							
≤ 5 ปี	4	14.81	23	85.19	1	1	
6-10 ปี	3	9.68	28	90.32	0.47	0.09-2.34	0.363
≥ 11 ปี	3	7.69	36	92.31	0.77	0.14-4.15	0.769
ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ตั้งต้น							
< 200 cell/mm ³	5	11.63	38	88.37	1.28	0.34-4.77	0.704
≥ 200 cell/mm ³	5	9.26	49	90.74			

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากการใช้ยาเทโนโฟเวียร์ของผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 10.31 สอดคล้องกับอัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากการยาเทโนโฟเวียร์ของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศเกาหลีใต้ ร้อยละ 13¹⁵ และอัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ร้อยละ 14.9 Kiertburanakul S., et al., 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงรัตน์ สุวรรณ และอัครวัฒน์ กรจิระเกษมสานต์ (2563)² พบอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 13.98 แตกต่างกับการศึกษาของศิริวิทย์ อัสวัฒนวงศ์ (2561)⁴ ที่ศึกษา ยาเทโนโฟเวียร์และ

ความเสี่ยงต่อการทำงานของไตบกพร่องในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกระบี่ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 5.68 และความเสี่ยงต่อการทำงานของไตบกพร่องในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 6.53¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปอแก้ว เพ็ชรคำ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2559)³ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อการทำงานของไตบกพร่อง ร้อยละ 26.6 เป็นต้น ทั้งนี้ อาจเกิดจากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง การศึกษาเชิงวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังวิเศษ วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยพบว่า จุดอ่อนของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ จำนวน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค่อนข้างน้อย อาจส่งผลต่อปัจจัยด้าน เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการรักษา ประวัติการมีโรคร่วม ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ตั้งต้น สูตรการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ ชยางศุ (2560)⁶ ที่ศึกษาผลของการทำงานของไตในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ โดยการติดตามผู้ป่วย 2 ปี พบว่า ผลต่ออัตราการการทำงานของไตลดลง ร้อยละ 25 โดยปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับ CD4 ยาที่ใช้ร่วม และโรคร่วมไม่มีผลต่ออัตราการการทำงานของไตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ สุวรรณ และ อัครวัฒน์ กรจิระเกษมศานต์ (2563)² ที่ศึกษาอุบัติการณ์ และ ปัจจัย ที่มี ผล ต่อ การ เกิด ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tenofovir ในโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ และการมีโรคร่วม (ความดันโลหิตสูง ตับอักเสบ มะเร็ง) ไม่มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต 5.39 และ 2 เท่า¹⁴ ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสอาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินไปของโรคที่นำมาสู่ความเสี่ยงของไตที่หลากหลาย จึงควรพิจารณาการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งยากกลุ่ม NRTIs ที่ทำให้เกิดภาวะพิษต่อไตบ่อยที่สุด คือ TDF มักเกิดหลัง จากได้รับยานานหลายสัปดาห์ถึงนานหลายเดือน แต่ในบางรายอาจเกิดขึ้นเร็วในเวลา 1-2 สัปดาห์¹² สอดคล้องกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2563¹ ที่แนะนำให้ส่งตรวจระดับ Serum creatinine ทุก 6 เดือนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ โดยอยู่ในดุลยพินิจในการรักษาของทีมสหวิชาชีพและต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย คือ เพศ สูตรยาต้านไวรัสที่เคยใช้ในโรคร่วมของผู้ป่วย และระดับอัตราการกรองไต (eGFR)

ก่อนเริ่มยาทีโนโฟเวียร์ของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย นอกจากนี้ ข้อจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลวังวิเศษพบว่า แพทย์มีการหมุนเวียนบ่อยส่งผลการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีเพียงพยาบาลผู้ดูแลคลินิกยาต้านไวรัสส่งผลการตัดสินใจในการส่งตรวจค่าการทำงานของไต (GFR) ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เปลี่ยนสูตรยาให้ใช้ยาทีโนโฟเวียร์ ดังนั้น ควรต้องมีการวางแผนป้องกันการเสื่อมของไต การตรวจค่าครีเอตินินในเลือดและปัสสาวะทุก 6 เดือน และปรับยาให้เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต และการป้องกันปัจจัยอื่นๆ ในระยะยาว เช่น การใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม เพื่อชะลอไม่ให้เกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาต้านไวรัสร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่มีค่าการทำงานของไตผิดปกติตั้งแต่เริ่มต้นควรมีการปรับสูตร ยาเริ่มต้นให้เป็นสูตรที่มีผลข้างเคียงต่อไตต่ำ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะไตเสื่อมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการศึกษานำไปกำหนดแนวทางการวางแผนติดตามในกลุ่มติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ซึ่งเป็นยาสูตรหลักที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ร่วมกับการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยาทีโนโฟเวียร์และมีแนวทางในการปฏิบัติตัวมากขึ้น ส่งผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยาทีโนโฟเวียร์และรวมถึงการให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 ควรจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล เนื่องจากแนวทางการรักษาปัจจุบันนิยมใช้ยาทีโนโฟเวียร์ใน

การรักษา จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาเริ่มยาในผู้ป่วยรายใหม่หรือใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นแนวทางในการติดตามเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยที่รับประทานยาทีโนโฟเวียร์ในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเป็นแบบ Cohort study หรือ Case control ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ การ

กำหนดค่านิยามที่มีความเจาะจงมากขึ้นก่อนที่จะรวบรวมผู้ป่วยและการตรวจติดตามผลข้างเคียงทางไตจากการใช้ยาอย่างละเอียดและประเมินในทุกส่วนของท่อไตส่วนต้นและท่อไตส่วนปลายซึ่งยา TDF มีผลทั้งหมด

2.2 เนื่องจากกลุ่มที่ศึกษามีน้อยควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.กรมควบคุมโรค. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563/2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์ ; 2563
2. ดวงรัตน์ สุวรรณ และอัครวัฒน์ กรจิระเกษมสานต์. (2563). ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tenofovir ในโรงพยาบาลนครพิงค์.วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 11 (2): 173-185.
3. ปอแก้ว เพ็ชรคำ, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. (2559). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากการได้รับยา Tenofovir ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 25 (1): 90-103.
4. ศิริวิทย์ อัสวดีวงศ์. (2561). ยาเทโนโฟเวียร์และความเสี่ยงต่อการทงานของไตบกพร่องในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกระบี่. <https://thaidj.org/index.php/kmj/article/view/6542>
5. สยามรัฐออนไลน์. (6 พฤศจิกายน 2563). เอดส์ อยู่ร่วมกันได้ ไม่ตีตรา” ภาษาดังงานเทียนส่องใจเนื่องในวันเอดส์โลก ประจำปี 63. <https://siamrath.co.th/n/195213>
6. สุนีย์ ชยางศุ. (2560). ผลของการทำงานของไตในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ ติดตามเป็นเวลาสองปี. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/250480>
7. สุเมธ ธงวรณดี, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560: 74, 344-352
8. อัญชลี อวิหิงสานนท์, ยิงยศ อวิหิงสานนท์, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, Anchalee Avihingsanon, Yingyos 9. Avihingsanon และ Kearkiat Praditpornsilpa (2558). อุบัติการณ์ของการเกิดโรคไตจากยาทีโนโฟเวียร์และการศึกษาทางด้านเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพันธุศาสตร์ของยาทีโนโฟเวียร์ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี: รายงานฉบับสมบูรณ์. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
10. anuma J, Jiamsakul A, Makane A, Avihingsanon A, Ng OT, Kiertiburanakul S, etal. Renal dysfunction during tenofovir use in a regional cohort of HIV-infected individuals in the Asia-Pacific. PLoS One. 2016;11(8):e0161562
11. Chaisiri K, Bowonwatanuwong C, Kasettrat N, Kiertiburanakul S. Incidence and risk factors for tenofovir-associated renal function decline among Thai HIVinfected patients with low-body weight. Curr HIV Res. 2010;8(7):504-9.
12. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010;25(5):1567-75.



13. Kiertiburanakul S, Chaisiri K, Kasettratat N, Visuttimak P, Bowonwatanuwong C. Monitoring of Renal Function among HIV-infected Patients Receiving Tenofovir in a Resource-Limited Settings. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 2011;10(5):297-302
14. Koh HM, Kumar S. Tenofovir-induced nephrotoxicity: A retrospective cohort study. *Med J Malaysia*. 2016;71(6):308-12.
15. Lee JE, Lee S, Song SH, Kwak IS, Lee SH. Incidence and risk factors for tenofovir-associated nephrotoxicity among human immunodeficiency virus infected patients in Korea. *Korean J Intern Med*. 2019;34(2):409-17.
16. Patel KK, Patel AK, Ranjan RR, Patel AR, Patel JK. Tenofovir - associated renal dysfunction in clinical practice: An observational cohort from western India. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2010;31(1):30-4

การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Infectious waste management In the situation of the outbreak of COVID-19, Field Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: June 28,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

เนรมิต ทิพย์สมบัติ¹

Neramit Thipsombat

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มิถุนายน - กันยายน 2564 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนาม จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 37 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t – test และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 และโรงพยาบาลสนามรวม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลสนาม โคโรนา 2019

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the readiness of infectious waste management. In the situation of the outbreak of the COVID-19 virus and the management of infectious waste In the situation of the outbreak of COVID-19, Field Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province There is a study period between June - September 2021, totaling 4 months. Sample size were 37 Personnel involved in the management of infectious waste In the situation of the outbreak of COVID-19, field hospitals Kalasin Province. Collect data from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent t – test and Dependent t – test.

The results of the study revealed that the readiness to manage infectious waste In the situation of the outbreak of COVID-19, Field Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province before and after operation Field Hospital No. 7, Field Hospital No. 22 and Field Hospital Ruam, Yang Talat District, Kalasin Province Before and after the operation, it was found that there was a statistically significant difference at the level of .05 ($p < .05$), where the mean score after the operation was higher than before.

Keywords: infectious waste management Field Hospital COVID-19

บทนำ

มูลฝอยติดเชื้อเป็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญปัญหาหนึ่งในปัจจุบัน ทั้งในระดับภูมิภาคและ

ระดับโลก จากสถานการณ์ปัจจุบัน มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ยังคงน่าเป็นห่วง ทั้งในด้านของการเพิ่มปริมาณขึ้นอย่าง

¹ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์



รวดเร็ว และประชาชนยังขาดความเข้าใจในการกำจัด หรือแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดในชุมชนบ้านเรือน ในหลายประเทศมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนที่เป็นอุปกรณ์ป้องกันจากคนทั่วไปและการรักษาจากทีมงานแพทย์ เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือยางแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง ชุดป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment; PPE) หลอดยา เข็มฉีดยา และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รักษาผู้ป่วยติดเชื้ออื่น ๆ มูลฝอยติดเชื้อเป็นขยะที่อันตรายในแง่ของการส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่อาจไปสัมผัส การเป็นพาหนะในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปตามแหล่งชุมชน จึงจำเป็นต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกวิธี มูลฝอยติดเชื้อเป็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญปัญหาหนึ่งในปัจจุบัน ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับพื้นที่^{1,2,3}

ภาพรวมสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทยในปี 2565 พบ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสะสม ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสะสมที่เกิดขึ้น 50,007.45 ตัน ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสะสมที่ได้รับการเก็บขนและกำจัด 46,137.77 ตัน สถานการณ์ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น 24,843.60 ตัน แหล่งกำเนิดที่สำคัญ ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 77.65% โรงพยาบาลเอกชน 14.04% โรงพยาบาลสังกัด/กระทรวงอื่นๆ 7.49% โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 0.34% คลินิก 0.18% แหล่งกำเนิดอื่นๆ 0.15% สถานพยาบาลสัตว์ 0.07% ศูนย์บริการสาธารณสุข 0.04% และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย 0.03% สถานการณ์ขยะติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เฉพาะช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 พบปริมาณขยะติดเชื้อเกิดขึ้นมากกว่า 294 ตันต่อวัน ซึ่งมีปริมาณเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94 ส่วนใหญ่เป็นขยะประเภทภาชนะบรรจุอาหาร เศษอาหาร ชุด PPE อุปกรณ์ฉีดยาเข็ม และชุดตรวจ Antigen Test Kit ส่งผลทำให้เกิดปัญหาในการเก็บขนขยะติดเชื้อ เนื่องจากหน่วยงานบริการผู้ปฏิบัติงานและยานพาหนะที่ใช้สำหรับการ เก็บขนขยะติดเชื้อมีไม่เพียงพอ ทำให้หลายจังหวัดมีปริมาณขยะติดเชื้อตกค้าง ณ แหล่งกำเนิดและสถานที่รับ

กำจัด จำนวนมาก เช่น พื้นที่ถนนทุริ ระยอง เป็นต้น กรมอนามัยจึงได้จัดทำแนวทางการลดขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลสนาม สถานที่แยกกัก ซึ่งทางราชการกำหนด และศูนย์พักคอยผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการที่สามารถลดการเกิดขยะติดเชื้อ เช่น ไม่แจกกล่องโฟมใส่อาหาร หรือไม่แจกขวดน้ำบรรจุขวด แต่ติดตั้งจุดให้บริการน้ำดื่มแบบกด โดยให้ผู้ป่วยมีแก้วน้ำส่วนตัวมารับน้ำดื่มที่จุดบริการ และควรแยกขยะประเภทบรรจุภัณฑ์ ออกก่อนนำเข้าไปในอาคารผู้ป่วย เป็นต้น^{4,5}

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโควิด รวมถึงมูลฝอยติดเชื้อทางการแพทย์อื่น ๆ นั้นต้องเผากำจัดในเตาเผาเพราะว่าเป็นวิธีทำลายเชื้อโรคที่ดีที่สุด โดยผ่านเตาเผา 2 ห้อง ได้แก่ ห้องเผามูลฝอยติดเชื้อ (อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 760 องศาเซลเซียส) และห้องเผาควัน (อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 1,000 องศาเซลเซียส) หลังจากเผาเสร็จจะได้ขี้เถ้าที่ไร้เชื้อโรคแล้ว สามารถนำไปฝังกลบเหมือนกับขยะทั่วไป โดยโรงเผาที่มีใบอนุญาตให้เผามูลฝอยติดเชื้อในไทยได้นั้นมีอยู่จำกัด มูลฝอยติดเชื้อเลยต้องเดินทางไกล ก่อนหน้านี้หลายพื้นที่มีเตาเผาของตนเอง ทว่าเมื่อพิจารณาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมต่อชุมชนรอบข้างและต้นทุนการดำเนินการที่สูง ทำให้หลายพื้นที่ตัดสินใจปิดประตูลงกลอนเตาเผา ทั้งหน่วยงานท้องถิ่นและโรงพยาบาล^{6,7}

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด – 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลสนามที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด – 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา -
19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของการบริหารจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา -
19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research) กาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา
ระหว่าง เดือน มิถุนายน - กันยายน 2564 รวม 4
เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการ
บริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การ
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาล
สนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องใน
การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การ
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาล
สนาม จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยโรงพยาบาล
สนาม แห่งที่ 7 จำนวน 22 คน และ โรงพยาบาลสนาม
แห่งที่ 22 จำนวน 15 คน รวม 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การ
บริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การ
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาล
สนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายใต้แนวคิด New Normal
โดยการเว้นระยะห่าง และสื่อสาร Online ระหว่าง

ผู้วิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสนาม
ทั้ง 2 แห่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบประเมินความคิดเห็นต่อความพร้อมการ
บริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การ
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ของบุคลากรใน
โรงพยาบาลสนาม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

4.21 – 5.00	มีความคิดเห็นต่อความ พร้อมมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความคิดเห็นต่อความ พร้อมมาก
2.61 – 3.40	มีความคิดเห็นต่อความ พร้อมปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความคิดเห็นต่อความ พร้อมน้อย
1.00 – 1.80	มีความคิดเห็นต่อความ พร้อมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity
) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC)
แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งใน
ด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มี
เนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้าง
เสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไป
ทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไป
ทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน
30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม
จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอ
นบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ
.927

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาและวิเคราะห์ความพร้อมในการ
บริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การ

ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาล
สนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กำหนดแนวทางในการบริหารจัดการมูล
ฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ดำเนินการตามแนวทางในการบริหาร
จัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยาง
ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ติดตามประเมินผลของการบริหารจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยาง
ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

5. สรุปถอดบทเรียนผลของการบริหารจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยาง
ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานใน
การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test และ
Independent t - test

ผลการศึกษา

1. ความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติด
เชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโค
โรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โรงพยาบาลสนามแห่ง
ที่ 7 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง
โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 โดยรวมและรายด้านอยู่
ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์
อยู่ในระดับมาก และโรงพยาบาลสนามรวม โดยรวม

และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อ
เปรียบเทียบความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน ระหว่าง
โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 กับ โรงพยาบาลสนามแห่ง
ที่ 22 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ใน
สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19
โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ได้แก่ การเตรียมการ วางแผน ประสานงาน
ดำเนินการและสรุปถอดบทเรียน

3. ผลของการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ใน
สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19
โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
หลังการดำเนินงาน โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7
โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 โดยรวมและรายด้านอยู่ใน
ระดับมากที่สุด โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 โดยรวม
และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และโรงพยาบาล
สนามรวม โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด
และเมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการบริหารจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยาง
ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน ระหว่าง
โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 กับ โรงพยาบาลสนามแห่ง
ที่ 22 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

4. การเปรียบเทียบความพร้อมในการบริหาร
จัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยาง
ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการ
ดำเนินงาน โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 โรงพยาบาล
สนามแห่งที่ 22 และโรงพยาบาลสนามรวม อำเภอยาง
ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน
พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่า
คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัสโควิด – 19 โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง
การดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ก1	3.45	0.86	4.64	0.35	21	-4.909	.000	-1.68244	-.68120
ก2	3.11	0.49	4.71	0.33	21	-10.610	.000	-1.92085	-1.29127
ก3	3.36	0.30	4.60	0.23	21	-12.043	.000	-1.44512	-1.01953
ก4	3.10	0.54	4.72	0.30	21	-10.299	.000	-1.93946	-1.28781
ก5	3.36	0.73	4.50	0.51	21	-4.416	.000	-1.67149	-.60124
รวม	3.28	0.44	4.63	0.27	21	-9.435	.000	-1.65249	-1.05559

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัสโควิด – 19 โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและ
หลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ก1	3.77	0.78	4.47	0.30	14	-4.010	.001	-1.07442	-.32558
ก2	3.27	0.44	4.64	0.34	14	-7.883	.000	-1.75264	-1.00292
ก3	3.44	0.30	4.60	0.27	14	-8.790	.000	-1.44672	-.87921
ก4	3.23	0.50	4.67	0.31	14	-7.960	.000	-1.81952	-1.04715
ก5	3.47	0.64	4.47	0.52	14	-3.416	.004	-1.62793	-.37207
รวม	3.43	0.29	4.57	0.24	14	-9.770	.000	-1.38395	-.88568

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัสโควิด – 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการ
ดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ก1	3.58	0.83	4.57	0.34	36	-6.065	.000	-1.31638	-.65659
ก2	3.17	0.47	4.68	0.33	36	-13.217	.000	-1.74575	-1.28128
ก3	3.39	0.30	4.60	0.24	36	-15.025	.000	-1.36675	-1.04166
ก4	3.16	0.52	4.70	0.30	36	-13.093	.000	-1.77916	-1.30192
ก5	3.41	0.69	4.49	0.51	36	-5.651	.000	-1.46910	-.69306
รวม	3.34	0.39	4.61	0.26	36	-12.918	.000	-1.46380	-1.06653

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความพร้อมในการ
บริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การ

ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด – 19 โรงพยาบาล
สนาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการ
ดำเนินงาน โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 โดยรวมและ

รายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก และโรงพยาบาลสนามรวม โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ก่อนการดำเนินงาน ระหว่างโรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 กับ โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น จึงได้จัดทำ การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ การเตรียมการ วางแผน ประสานงาน ดำเนินการและสรุปถอดบทเรียน ตามแนวทางการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ³⁻⁶ ส่งผลให้ ผลของการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร หลังการดำเนินงาน โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และโรงพยาบาลสนามรวม โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร หลังการดำเนินงาน ระหว่างโรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 กับ โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันและความพร้อมในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 โรงพยาบาลสนาม อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ก่อนและหลังการดำเนินงาน โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 7 โรงพยาบาลสนามแห่งที่ 22 และโรงพยาบาลสนามรวม อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลัง

การดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อน ดำเนินการสอดคล้องกันกับการศึกษาของ คมสันต์ แรงจวบ.(2565) ได้ศึกษาการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) โรงพยาบาลสุรินทร์ ธานีศึกษา โรงพยาบาลสนาม ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลสนาม มีปริมาณเฉลี่ยลดลง จากเดิมมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย เท่ากับ 1.62 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน เมื่อดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว มีปริมาณมูลฝอยเฉลี่ย เท่ากับ 0.88 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ปริมาณมูลฝอยที่ลดลงเฉลี่ย เท่ากับ 0.74 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 45.67 นอกจากนี้ยังสามารถคัดแยกมูลฝอยรีไซเคิลได้ เท่ากับ 3,545.4 กิโลกรัม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกระดาษลัง 3,097.8 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 85.44 รองลงมาเป็นขวดพลาสติกใส 428.50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 11.81 และขวดแก้ว 61.60 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 1.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ที่เป็นกระดาษลัง ที่มาจากเตียงกระดาษรีไซเคิล ซึ่งเป็นการส่งเสริมความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม เมื่อพิจารณาแหล่งที่มาของการคัดแยกรีไซเคิล พบว่า การคัดแยกโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นขวดพลาสติกใส 306.50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 84.23 รองลงมาเป็นขวดแก้ว 40.60 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 11.16 และกระดาษลัง 36.00 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 9.89 ตามลำดับ รีไซเคิลที่มีการคัดแยกโดยเจ้าหน้าที่ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกระดาษลัง 3,062.60 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 95.67 รองลงมาเป็น ขวดพลาสติกใส 122.00 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 3.81 และขวดแก้ว 21.00 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 0.66 ตามลำดับ มูลฝอยรีไซเคิลส่วนใหญ่ที่เป็นขวดพลาสติกใส เนื่องจากรูปแบบการให้บริการน้ำดื่มของโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้จัดให้มีน้ำดื่มแบบบรรจุขวดไว้สำหรับผู้ป่วย เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในช่วงโควิด-19

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ใน
สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19

โรงพยาบาลสนาม ควรจัดให้มีการกำหนดกิจกรรม ดังนี้
การเตรียมการ วางแผน ประสานงาน ดำเนินการและ
สรุปถอดบทเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 119 ตอนที่ 86 ก. (ลงวันที่ 5 กันยายน 2545).
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.kkpho.go.th/i2021/index.php/component/attachments/download/10115>
3. กรมอนามัย. กรมอนามัย ยกความเข้ม 3 ระดับ จัดการมูลฝอยติดเชื้อช่วงระบาดโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/0305634/>
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับผู้รับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/2xdccaaaf3d7f6ae30ba6ae1459eaf3dd66/m_document/6730/34096/file_download/9e9d2e4d36d0b8d87ac6de28454a43d7.pdf
5. กรมอนามัย. เอกสารวิชาการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2565]. จาก https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/env/n1028_09ada3a80550416bc14bafc323f34670_f014.pdf
6. Haque S, Uddin S, Sayem S, Mohib KM. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) induced waste scenario: A short overview. Journal of Environmental Chemical Engineering 2020; 9(104660): 1-14.
7. คมสันต์ แรงจบ.(2565) การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) โรงพยาบาลสุรินทร์ วิทยาลัยการพยาบาลสนาม วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 1(1). 56-66

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ Development of outpatient medication error monitoring system Huai Mek Hospital Kalasin province.

(Received: June 28,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

วิชัย อ่อนสะอาด¹

Wichai Onsaad

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566 รวม 12 เดือน โดยแบ่งเป็น ก่อนดำเนินการระหว่าง เดือน เมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565 หลังดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยาตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยที่ก่อนดำเนินการระหว่าง เดือน เมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565 หลังดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566 เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยา กระบวนการก่อนจ่ายยา รายการยาผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) การจ่ายยา(dispensing error) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา(Administration error) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังดำเนินงานความคลาดเคลื่อนลดลง

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา ตึกผู้ป่วยนอก

ABSTRACT

This research was research and development aimed to study outpatient drug tolerance Huai Mek Hospital Kalasin Province and to study the development of a drug error surveillance system in the outpatient building Huai Mek Hospital Kalasin Province. Study period between April 2022 and March 2023, totaling 12 months, divided into before operation between April 2022 to September 2022 after operation between October 2022 to March 2023. Sample size were Drug Errors, Outpatient Building Huai Mek Hospital Kalasin Province Before the operation during April 2022 to September 2022, after the operation during October 2022 to March 2023, data were collected from the database and analyzed by Content Analysis: Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation and Dependent t – test.

The results of the study revealed that the discrepancy in the drug prescribing process pre-dispensing process Drug combinations with similar characteristics and similar sounds (LASA), dispensing error, and administration error were found to be significantly different at the statistical level. 05 ($p < .05$), whereby the discrepancy decreases after operation.

Keywords: medication error outpatient building

¹ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นหัวใจสำคัญต่องานบริการของโรงพยาบาล และในส่วนของกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และประหยัด ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) จัดเป็นหนึ่งในความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยานำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หรือเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยโดยตรง ทั้งที่สามารถป้องกันได้¹

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งตามขั้นตอน ได้แก่ 1) ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (prescribing error) 2) ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (order processing error) 3) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) และ 4) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error) สำหรับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในประเทศไทย พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่หนาแน่นร้อยละ 1.97 ของการรายงานทั้งหมด เป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถแก้ไขได้ร้อยละ 95.6 และป้องกันได้ร้อยละ 4.4²

ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหาร องค์กร การช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา การนำข้อมูลของความคลาดเคลื่อนทางยามาวิเคราะห์ในลักษณะแบบตั้งรับและเชิงรุกโดยให้ความสำคัญกับประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยา ในเหตุการณ์เกือบพลาดจะเป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและลดผลกระทบต่างๆ ที่ตามมาความคลาดเคลื่อนทางยาการจัดการระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาจึงมีความสำคัญในทุกกระบวนการของการจัดการยา กระบวนการสั่งใช้ยาการเตรียมยา การจ่ายยา การให้ยา และการติดตามการใช้ยา³

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบกลุ่มงานเภสัชกรรม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน 2565 ถึง เดือน มีนาคม 2566 รวม 12 เดือน โดยแบ่งเป็น ก่อนดำเนินการระหว่าง เดือน เมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565 หลังดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ จำนวนการจ่ายยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยที่ก่อนดำเนินการระหว่าง เดือน เมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565 หลังดำเนินการ

ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การสั่งจ่าย การจัดยา การจ่ายยา และการบริหารยา โดยมี ขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ และการกำกับดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ ฐานข้อมูลยาตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตักผู้ป่วยนอก โดยมี ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. เก็บข้อมูล ก่อนดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565
2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตักผู้ป่วยนอก
 - ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน
 - ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ
 - ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ
 - ขั้นตอนที่ 4 การกำกับดูแล
3. เก็บข้อมูล หลังดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ และการกำกับดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการศึกษา

1. ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน

1.1 ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งจ่าย ก่อนการพัฒนาระบบ Prescribing error พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน มีการสั่งยาผิดชนิด เฉลี่ย 18.83 ครั้ง สั่งยาผิดขนาด เฉลี่ย 20.33 ครั้ง ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เฉลี่ย 16 ครั้ง สั่งยาไม่ครบจำนวน เฉลี่ย 52 ครั้ง สั่งยาผิดวิธีใช้ เฉลี่ย 28.5 ครั้ง สั่งยาที่หยุดใช้แล้ว เฉลี่ย 6.66 ครั้ง สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ เฉลี่ย 11.66 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน เฉลี่ย 14.25 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7,077.66 ใบ

1.2 ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา ก่อนการพัฒนาระบบ (Pre-dispensing error) พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จัดยาผิดชนิด เฉลี่ย 21.83 ครั้ง จัดยาผิดขนาด เฉลี่ย 14.00 ครั้ง จัดยาผิดจำนวน เฉลี่ย 20.50 ครั้ง ไม่ได้จัดยา เฉลี่ย 6.17 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 61.83 ครั้ง และจำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7,077.67 ครั้ง

1.3 รายการยาคู่ยาที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) พบว่า มีความคลาดเคลื่อนอยู่ระหว่าง 5.33 ถึง 14.83 ครั้ง

1.4 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จ่ายยาผิดชนิด เฉลี่ย 10.83 ครั้ง จ่ายยาผิดขนาด เฉลี่ย 9.67 ครั้ง จ่ายยาผิดคน เฉลี่ย 2.83 ครั้ง ไม่ได้จ่ายยาที่ควรได้รับ เฉลี่ย 5.67 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 26.67 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7077.67 ใบ และไม่พบ จ่ายยาที่แพทย์หยุดใช้ และจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้

1.5 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) ก่อนการพัฒนาระบบ

พบว่า บริหารยาผิดชนิด เฉลี่ย 3.17 ครั้ง บริหารยาผิดขนาด เฉลี่ย 4.67 ครั้ง บริหารยาผิดวิธีการให้ยา เฉลี่ย 4.00 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7,077.67 ใบ และไม่พบความคลาดเคลื่อนบริหารยาผิดคน บริหารยาผิดเทคนิค บริหารยาผิดเวลา และจำนวนคลาดเคลื่อน

2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สาเหตุสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยา การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการกำกับดูแล

3. ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน

3.1.1 ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยาก่อนการพัฒนาระบบ Prescribing error พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน มีการสั่งยาผิดชนิด เฉลี่ย 2.33 ครั้ง สั่งยาผิดขนาด เฉลี่ย 7.17 ครั้ง ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เฉลี่ย 4.83 ครั้ง สั่งยาไม่ครบจำนวน เฉลี่ย 29 ครั้ง สั่งยาผิดวิธีใช้ เฉลี่ย 5.83 ครั้ง สั่งยาที่หยุดใช้แล้ว เฉลี่ย 1.50 ครั้ง สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ เฉลี่ย 2.00 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน เฉลี่ย 53.00 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695 ใบ

3.1.2 ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา ก่อนการพัฒนาระบบ (Pre-dispensing error) พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จัดยาผิดชนิด เฉลี่ย 9.67 ครั้ง จัดยาผิดขนาด เฉลี่ย 3.83 ครั้ง จัดยาผิดจำนวน เฉลี่ย 10.33 ครั้ง ไม่ได้จัดยา

เฉลี่ย 0.83 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 24.17 ครั้ง และจำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695.17 ครั้ง

3.1.3 รายการยาผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน และเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) พบว่า มีความคลาดเคลื่อนอยู่ระหว่าง 0.33 ถึง 4.50 ครั้ง

3.1.4 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จ่ายยาผิดชนิด เฉลี่ย 4.67 ครั้ง จ่ายยาผิดขนาด เฉลี่ย 3.33 ครั้ง จ่ายยาผิดคน เฉลี่ย 0.67 ครั้ง ไม่ได้จ่ายยาที่ควรได้รับ เฉลี่ย 1.83 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 9.17 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695.17 ใบ และไม่พบ จ่ายยาที่แพทย์หยุดใช้ และจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้

3.1.5 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) พบว่า บริหารยาผิดชนิด เฉลี่ย 1.00 ครั้ง บริหารยาผิดขนาด เฉลี่ย 1.17 ครั้ง บริหารยาผิดวิธีการให้ยา เฉลี่ย 0.67 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 2.83 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695.17 ใบ และไม่พบความคลาดเคลื่อนบริหารยาผิดคน บริหารยาผิดเทคนิค และบริหารยาผิดเวลา

3.2 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

3.2.1 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยา ก่อนและหลังการดำเนินงาน การพัฒนาระบบ Prescribing error โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังดำเนินงานความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยาลดลง



ตาราง 1 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยาก่อนและหลังการดำเนินงานการพัฒนาระบบ Prescribing error (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
สั่งยาผิดชนิด	18.83	4.62	2.33	1.50	5	9.346	.000	11.96187	21.03813
สั่งยาผิดขนาด	20.33	4.45	7.16	3.48	5	5.305	.003	6.78607	19.54726
ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ	16.00	2.28	4.83	2.13	5	7.481	.001	7.32988	15.00345
สั่งยาไม่ครบจำนวน	52.00	7.23	29.00	7.15	5	5.656	.002	12.54771	33.45229
สั่งยาผิดวิธีใช้	28.50	5.00	5.83	2.13	5	11.983	.000	17.80441	27.52893
สั่งยาที่หยุดใช้แล้ว	6.66	4.08	1.50	1.37	5	2.688	.043	.22577	10.10757
สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้	11.66	3.01	2.00	1.26	5	10.127	.000	7.21299	12.12034
จำนวนคลาดเคลื่อน (ครั้ง)	142.50	53.00	53.00	12.31	5	6.654	.001	54.92432	124.07568
รวมทั้งหมด	296.50	56.91	105.66	24.21	5	11.582	.000	148.47763	233.18904

3.2.2 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยา ก่อนและหลังการดำเนินงานการพัฒนาระบบ Prescribing error โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังดำเนินงานความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยาลดลง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing error) ก่อนและหลังก่อนและหลังการดำเนินงานการพัฒนาระบบ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
จัดยาผิดชนิด	21.83	3.81	9.66	3.72	5	4.547	.006	5.28772	19.04561
จัดยาผิดขนาด	14.00	3.52	3.83	1.72	5	5.601	.003	5.50091	14.83243
จัดยาผิดจำนวน	20.50	3.39	10.33	3.98	5	4.796	.005	4.71701	15.61633
ไม่ได้จัดยา	6.16	2.31	0.83	0.58	5	6.644	.001	3.26974	7.39693
จำนวนคลาดเคลื่อน (ครั้ง)	61.83	10.34	24.16	4.75	5	11.730	.000	29.41229	45.92104
รวมทั้งหมด	24.86	3.81	9.76	1.90	5	13.133	.000	12.14439	18.05561

3.2.3 การเปรียบเทียบรายการยาคู่ยาที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) ก่อนและหลังการดำเนินงานการพัฒนาระบบ โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังดำเนินงานความคลาดเคลื่อนในรายการยาคู่ยาที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) ลดลง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบรายการยาผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) ก่อน
และหลังการดำเนินการพัฒนาระบบ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Amoxycillin - Ampicillin	10.50	2.07	2.16	0.75	5	8.427	.000	5.79147	10.87519
Bisacodyl – Bisoprolol	6.33	1.63	1.00	0.89	5	10.787	.000	4.06240	6.60426
Aspirin - Amlodipine	14.66	3.50	3.83	1.60	5	6.093	.002	6.26296	15.40370
Cefazolin – Cephalexin	9.83	3.06	1.83	0.75	5	6.325	.001	4.74844	11.25156
Ceftriaxone – Ceftazidime	14.83	2.85	4.50	1.04	5	7.227	.001	6.65781	14.00886
Chlorpromazine– Chloroquine	6.66	1.21	0.33	0.11	5	19.000	.000	5.47647	7.19019
Cotrimazole– Cotrimoxazole	8.00	1.89	0.50	0.33	5	11.180	.000	5.77560	9.22440
Diclofenac – Dicloxacillin	13.16	1.72	1.66	1.33	5	11.597	.000	8.95093	14.04907
Flunarizine – Fluoxetine	7.00	1.41	1.16	0.75	5	8.296	.000	4.02578	7.64088
Hydroxyzine – Hydralazine	16.00	3.03	1.00	0.89	5	11.859	.000	11.74844	18.25156
Bisacodyl– Dextromethophan	6.00	1.26	0.83	0.75	5	7.348	.001	3.35912	6.97422
.Adenosine inj- Adrenaline inj	5.33	1.21	0.33	0.21	5	11.180	.000	3.85040	6.14960
Fluphenazine 25 mg mg inj. Haloperidol 50 mg inj.	6.33	1.96	0.33	0.21	5	9.487	.000	4.37422	7.62578
Hyoscine – Hydroxyzine	9.83	1.47	0.33	0.21	5	22.187	.000	8.39934	10.60066
Loratadine – Lorazepam	12.00	2.44	0.83	0.75	5	12.273	.000	8.82789	13.50544
Paracetamol – Prednisolone	6.66	1.36	0.66	0.31	5	11.619	.000	4.67256	7.32744
TA 0.1%cream – TA oral paste	9.16	1.72	1.00	0.89	5	11.614	.000	6.35912	9.97422
Paracetamol syrup – GG syrup	14.33	2.25	1.16	1.06	5	12.219	.000	10.39674	15.93659
Paracetamol syrup – ยา น้ำมะขามป้อม	9.00	1.41	1.00	0.89	5	15.492	.000	6.67256	9.32744
รวม	9.77	1.03	1.28	0.23	5	23.369	.000	7.54941	9.41550

3.2.4 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา(dispensing error) ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบ โดยรวมและรายด้านพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังดำเนินการความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา(dispensing error) ลดลง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา(dispensing error) ก่อนและหลังก่อน
และหลังการดำเนินงานการพัฒนาระบบ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
จ่ายยาผิดชนิด	10.83	1.47	4.66	1.21	5	6.083	.002	3.56063	8.77271
จ่ายยาผิดขนาด	9.66	2.33	3.33	0.81	5	6.197	.002	3.70625	8.96042
จ่ายยาผิดคน	2.83	0.75	0.66	0.21	5	3.993	.010	.77180	3.56153
ไม่ได้จ่ายยาที่ควรได้รับ	5.66	1.75	1.83	0.75	5	6.379	.001	2.28861	5.37806
จำนวนคลาดเคลื่อน (ครั้ง)	26.66	5.71	9.16	1.60	5	7.277	.001	11.31812	23.68188
รวมทั้งหมด	11.13	1.81	3.93	0.54	5	9.934	.000	5.33685	9.06315

3.2.5 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา(Administration error) ก่อนและหลังการดำเนินงานการพัฒนาระบบ โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังดำเนินงานความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) ลดลง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา(Administration error) ก่อนและ
หลังก่อนและหลังการดำเนินงานการพัฒนาระบบ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
บริหารยาผิดชนิด	3.16	1.16	1.00	0.63	5	7.050	.001	1.37668	2.95665
บริหารยาผิดขนาด	4.66	1.21	1.16	0.75	5	7.000	.001	2.21471	4.78529
บริหารยาผิดวิธีการให้ยา	4.00	0.89	0.66	0.21	5	5.976	.002	1.89953	4.76714
จำนวนคลาดเคลื่อน (ครั้ง)	11.50	2.25	2.83	1.72	5	9.431	.000	6.30446	11.02887
รวมทั้งหมด	5.83	1.03	1.41	0.86	5	10.125	.000	3.29536	5.53798

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งจ่ายยา ก่อนการพัฒนาระบบ Prescribing error พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน มีการสั่งยาผิดชนิด เฉลี่ย 18.83 ครั้ง สั่งยาผิดขนาด เฉลี่ย 20.33 ครั้ง ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เฉลี่ย 16 ครั้ง สั่งยาไม่ครบจำนวน เฉลี่ย 52 ครั้ง สั่งยาผิดวิธีใช้ เฉลี่ย 28.5 ครั้ง สั่งยาที่หยุดใช้แล้ว เฉลี่ย 6.66 ครั้ง สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ เฉลี่ย 11.66 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน เฉลี่ย 14.25 ครั้ง จำนวน

ใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7,077.66 ใบ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา ก่อนการพัฒนาระบบ (Pre-dispensing error) พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จัดยาผิดชนิด เฉลี่ย 21.83 ครั้ง จัดยาผิดขนาด เฉลี่ย 14.00 ครั้ง จัดยาผิดจำนวน เฉลี่ย 20.50 ครั้ง ไม่ได้จัดยา เฉลี่ย 6.17 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 61.83 ครั้ง และจำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7,077.67 ครั้ง รายการยาคู่ยาที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) พบว่า มีความคลาดเคลื่อนอยู่ระหว่าง

5.33 ถึง 14.83 ครั้ง ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา(dispensing error) พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จ่ายยาผิดชนิด เฉลี่ย 10.83 ครั้ง จ่ายยาผิดขนาด เฉลี่ย 9.67 ครั้ง จ่ายยาผิดคน เฉลี่ย 2.83 ครั้ง ไม่ได้จ่ายยาที่ควรได้รับ เฉลี่ย 5.67 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 2.6.67 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7077.67 ใบ และไม่พบ จ่ายยาที่แพทย์หยุดใช้ และจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา(Administration error) ก่อนการพัฒนาระบบ พบว่า บริหารยาผิดชนิด เฉลี่ย 3.17 ครั้ง บริหารยาผิดขนาด เฉลี่ย 4.67 ครั้ง บริหารยาผิดวิธีการให้ยา เฉลี่ย 4.00 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 7,077.67 ใบ และไม่พบความคลาดเคลื่อน บริหารยาผิดคน บริหารยาผิดเทคนิค บริหารยาผิดเวลา และจำนวนคลาดเคลื่อน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ เกษศรีรินทร์ ขุนทอง และอัลจนา เฟื่องจันทร์ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการด้านยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หอผู้ป่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตรศรีอยุธยา. และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ธิดา เพียรธรรม. (2564)การลดความคลาดเคลื่อนกระบวนการก่อนการจ่ายยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโอโธ อำเภอกุฉิเยศว จังหวัดชัยภูมิ ดังนั้น จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สาเหตุสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยา การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการกำกับดูแล ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานพบว่า ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งจ่ายยา ก่อนการพัฒนาระบบ Prescribing error พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน มีการสั่งยาผิดชนิด เฉลี่ย 2.33 ครั้ง

สั่งยาผิดขนาด เฉลี่ย 7.17 ครั้ง ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เฉลี่ย 4.83 ครั้ง สั่งยาไม่ครบจำนวน เฉลี่ย 29 ครั้ง สั่งยาผิดวิธีใช้ เฉลี่ย 5.83 ครั้ง สั่งยาที่หยุดใช้แล้ว เฉลี่ย 1.50 ครั้ง สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ เฉลี่ย 2.00 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน เฉลี่ย 53.00 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695 ใบ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยา ก่อนการพัฒนาระบบ (Pre-dispensing error)พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จัดยาผิดชนิด เฉลี่ย 9.67 ครั้ง จัดยาผิดขนาด เฉลี่ย 3.83 ครั้ง จัดยาผิดจำนวน เฉลี่ย 10.33 ครั้ง ไม่ได้จัดยา เฉลี่ย 0.83 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 24.17 ครั้ง และจำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695.17 ครั้ง รายการยาผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) พบว่า มีความคลาดเคลื่อนอยู่ระหว่าง 0.33 ถึง 4.50 ครั้ง ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา(dispensing error) พบว่า เฉลี่ย 6 เดือน จ่ายยาผิดชนิด เฉลี่ย 4.67 ครั้ง จ่ายยาผิดขนาด เฉลี่ย 3.33 ครั้ง จ่ายยาผิดคน เฉลี่ย 0.67 ครั้ง ไม่ได้จ่ายยาที่ควรได้รับ เฉลี่ย 1.83 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 9.17 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695.17 ใบ และไม่พบ จ่ายยาที่แพทย์หยุดใช้ และจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา(Administration error) พบว่า บริหารยาผิดชนิด เฉลี่ย 1.00 ครั้ง บริหารยาผิดขนาด เฉลี่ย 1.17 ครั้ง บริหารยาผิดวิธีการให้ยา เฉลี่ย 0.67 ครั้ง จำนวนคลาดเคลื่อน(ครั้ง) เฉลี่ย 2.83 ครั้ง จำนวนใบสั่งยา(ใบ) เฉลี่ย 6,695.17 ใบ และไม่พบความคลาดเคลื่อนบริหารยาผิดคน บริหารยาผิดเทคนิค และบริหารยาผิดเวลาและเมื่อเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา(Administration error) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งจ่ายยา กระบวนการก่อนจ่ายยา รายการยาผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันและเสียงเรียกคล้ายกัน (LASA) การจ่ายยา(dispensing error) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) พบว่า มีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่ หลังดำเนินงานความคลาดเคลื่อน ลดลง สอดคล้องกันกับการศึกษาของเกษกรินทร์ ขุนทอง และอ้อลจนา เพื่องจันทร์ (2558)⁴ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า มีการพัฒนา 3 วงล้อคุณภาพ วงล้อที่ 1 เน้นการลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและฉลากยา โดยการปรับปรุงฐานข้อมูลยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโปรแกรมให้ถูกต้อง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยาในครั้งต่อไป วงล้อที่ 2 เน้นการปรับปรุงระบบบริการ ที่เป็นสาเหตุและความเสี่ยงที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ด้วยวิธีการจับคู่ยา รูปคล้ายเสียงพ้อง, การใช้หลักการอักษรตัวใหญ่ ตัวเข้ม, การจัดเรียงยาเป็นสัดส่วน วงล้อที่ 3 เรียนรู้กับผู้ปฏิบัติงานประจำในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอกเหนือจากวันคลินิก เน้นการเรียนรู้วิธีการตรวจสอบก่อนจ่ายยาที่สามารถทำได้ง่าย การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อเกิดการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ผ่านการจัดการความรู้ในแต่ละวงล้อ เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สรุปผลการวิจัยพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง หลังจากการพัฒนากระบวนการด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ขั้นตอนการสั่งใช้ยา ข้อมูลบนฉลากยาและ การจัดยา ก่อให้เกิดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ทั้งนี้การกำกับติดตาม ขบวนการปฏิบัติงานในการให้บริการยังถือว่าสำคัญ เพื่อเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ธิดา เพียรธรรม.(2564)⁵ ศึกษาการลดความคลาดเคลื่อนกระบวนการก่อนการจ่ายยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโอโล อำเภอกุฉิเยศวร์ จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาก่อนการแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนกระบวนการก่อนการจ่ายยา 23.5 ครั้งต่อ 100 ใบสั่งยา โดยพบการพิมพ์ฉลากยาคลาดเคลื่อนมากที่สุด 11.3 ครั้งต่อ 100 ใบสั่งยา รองลงมาคือ จัดยาไม่ครบรายการ 5.5 ครั้งต่อ 100 ใบสั่งยา จัดยาผิดชนิด 4.2 ครั้ง

ต่อ 100 ใบสั่งยา จัดยาผิดจำนวน 2.1 ครั้งต่อ 100 ใบสั่งยา และจัดยาปนตะกร้า 0.4 ครั้งต่อ 100 ใบสั่งยา หลังการแก้ไขพบอุบัติการณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เหลือ 1.8 ครั้งต่อ 100 ใบสั่งยา สรุปได้ว่า หลังการแก้ไขสามารถลดความคลาดเคลื่อนกระบวนการก่อนการจ่ายยาได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามในการแก้ไขปัญหาคความคลาดเคลื่อนทางยาต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาสม่ำเสมอเพื่อให้สามารถหาแนวทางแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว และในการเลือกวิธีแก้ไขควรเลือกวิธีการแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เกสซ์กรมีบทบาทสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยเฉพาะในวันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา เครือรัตน์ (2561)⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านนาสาร ผลการศึกษาพบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 1,495 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนในงานบริการผู้ป่วยนอก 1,321 ครั้ง (7.71 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) และเป็นความคลาดเคลื่อนในงานบริการผู้ป่วยใน 174 ครั้ง (11.02 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) หลังพัฒนาระบบมีรายงาน 1,281 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนในงานบริการผู้ป่วยนอก 1,144 ครั้ง (6.49 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา) และเป็นความคลาดเคลื่อนในงานบริการผู้ป่วยใน 137 ครั้ง (8.44 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) หลังพัฒนาระบบแล้วพบว่าทุกประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงร้อยละ 15.84 และ 23.41 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังไม่พบรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาระบบแล้วทำให้มาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาเกิดความปลอดภัยมากขึ้น ผู้ศึกษาเสนอแนะให้โรงพยาบาลบ้านนาสารมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในเชิงระบบ และมีการดำเนินการพัฒนาลดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่ผู้ป่วยนอก ควรประกอบด้วย การวิเคราะห์สาเหตุสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยา การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการกำกับดูแล โดยมีกรอบแนวคิด

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
ที่ผู้ป่วยนอก

2. ควรมีการติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ในระยะยาว เพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันการความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างยั่งยืน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP) Available from: <http://www.neemerp.org/aboutmederror.htm>
2. เพ็ญเพ็ญ ชนาเทพพร, สมณ อนุตรชวัลย์, เพ็ญขวัญ นครรัตนชัย. (2557). การพัฒนาระบบการประสานรายการยาบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 29(3): 276-282.
3. ฉัตรารณณ์ ชุ่มจิต, ยาวลักษณ์ อ่ำราไฟ. (2009). การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, Vol. 4 No.1, Jan-Mar 2009.
4. เกษศรีนทร์ ขุนทอง และอัลจนา เฟื่องจันทร์ (2558). การพัฒนาระบบบริการด้านยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 11(Suppl) 82-8
5. จันทร์ธิดา เพียรธรรม.(2564)การลดความคลาดเคลื่อนกระบวนการก่อนการจ่ายยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกล อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 41(1). 40 – 48
6. มังกร ประพันธ์วัฒน์, (2004). การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาโดยการจัดการองค์ความรู้ กรณีศึกษา:โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง สาธารณสุขศาสตร์ดุสิต บัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.)
7. ปรีชา เครือรัตน์.(2561). การพัฒนาระบบการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านนาสาร วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 32(1) 871 - 80

การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการโรงพยาบาลขอนแก่น

(Received: June 22,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 27,2023)

วลี รัตนวัตร¹

Walee Rattanawat¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตผู้ดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย คะแนน TMSE ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้ดูแล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2565 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ Simple logistic regression นำเสนอค่า Crude OR และ Stepwise logistic regression นำเสนอค่า Adjust OR กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 246 ราย มีสุขภาพจิตดีจำนวน 185 ราย (ร้อยละ 75.02) และสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 24.98) เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.14 เท่าของเพศหญิง (95%CI : 1.10-4.18, p=0.025) และผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าจากการทดสอบ 2Q มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.27 เท่าของผู้ดูแลที่ไม่มีความเสี่ยง (95%CI : 1.22-4.21, p=0.010)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม, ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม, สุขภาพจิต, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

This study was a cross-sectional analytical study aimed to study caregiver mental health and factors related to mental health of caregivers of patients with dementia in Khon Kaen Hospital. By collecting data from a questionnaire created by the researcher consisting of general information of the patient. Assessment form for ability to perform daily activities Patient's Psychotic Assessment Scale, TMSE Score, Caregiver's General Information and a mental health index questionnaire of caregivers from August to December 2022. The relationship was analyzed by using Simple logistic regression presenting Crude OR and Stepwise logistic regression presenting Adjust OR. The level of statistical significance was set at 0.05.

Results: Of 246 caregivers of patients with dementia, 185 patients had good mental health (75.02%) and 61 patients with poor mental health (24.98%). Mental health of caregivers of patients with dementia found that male caregivers Mental health was 2.14 times that of females (95% CI: 1.10-4.18, p=0.025), and caregivers at risk of depression from the 2Q test were 2.27 times that of caregivers of poor mental health. at no risk (95%CI : 1.22-4.21, p=0.010)

¹ นายแพทย์ชำนาญการ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านปริชาณ (cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้มิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการประกอบชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม นอกจากนั้นภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุหลักของความทุพพลภาพและพึ่งพาอาศัยของผู้สูงอายุทั่วโลก นับได้ว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงผู้ดูแลครอบครัว และสังคมด้วย^(1,2)

สถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบได้ประมาณร้อยละ 6-8 ของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 617,000 คน ซึ่งคาดว่าจะในปี พ.ศ.2580 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1,350,000 คน⁽³⁾ ซึ่งหากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากขึ้น เช่นกัน จากข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 (ถึง มีนาคม) มีจำนวน 385, 307, 243 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับรักษาเป็นจำนวนค่อนข้างมาก

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological tests) นอกจากนั้นยังมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รวมถึงการตรวจภาพสมองทางรังสีวิทยาหากมีความจำเป็น⁽¹⁾ โดยการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ลดลงจากเดิมชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน ดังนี้ 1.มีความยากลำบากในการใส่ใจรับรู้ข้อมูล ถูกดึงความสนใจได้ง่าย หรือไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ 2 มีลักษณะความคิดในด้านการตัดสินใจ การวางแผน การมองในลักษณะนามธรรมบกพร่องไป 3.

ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง 4.มีความลำบากในการพูดสื่อสารหรือเข้าใจภาษา ความสามารถในการทำหัตถการต่างๆ ที่คุ้นเคยมาก่อนบกพร่อง ทั้งๆ ที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขาปกติ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อบริบทสิ่งแวดล้อม ไม่คำนึงถึงความรู้สึกผู้อื่น⁽⁴⁾ มีอาการที่เป็นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน วินิจฉัยจากการตรวจคัดกรองระดับปริชาณ เช่น mini-mental status examination(MMSE) หรือ Thai mini-mental status examination(TMSE) ซึ่งการตรวจทางจิตประสาทวิทยาเหล่านี้เป็นการตรวจเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรง ติดตามโรคหรือผลการรักษา⁽¹⁾

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับการดูแลในประเด็นอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การดูแลโรคร่วมต่างๆ, การดูแลกิจวัตรประจำวัน, การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย, การประเมินผู้ดูแลผู้ป่วย และการดูแลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁾ ดังนั้นจึงจะต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือจากภาวะสูงอายุ จนเกิดภาวะพร่องความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือดูแล มีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การดูแลส่งผลทั้งด้านลบและด้านบวกต่อผู้ดูแล ซึ่งผลกระทบทางด้านลบ (negative aspect) ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบด้านสังคม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ^(5,6) และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นเนื่องจากมีปัญหาหลายอย่างที่เพิ่มขึ้นทั้งตัวผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง และทั้งยังมีการศึกษาพบปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลปกติ⁽⁷⁾ ซึ่งความเครียดก็เป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง มีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดย Pearlin และคณะได้สร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัย โดยมีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภูมิหลังและบริบทของผู้ดูแล ด้านสถานการณ์ความเครียด เช่น ความรุนแรงของอาการภาวะสมองเสื่อม ความถี่ในการดูแล ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ด้านการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ด้านผลลัพธ์ในการดูแล รวมถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบปัจจัยทำนายและป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ลักษณะของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย มุมมองและประสบการณ์ในบทบาทผู้ดูแล และวิธีการจัดการปัญหา⁽⁹⁾

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (เพศ รายได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย) และปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท) และผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตของ Caregiver ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูล

ทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย คะแนน TMSE ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้ดูแล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือน มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช และคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือน สิงหาคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตาม ICD 10 (F00-F03,G30) ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขอนแก่น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มเดียว⁽¹⁰⁾

$$\text{ใช้สูตร } n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2} \text{ เมื่อกำหนดให้}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z^2 = ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น กำหนดไว้ร้อยละ 95 (เท่ากับ 1.96)

p = ค่าสัดส่วน (ร้อยละ 79.9 = 0.79)⁽¹¹⁾

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

(กำหนดไว้ร้อยละ 5 = 0.05)

จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 246 คน จากนั้นนำมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบ Consecutive sampling ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD 10(F00-F03) ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น
2. มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา

1. ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
2. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้
3. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



4. เป็นผู้มิโรคประจำตัวด้านจิตเวชก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจำนวน 1 ชุด โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลและข้อมูลของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

- ข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การอยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแล โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า

- ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย คะแนน TMSE

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัดขึ้นบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index : MBI) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ⁽¹²⁾ ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาขึ้นโดย Jitapunkul, Kamolratanak, and Ebrahim⁽¹³⁾ เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย โดยได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79 โดยได้แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้สูงอายุได้ และแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินมาตรฐานผู้สูงอายุที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย มีคะแนนรวม 20 คะแนน โดยแบ่งระดับความพึ่งพา⁽¹³⁾ ดังนี้

12-20 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

5-11 คะแนน หมายถึง ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Inventory Questionnaires : NPI-Q) เป็นแบบสอบถามใช้ประเมินระดับความรุนแรงทางพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผลกระทบต่อผู้ดูแล พัฒนามาจากแบบสอบถาม Neuropsychiatric Inventory (NPI) เพื่อความสะดวกและกระชับในการนำไปใช้ทางคลินิก ได้มีการนำไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ 60 คน พบว่ามีค่า false positive 5% และพบความแตกต่างน้อยกว่า 2% ในผู้ป่วย ระดับปานกลางและรุนแรง จึงสามารถนำเอา NPI-Q มาใช้แทน NPI ได้อย่างเหมาะสม โดย แพทย์หญิง โสฬพัทธ์ เหมรัฐศิริโรจน์และคณะ ได้พัฒนาแบบสอบถาม NPI-Q ให้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ง่ายและรวดเร็ว⁽¹⁴⁾ และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อนุรักษ์รยา เนิร์สซิงโฮม สาขา เมืองทองธานี กรุงเทพมหานคร⁽¹⁵⁾ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยง 0.81 ซึ่งแบบประเมินที่มีความกระชับและสะดวกที่จะนำไปใช้ในทางคลินิก ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทย้อนหลังภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 12 ข้อ เช่น ความคิดหลงผิด, ประสาทหลอน, กระสับกระส่าย ก้าวร้าว, ซึมเศร้า, วิตกกังวล, เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว, อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุ, ไม่ยับยั้งชั่งใจ, หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย, ปัญหาการนอน,



พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ และความอยากอาหารที่ผิดปกติ ถ้ามีอาการจะต้องประเมินความรุนแรงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1-3 (1 หมายถึง รุนแรงน้อย, 2 หมายถึง รุนแรงปานกลาง และ 3 หมายถึง รุนแรงมาก) มีคะแนนรวม 36 คะแนน และประเมินความทุกข์ใจของผู้ดูแลในแต่ละข้อที่มีอาการตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึง ไม่มีเลย, 1 หมายถึง เป็นทุกข์เล็กน้อยมาก ไม่เป็นปัญหา, 2 หมายถึง เป็นทุกข์เล็กน้อย จัดการปัญหาได้โดยง่าย, 3 หมายถึง เป็นทุกข์พอสมควร จัดการปัญหาได้ แต่ไม่ถนัดนัก, 4 หมายถึง เป็นทุกข์มาก จัดการปัญหาได้ยาก, 5 หมายถึง เดือดร้อนมาก และไม่สามารถจัดการปัญหาได้) คะแนนรวม 60 คะแนน⁽¹⁶⁾

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator: TMHI-15) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 และมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.66 เมื่อเทียบกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์(TMHI-66)⁽¹⁷⁾ ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถประเมินได้ทั้งด้านความสุขซึ่งในความหมายของภาวะสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสนใจก็รวมทั้งทางด้านบวก(ความสุข)ร่วมด้วยและเป็นเครื่องมือที่เข้าใจง่ายและใช้กับประชาชนทั่วไปได้

แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตจัดเป็นกลุ่มตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้แก่

- สภาพจิตใจ (mental state)
- สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity)
- คุณภาพของจิตใจ (mental quality)
- ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors)

แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมี 4 คำตอบ การแปลผล

51-60 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (Good)

44-50 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แสดงผลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้ Simple logistic regression นำเสนอค่า Crude OR และ Stepwise logistic regression นำเสนอค่า Adjust OR กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEF65015

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช จำนวน 246 ราย มีอายุเฉลี่ย 75.50 ± 8.44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 51.22) มีคะแนน TMSE เฉลี่ย 15.24 ± 6.54 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล อยู่ในระดับที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 172 (ร้อยละ 69.92) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 42 (ร้อยละ 17.07) และพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 13.01) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับ ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็น 2.64 เท่าของกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (95%CI = 1.30-5.38, $p=0.007$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับ
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n = 246)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD/จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตไม่ดี		
		(n = 185)	(n = 61)		
อายุผู้ป่วย (ปี)	75.50 $\pm$ 8.44	75.09 $\pm$ 8.70	76.75 $\pm$ 7.52	1.02(0.99-1.06)	0.182
เพศผู้ป่วย					
-หญิง	120(48.78)	91(49.19)	29(47.54)	1	
-ชาย	126(51.22)	94(50.81)	32(52.46)	1.06(0.59-1.91)	0.823
คะแนน TMSE	15.24 $\pm$ 6.54	15.50 $\pm$ 6.39	14.44 $\pm$ 6.98	0.97(0.93-1.02)	0.270
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย					
-พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้	172(69.92)	134(72.43)	38(62.30)	1	
-ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือ ตนเองได้บ้าง	42(17.07)	24(12.97)	18(29.51)	2.64(1.30-5.38)	0.007*
-พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ	32(13.01)	27(14.59)	5(8.20)	0.65(0.24-1.81)	0.413

อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่จะมีการหงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนง่าย จำนวน 136 ราย (ร้อยละ 55.28) รองลงมาคือ มีปัญหาการนอน ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน จำนวน 118 ราย (ร้อยละ 47.97) และวิตกกังวล จำนวน 107 (ร้อยละ 43.50) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า อาการที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาการประสาทหลอน (OR=3.41, 95%CI=1.86-

6.26, $p < 0.001$), อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว (OR=2.05, 95%CI=1.14-3.69, $p = 0.017$), ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, $p = 0.031$), เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, $p = 0.031$), ไม่ยับยั้งชั่งใจ (OR=3.74, 95%CI=2.04-6.83, $p < 0.001$), พฤติกรรมแปลก ๆ ซ้ำ ๆ (OR=1.85, 95%CI=1.03-3.32, $p = 0.039$) และความอยากอาหาร และการกินที่ผิดปกติ (OR=2.21, 95%CI=1.22-3.98, $p = 0.009$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และขนาดความสัมพันธ์ของอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกับ
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	รวม (n = 246)	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตไม่ดี		
		(n = 185)	(n = 61)		
1.ความคิดหลงผิด	97(39.43)	71(38.38)	26(42.62)	1.19(0.66-2.15)	0.557
2.ประสาทหลอน	74(30.08)	43(23.24)	31(50.82)	3.41(1.86-6.26)	<0.001*

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และขนาดความสัมพันธ์ของอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกับ
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	รวม (n = 246)	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี (n = 185)	สุขภาพจิตไม่ดี (n = 61)		
3.กระสับกระส่าย ก้าวร้าว	93(37.80)	62(33.51)	31(50.82)	2.05(1.14-3.69)	0.017*
4.ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ	96(39.02)	65(35.14)	31(50.82)	1.91(1.06-3.43)	0.031*
5.วิตกกังวล	107(43.50)	74(40.00)	33(54.10)	1.77(0.99-3.17)	0.056
6.อารมณ์ร้ายเกินเหตุ ครั่นใจ	62(25.20)	43(23.24)	19(31.15)	1.49(0.79-2.83)	0.219
7.เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์	96(39.02)	65(35.14)	31(50.82)	1.91(1.06-3.43)	0.031*
8.ไม่ยับยั้งชั่งใจ	84(34.15)	49(26.49)	35(57.38)	3.74(2.04-6.83)	<0.001*
9.หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนง่าย	136(55.28)	102(55.14)	34(55.74)	1.02(0.57-1.83)	0.935
10.พฤติกรรมแปลกๆ	105(42.68)	72(38.92)	33(54.10)	1.85(1.03-3.32)	0.039*
11.ปัญหาการนอน ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน	118(47.97)	87(47.03)	31(50.82)	1.16(0.65-2.08)	0.607
12.ความอยากอาหาร และการกินที่ผิดปกติ	90(36.59)	59(31.89)	31(50.82)	2.21(1.22-3.98)	0.009*

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช จำนวน 246 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี จำนวน 185 ราย และสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 61 ราย อายุเฉลี่ย 48.75 ± 11.35 ปี และ 47.39 ± 10.41 ปี ตามลำดับ เป็นเพศชาย จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 49.19) และ จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 67.21) ตามลำดับ สถานภาพสมรส จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 55.68) และ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 54.10) ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 42.16) และ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 31.15) ตามลำดับ อยู่ระหว่างประกอบอาชีพ จำนวน 152 ราย (ร้อยละ 82.16) และ จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 90.16) ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 – 15,000 บาท จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 25.41) และ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 24.59) ตามลำดับ รายได้เพียงพอ จำนวน 133 ราย (ร้อยละ 71.89) และ จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 60.66) ตามลำดับ เป็นบุตรของผู้ป่วย จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 58.38) และ จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 65.57) ตามลำดับ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 55.68) และ จำนวน 33 ราย

(ร้อยละ 54.10) ตามลำดับ อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย จำนวน 161 ราย (ร้อยละ 87.03) และ จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 88.52) ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 3 ปี สูงสุด 20 ปี ต่ำสุด 0.5 ปี เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีโรคประจำตัว จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 41.62) และ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 54.10) ตามลำดับ มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าตาม 2Q จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 27.57) และ จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 50.82) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร พบว่า ผู้ดูแลเพศชายมีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.11 เท่าของเพศหญิง (95%CI=1.15-3.88, $p = 0.015$) ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.54 เท่าของผู้ที่มีสัมพันธภาพในระดับดีมาก (95%CI=1.06-6.12, $p = 0.037$) และ ผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ามีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.71 เท่าของผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง (95%CI=1.50-4.93, $p = 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และขนาดความ
สัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิก
จิตเวช รายตัวแปร

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n = 246)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD/จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี (n = 185)	สุขภาพจิตไม่ดี (n = 61)		
อายุ (ปี)	48.41 $\pm$ 11.12	48.75 $\pm$ 11.35	47.39 $\pm$ 10.41	0.99(0.96-1.02)	0.408
เพศ					
-หญิง	114(46.34)	94(50.81)	20(32.79)	1	
-ชาย	132(53.66)	91(49.19)	41(67.21)	2.11(1.15-3.88)	0.015*
สถานภาพ					
-โสด	83(33.74)	63(34.05)	20(32.79)	1	
-สมรส	136(55.28)	103(55.68)	33(54.10)	1.01(0.53-1.91)	0.977
-แยกกันอยู่/หย่า	24(9.76)	17(9.19)	7(11.48)	1.30(0.47-3.57)	0.615
-หม้าย	3(1.22)	2(1.08)	1(1.64)	1.58(0.14-18.30)	0.717
ระดับการศึกษา					
-ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	60(24.39)	40(21.62)	20(32.79)	1	
-มัธยมศึกษา/ปวช.	60(24.39)	43(23.24)	17(27.87)	0.79(0.36-1.72)	0.553
-อนุปริญญา/ปวส.	29(11.79)	24(12.97)	5(8.20)	0.42(0.14-1.26)	0.120
-ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	97(39.43)	78(42.16)	19(31.15)	0.49(0.23-1.02)	0.055
อาชีพ					
-ประกอบอาชีพ	207(84.15)	152(82.16)	55(90.16)	1	
-กำลังศึกษา	2(0.81)	2(1.08)	0	n/a	n/a
-ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31(12.60)	25(13.51)	6(9.84)	0.66(0.26-1.70)	0.393
-เกษียณอายุ	6(2.44)	6(3.24)	0	n/a	n/a
รายได้ (ต่อเดือน)					
มากกว่า 30,000 บาท	24(9.76)	20(10.81)	4(6.56)	1	
15,001-30,000 บาท	45(18.29)	37(20.00)	8(13.11)	1.08(0.29-4.04)	0.908
10,000-15,000 บาท	62(25.20)	47(25.41)	15(24.59)	1.60(0.47-5.41)	0.453
ต่ำกว่า 10,000 บาท	58(23.58)	43(23.24)	15(24.59)	1.74(0.51-5.93)	0.373
ไม่มีรายได้	57(23.17)	38(20.54)	19(31.15)	2.50(0.75-8.35)	0.137
ความเพียงพอของรายได้					
-เพียงพอ	170(69.11)	133(71.89)	37(60.66)	1	
-ไม่เพียงพอ	76(30.89)	52(28.11)	24(39.34)	1.66(0.91-3.04)	0.101
ศาสนา					
-พุทธ	238(96.75)	180(97.30)	58(95.08)	1	
-คริสต์	4(1.63)	3(1.62)	1(1.64)	1.03(0.11-10.14)	0.977
-อิสลาม	4(1.63)	2(1.08)	2(3.28)	3.10(0.43-22.53)	0.263

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และขนาดความ
สัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิก
จิตเวช รายตัวแปร

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n = 246)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD/จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี (n = 185)	สุขภาพจิตไม่ดี (n = 61)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม					
-สามี/ภรรยา	42(17.07)	32(17.30)	10(16.39)	1	
-บุตร	148(60.16)	108(58.38)	40(65.57)	1.19(0.53-2.63)	0.676
-ญาติ	41(16.67)	34(18.38)	7(11.48)	0.66(0.22-1.94)	0.449
-ผู้ดูแลได้รับการว่าจ้าง	8(3.25)	6(3.24)	2(3.28)	1.07(0.18-6.14)	0.942
-อื่นๆ	7(2.85)	5(2.70)	2(3.28)	1.28(0.21-7.64)	0.787
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย					
-ดีมาก	127(51.63)	100(54.05)	27(44.26)	1	
-ดี	92(37.40)	69(37.30)	23(37.70)	1.23(0.65-2.33)	0.516
-ปานกลาง	27(10.98)	16(8.65)	11(18.03)	2.54(1.06-6.12)	0.037*
อาศัยอยู่กับผู้ป่วย					
-ไม่ใช่	31(12.60)	24(12.97)	7(11.48)	1	
-ใช่	215(87.40)	161(87.03)	54(88.52)	1.15(0.47-2.82)	0.760
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย(ปี)	4.11 $\pm$ 3.19 มัธยฐาน = 3 Max = 20 Min = 0.5	4.02 $\pm$ 2.98 มัธยฐาน = 3 Max = 20 Min = 0.5	4.36 $\pm$ 3.77 มัธยฐาน = 3 Max = 20 Min = 0.5	1.03(0.95-1.13)	0.472
โรคประจำตัว					
-ไม่มี	136(55.28)	108(58.38)	28(45.90)	1	
-มี	110(44.72)	77(41.62)	33(54.10)	1.65(0.92-2.96)	0.091
มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q)	82(33.33)	51(27.57)	31(50.82)	2.71(1.50-4.93)	0.001*

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การอยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลโรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า ข้อมูลของผู้ป่วย และคะแนน TMSE ได้คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าโมเดลแบบขั้นตอน โดยใช้สถิติ Stepwise logistic regression พบตัวแปรที่เข้าโมเดล 7 ตัวแปร ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย สถานภาพผู้ดูแลที่เป็นหม้าย สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน TMSE ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้บ้าง และดูแลตนเองไม่ได้เลย และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (Adjusted OR = 2.14, 95%CI=1.10-4.18, p = 0.025) และผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (Adjusted OR = 2.27, 95%CI=1.22-4.21, p = 0.010)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศของผู้ดูแล (ชาย)	2.14(1.10-4.18)	0.025*
สถานภาพ (หม้าย)	4.81(0.34-68.20)	0.246
สัมพันธ์กับผู้ป่วย (ปานกลาง)	2.02(0.81-5.03)	0.130
คะแนน TMSE	0.95(0.90-1.00)	0.101
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย		
-ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	2.20(0.99-4.89)	0.053
-พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกิจ หรือทุพพลภาพ	0.31(0.09-1.07)	0.063
มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q)	2.27(1.22-4.21)	0.010*

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังหรือลูกหลานที่เกิดจากโรคทางสมองต่างๆ และมีลักษณะเฉพาะคือความจำ ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (ADL) ลดลง⁽¹⁸⁾ ดังนั้น ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีมาก นอกจากนี้ ภาระการดูแลที่หนักอึ้งในบางครั้งยังนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ดูแลเหล่านี้⁽¹⁹⁾ ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 246 ราย มีสุขภาพจิตดีจำนวน 185 ราย (ร้อยละ 75.02) และสุขภาพจิตไม่ดีจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 24.98) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของดุชนิ ตระกูลช่าง พบว่าสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงร้อยละ 30.6⁽²⁰⁾

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยสามารถส่งผลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับ ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็น 2.64 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (95%CI = 1.30-5.38, p=0.007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของดุชนิ ตระกูลช่าง⁽²⁰⁾ พบว่าการพึ่งพาตนเองได้บางส่วนส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 64.3 เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่พึ่งพิงตัวเองได้บางส่วนนั้นมักจะอยู่ในระดับความ

รุนแรงของโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งกลุ่มนี้จะพบว่ามีอาการทางจิตประสาทโดยเฉพาะอาการประสาทหลอน⁽²¹⁾ จะยิ่งทำให้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เกินความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น จะแตกต่างจากผู้ป่วยที่สามารถพึ่งพิงตนเองเนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมมักจะอยู่ในระดับเล็กน้อยกลุ่มนี้จะไม่ค่อยมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วยหรือถ้ามีก็เล็กน้อย รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ยอมรับความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็น การให้ความร่วมมือญาติในการดูแลจะค่อนข้างน้อย

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า อาการที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาการประสาทหลอน (OR=3.41, 95%CI=1.86-6.26, p<0.001), อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว (OR=2.05, 95%CI=1.14-3.69, p = 0.017), ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, p = 0.031), เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, p = 0.031), ไม่ยับยั้งชั่งใจ (OR=3.74, 95%CI=2.04-6.83, p<0.001), พฤติกรรมแปลก ๆ ซ้ำ ๆ (OR=1.85, 95%CI=1.03-3.32, p = 0.039) และความอยากอาหาร และการกินที่ผิดปกติ (OR=2.21, 95%CI=1.22-3.98, p = 0.009) ซึ่งสอดคล้องกับ Bokyoung Kim และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าหลายอาการในกลุ่ม BPSD ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทางด้านสุขภาพจิตได้

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (Adjusted OR = 2.14, 95%CI=1.10-4.18, $p = 0.025$) มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดีมากกว่าเพศหญิง แต่ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลเพศชายอาจกังวลที่จะเปิดเผยความรู้สึกเป็นภาระหรือความทุกข์ใจเนื่องจากมุมมองดั้งเดิมเกี่ยวกับความเป็นชายที่จะเน้นการพึ่งพาตนเองและความอดทนอดกลั้นสูงกว่าเพศหญิง⁽²³⁾ แตกต่างจากการศึกษาของ J L Yee (2000) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหญิงรายงานว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทางคลินิกเมื่อเทียบกับผู้ดูแลชาย⁽²⁴⁾ เนื่องจากผู้ดูแลมีเซลล์ T helper มากกว่าและเซลล์ NK น้อยกว่าผู้ชาย ผู้ชายมีอาการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยาน้อยกว่า⁽²⁵⁾ และนอกจากนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบในเพศหญิงค่อนข้างมากกว่าเพศชายทำให้คู่สมรสที่เป็นเพศชายต้องมารับภาระดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นมีแนวโน้มที่จะพบเพศชายมีความเครียดได้มากขึ้นเช่นกัน

ผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (Adjusted OR = 2.27, 95%CI=1.22-4.21, $p = 0.010$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ห่อถักพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ใน 3 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม⁽²⁶⁾ การศึกษาก่อนหน้านี้บางชิ้นยังรายงานถึงอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในระดับสูงอีกด้วย โดยอยู่ที่ประมาณ 30%-83%⁽²⁷⁾ ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจและร่างกายได้หลายอย่าง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ดูแล ส่งผลต่อสุขภาพกายและลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁽²⁸⁾ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลยังสามารถส่งผลต่อสถานะการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้⁽²⁹⁾

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกคือเป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ผลลัพธ์ของสุขภาพจิตของผู้ดูแลเป็นเพียงเหตุการณ์ ณ ตอนนั้น อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาระยะยาวติดตามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ประการที่สองข้อจำกัดเรื่องผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์แตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วย ดังนั้นจึงแนะนำให้จำแนกผู้ดูแลตามประเภทและหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งต่อไป ประการที่สามการศึกษาครั้งนี้เผยให้เห็นสุขภาพจิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ก็ไม่ได้เปิดเผยถึงความเสี่ยงที่เป็นไปได้ของการลดลงของความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากสุขภาพจิตที่ไม่ดี ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเน้นความสามารถในการรับรู้ของผู้ดูแล

สรุป

พบผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นร้อยละ 24.98 ผู้ดูแลที่เป็นเพศชายและมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตไม่ดี อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับประเภทการดูแลเฉพาะเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ จิตแพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
2. WHO 2021. Dementia. [Online]. Available from: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/dementia> [Accessed 2 September 2021].

3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. (2563). แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563, หน้า 35-36. สืบค้นจาก
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association, 591-627.
5. Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20(6), 649-55. <http://doi: 10.1093/geront/20.6.649>
6. ชาลินี สุวรรณยศ, และ ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 1-17.
7. El Razek, Y.A., Sabry, W., Hendawy, H. et al. (2019). Prevalence and correlates of psychiatric morbidity in Egyptian sample of dementia patients' caregivers: a comparative descriptive study. Middle East Curr Psychiatry, 26(6). <https://doi.org/10.1186/s43045-019-0006-7>.
8. Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. The Gerontologist, 30(5), 583-94. <http://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
9. Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. Dialogues in clinical neuroscience, 11(2), 217-228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
10. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 7th edn. New York: John Wiley & Sons. 1999
11. Bruce, D. G., Paley, G. A., Nichols, P., Roberts, D., Underwood, P. J., & Schaper, F. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 60A(3), 345-9
12. Collin, C., Wade, D. T., Davis, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL index a reliability study. International Disability Studies, 10, 61-63
13. Jitapunkul, S. (1994). Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. J Med Assoc Thai. 77. 231-238
14. วรวิทย์ ร่มไทร. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [ปริญญานหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
15. Suthisri T., Artittaya S.. (2564). The Effect of Cognitive Program by Using Music Therapy with Multisensory Stimulation on Cognitive Abilities, Behavioral, and Psychological Symptoms in. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย, 221-234.
16. Cummings, J. L. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. Neurology. 1997; 48(5 Suppl 6): S10-16.
17. Mongkol, A., Vongpiromsan, Y., Tangseree, T., Huttapanom, W., Romsai, P., & Chutha, W. (2013). The Development and Testing of Thai Mental Health
18. Dementia: a public health priority [Internet]. [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/dementia-a-public-health-priority>
19. O'Dwyer ST, Moyle W, Zimmer-Gembeck M, De Leo D. Suicidal ideation in family carers of people with dementia. Aging Ment Health. 2016;20(2):222-30.
20. ดุชนี ตระกูลช่าง. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มาใช้บริการในคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลหัวหิน. Hua Hin Med J. 2022;2(3):27-38.
21. Pinyopompanish K, Soontornpun A, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Tanprawate S, Pinyopompanish K, et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. Sci Rep. 2022 Aug 19;12(1):14138.
22. Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. BMC Geriatr. 2021 Mar 5;21(1):160.



23. Baker KL, Robertson N, Connelly D. Men caring for wives or partners with dementia: masculinity, strain and gain. *Aging Ment Health*. 2010 Apr;14(3):319–27.
24. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*. 2000 Apr;40(2):147–64.
25. Thompson R (Trey) L, Lewis SL, Murphy MR, Hale JM, Blackwell PH, Acton GJ, et al. Are there Sex Differences in Emotional and Biological Responses in Spousal Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease? *Biol Res Nurs*. 2004 Apr 1;5(4):319–30.
26. Ying J, Yap P, Gandhi M, Liew TM. Validity and Utility of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Detecting Depression in Family Caregivers of Persons with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019;47(4–6):323–34.
27. Huang SS, Lee MC, Liao YC, Wang WF, Lai TJ. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(1):55–9.
28. Montgomery W, Goren A, Kahle-Wroblewski K, Nakamura T, Ueda K. Alzheimer’s disease severity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. *BMC Geriatr*. 2018 Jun 14;18(1):141.
29. Norton MC, Clark C, Fauth EB, Piercy KW, Pfister R, Green RC, et al. Caregiver personality predicts rate of cognitive decline in a community sample of persons with Alzheimer’s disease. The Cache County Dementia Progression Study. *Int Psychogeriatr*. 2013 Oct;25(10):1629–37.

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง

The Development of Elderly Health Care Model by Family and Community Participation in Phatthalung Province.

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

สุนทร คงทองสังข์¹

Sunthorn Kongthongsang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมที่เหมาะสมและจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม หลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนในพื้นที่จังหวัดพัทลุง สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ได้จำนวน 346 คน เครื่องมือ คือแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่น 0.94 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที พบว่า

รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ องค์ประกอบการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ คือ 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยครอบครัวและผู้ดูแลหรือครอบครัว 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน ส่วนกระบวนการ/กิจกรรม 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย 4) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ชุมชนมีนวัตกรรมที่เหมาะสม 6) การสื่อสารเทคโนโลยี 7) มิติด้านภูมิปัญญา ซึ่งได้มาผลการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

(1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{x} = 5.09$, $SD. = 0.75$) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำแน่นอน ($\bar{x} = 8.85$, $SD. = 0.62$)

(2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 22.15$, $p < 0.001$) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

(3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำ ก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 22.15$, $p < 0.001$) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ แกนนำครอบครัวและชุมชน ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development aims to develop a model of care for the elderly by family and community health leaders with appropriate participation and management of knowledge and to study the potential of family and community health leaders in elderly care. Contribute After the participatory planning process (AIC) has been implemented, the development of a model for aged care has been undertaken. Sample Being a family member or caregiver of the elderly in a household in Phatthalung Province A systematic random sampling of 346 people. The tool was a questionnaire with a reliability of 0.98. Statistics used to analyze the data consisted of content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test .

(1) Perceptions of health status and health problems of the elderly among family

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

and community health leaders. Prior to the participatory planning process (AIC), the development of a model for aged care was undertaken. Family and Community Health Leader The perceived ability to care for the elderly was at a level that was quite possible ($\bar{x} = 5.09$, $SD. = 0.75$) and the latter was developed according to the model for elderly care. It is at a level that is quite possible for sure ($\bar{x} = 8.85$, $SD. = 0.62$).

(2) Compare the mean scores of perceived ability to care for the elderly according to the opinions of the leaders of the sample group. Before and after the participatory planning process (AIC) was developed according to the model for elderly care overall, there was a statistically significant difference at the 0.001 level ($t = 22.15$, $p. < .001$), found that all aspects were significantly different at the .001 level.

(3) Comparison of the mean scores of perceived competence in caring for the elderly of the leaders. Before and after the participatory planning process (AIC) was developed according to the model for elderly care overall, there was a statistically significant difference at the 0.001 level ($t = 22.15$, $p. < .001$), found that all aspects were significantly different at the .001 level.

Conclusions The development of a model of care for the elderly by family and community health leaders involved. By implementing the participatory planning process (AIC), capacity development model for elderly care. It is important and helps leaders have the potential to better care for the elderly.

Keywords: elderly care, Family and community leaders, Potential for taking care of the elderly

บทนำ

ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้านี้เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) จากผลการศึกษาศานการณผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 ได้มีข้อเสนอแนะให้เร่งดำเนินการวางนโยบายและหามาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุโดยเน้น 4 ด้าน คือ 1) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี 2) เสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน และ 4) จัดทำแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งการเร่งพัฒนา ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากศึกษาวิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ

คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ที่การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ พื้นสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา⁽²⁾ (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002)

ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แกนนำครอบครัว ชุมชนเป็นฐานจึงเป็นแนวคิดที่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและป้องกันกาเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุและการให้บริการสุขภาพจึงขยายขอบเขตลงสู่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการสุขภาพ ท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงสำคัญและเข้ามามี

ส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ⁽³⁾ (ชุลีกร ตำนายุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัมพากร, 2556)

จังหวัดพัทลุง มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 108,977 คน คิดเป็นร้อยละ 20.83 แบ่งเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.62 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 5.62 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.95 (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2565) ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ ที่การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ พื้นสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษาและใช้กำหนดนโยบายและเป้าหมายเพื่อพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมที่เหมาะสม
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม
3. เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง เป็นวิจัยและพัฒนา

(Research and Development) โดยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม และประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน มีวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตจังหวัดพัทลุง จำนวน 108,977 คน

1.พื้นที่

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. การสุ่มตัวอย่างพื้นที่ศึกษาระดับพื้นที่ในเบื้องต้นใช้การสุ่มแบบเจาะจง (purposive random sampling) โดยการบริหารจัดการในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง แบ่งออกเป็น 3 โซน คือโซนเหนือ โซนกลาง โซนใต้ ในการวิจัยนี้ คัดเลือกจากโซนเหนือ 1 ตำบล คือตำบลปันแต โซนกลาง 1 ตำบล คือโคกชะงาย โซนใต้ 1 ตำบล คือตำบลโคกสัก เมื่อได้พื้นที่วิจัยเบื้องต้นแล้ว จำนวน 3 ตำบล จึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ต่อไป

เกณฑ์คัดเข้า 1) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 ปี 2) มีการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอุดหนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพแก่ชมรมผู้สูงอายุ

ประชากร บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขต จำนวน 108,977 คน

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มครัวเรือนเพื่อศึกษาสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุ และการประเมินผล การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดพัทลุง ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก สูตรประมาณค่าเฉลี่ย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 คน แต่เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลปรับขนาดตัวอย่างจากสูตรซึ่งใช้ในการปรับขนาดตัวอย่างของงานวิจัยเชิงพรรณนา ดังนี้⁽⁵⁾ (อรุณจิรวรรณกุล, 2556) จะได้ขนาดตัวอย่าง 346 ตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการนันทนแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.98 ประกอบด้วย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงคุณภาพ สุ่มโดยวิธีจำเพาะเจาะจง (purposive random sampling) โดยรูปแบบกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) จำนวน 36 คน 1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดพัทลุง จำนวน 3 คน (3 ตำบลละ 1 คน รวม

จำนวน 3 คน) 2) ผู้นำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล/ผู้ทรงคุณวุฒิ สมาชิกสภาเทศบาล/สมาชิก อบต. จำนวน 12 คน (3 ตำบลละ 4 คน รวมจำนวน 12 คน) 3) ประธานชมรมผู้สูงอายุ สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งๆ ละ 1 คน รวม 6 คน (6 รพ.สต.) 4) แกนนำสุขภาพครอบครัว จำนวน 12 คน (3 ตำบลละ 4 คน รวม 12 คน) 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย มกราคม 2566 – พฤษภาคม 2566

จริยธรรมการวิจัย : PPHOREC/๒๕๖๖ COA NO ๓

ผลการวิจัย

แกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.28 อายุเฉลี่ย 56.45 ± 7.18 ปี อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.61 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 78.03 ระดับการศึกษา ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 29.90 ศาสนา พุทธ ร้อยละ 99.13 ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 82.40 รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $8,354.78 \pm 3,980.54$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $12,854.32 \pm 4,216.25$ บาท ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ร้อยละ 50.87 สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 79.48 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 6.28 ± 3.74 ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.79 ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 54.62

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง

($\bar{x} = 3.07, SD = 0.22$) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.46, SD = 0.25$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่ม

ตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 25.59, p < .001$) โดยพบว่า ทุกด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

การรับรู้	ก่อน			หลัง			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน	3.55	0.36	มาก	3.71	.035	มาก	6.98	<0.001
ภาวะสุขภาพในอดีต	2.72	0.69	ปานกลาง	3.06	0.50	ปานกลาง	7.71	<0.001
ความต้านทาน/ความอ่อนแอ	3.32	0.44	ปานกลาง	3.48	0.42	ปานกลาง	4.84	<0.001
แนวโน้มสุขภาพ	3.25	0.36	ปานกลาง	3.58	0.44	มาก	12.38	<0.001
ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	2.69	0.37	ปานกลาง	3.55	0.37	มาก	31.16	<0.001
การยอมรับความเจ็บป่วย	2.83	0.51	ปานกลาง	3.88	0.56	มาก	25.72	<0.001
การปฏิเสธความเจ็บป่วย	2.30	0.46	น้อย	2.85	0.54	ปานกลาง	14.61	<0.001
ทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษจากแพทย์	2.83	0.51	ปานกลาง	3.28	0.59	ปานกลาง	11.30	<0.001
ภาพรวม	3.07	0.22	ปานกลาง	3.46	0.25	ปานกลาง	29.59	<0.001

จากตารางที่ 3 แสดงว่า ก่อนได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{x} = 5.09, SD = 0.75$) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำ

ได้แน่นอน ($\bar{x} = 8.85, SD = 0.62$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 22.15, p < .001$) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของ
แกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการ
ดูแลผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน			หลัง			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ด้านความสามารถของตนเองในการผ่อน ปรน	7.93	0.96	ค่อนข้าง ทำได้	8.99	0.72	ค่อนข้าง ทำได้	19.45	<0.001
ด้านความสามารถของตนเองในการ ตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของ ผู้สูงอายุ	7.78	0.97	ค่อนข้าง ทำได้	8.67	0.70	ค่อนข้าง ทำได้	15.59	<0.001
ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล	7.88	0.97	ค่อนข้าง ทำได้	8.88	0.73	ค่อนข้าง ทำได้	16.71	<0.001
ภาพรวม	7.86	0.75	ค่อนข้าง ทำได้	8.85	0.62	ค่อนข้าง ทำได้	22.15	<0.001

**การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกน
นำสุขภาพครอบครัวและชุมชน**

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพ
ครอบครัวและชุมชน ที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบที่
สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ
โดยผู้สูงอายุเอง 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดย
ครอบครัวและผู้ดูแลหรือครอบครัว 3) การดูแลและ
ส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน
โดยมีกระบวนการหรือกิจกรรม 7 ด้าน ได้แก่ 1) การ
ดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ
2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านอาหารและ
โภชนาการ 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการ
ออกกำลังกาย 4) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านที่
อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ชุมชนมีนวัตกรรมที่
เหมาะสม 6) การสื่อสารเทคโนโลยี 7) มิติด้านภูมิ
ปัญญา ซึ่งได้มาผลการดำเนินการกระบวนการ
วางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน
มีส่วนร่วม รายละเอียดดังนี้

**1. การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ
เอง**

1.1 ด้านสุขภาพกายและจิตใจ

การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ ทำ
จิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส หางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้
เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ สุนัข หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น ให้
ความช่วยเหลือครอบครัวในส่วนที่พอจะทำได้ เช่น
ช่วยดูแลเด็กเล็ก เป็นต้น

1.2 ด้านอาหารและโภชนาการ

การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละ
หมู่ให้หลากหลายหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี
รสหวานจัด เค็มจัดและมีไขมันมากงดหรือลด
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์เป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรค
หลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง แผลใน
กระเพาะอาหารลำไส้ และมะเร็งหลอดอาหาร

1.3 ด้านการออกกำลังกาย

การเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้
เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

1.4 ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

การปรับภูมิทัศน์ภายในบ้านให้ปลอดภัย
สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ทำความสะอาด
บ้านเรือนทุกส่วนของห้อง โดยการปิดกวาดเช็ดฝุ่น
ละอองบนพื้นห้อง บนโต๊ะ บนหลังตู้ได้เตียง ชัดดูพื้น
และผนังห้องน้ำ ห้องส้วมให้ปราศจากคราบโคลและ

กลั่นอุจจาระปัสสาวะ รวมทั้งดูแลกำจัดขยะและสิ่ง
ปฏิกูลรอบๆ บ้านให้สะอาด

2. การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยครอบครัว และผู้ดูแล

2.1 ด้านสุขภาพกายและจิตใจ

สร้างความรู้สึกที่มีคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ
เช่น ให้ความเคารพนับถือยกย่อง และหางานอดิเรก
หรือกิจกรรมนันทนาการร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น การ
เลี้ยงสัตว์ปลูกต้นไม้ ดูแลสวน การพาเข้าวัดทำบุญ
ไหว้พระ ฟังธรรม นั่งสมาธิ และการออกกำลังกาย
การเดินเล่นรอบๆสวนสาธารณะด้วยกัน

2.2 ด้านอาหารและโภชนาการ

การจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลัก
อนามัยและมีโภชนาการครบถ้วนควรเลือกอาหารที่
ย่อยง่าย มีเส้นใยหรือกากอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้
เป็นต้น เพื่อช่วยให้ไม่ท้องผูก

2.3 ด้านการออกกำลังกาย

แนะนำและเลือกประเภทการออกกำลังกาย
ที่เหมาะสมกับความพร้อมของสภาพร่างกายของ
ผู้สูงอายุแต่ละคน

2.4 ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

การปรับปรุงพื้นที่ให้มีลักษณะเป็นพื้นที่
ราบเรียบ ไม่ขรุขระและไม่ชันจนเกินไป เพื่อ
ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม และห้องที่
สำคัญมากที่ต้องให้ความสนใจในเรื่องความปลอดภัย
เป็นพิเศษคือ ห้องน้ำเพราะการเปียกชื้นทำให้เกิด
อุบัติเหตุได้ง่าย และควรมีแสงสว่างพอเพียงรวมทั้ง
ทางเดินที่สะดวกไม่มีสิ่งกีดขวาง

3. การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงาน หรือองค์กรในชุมชน

การมีบุคลากรที่มีความพร้อม ความรู้
ความสามารถและมีทักษะในการให้บริการตามชุดการ
ให้บริการสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน
โรคการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ สังคมและ
วัฒนธรรมและพัฒนาระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูลที่มี

การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่ม ฐานข้อมูลครอบครัว
และชุมชน และมีระบบบันทึกที่เป็นการบันทึกเพื่อ
สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง ที่เป็นปัจจุบัน
การบริการที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การ
ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การบำบัดรักษาและ
การฟื้นฟูสภาพ ณ จุดเดียว

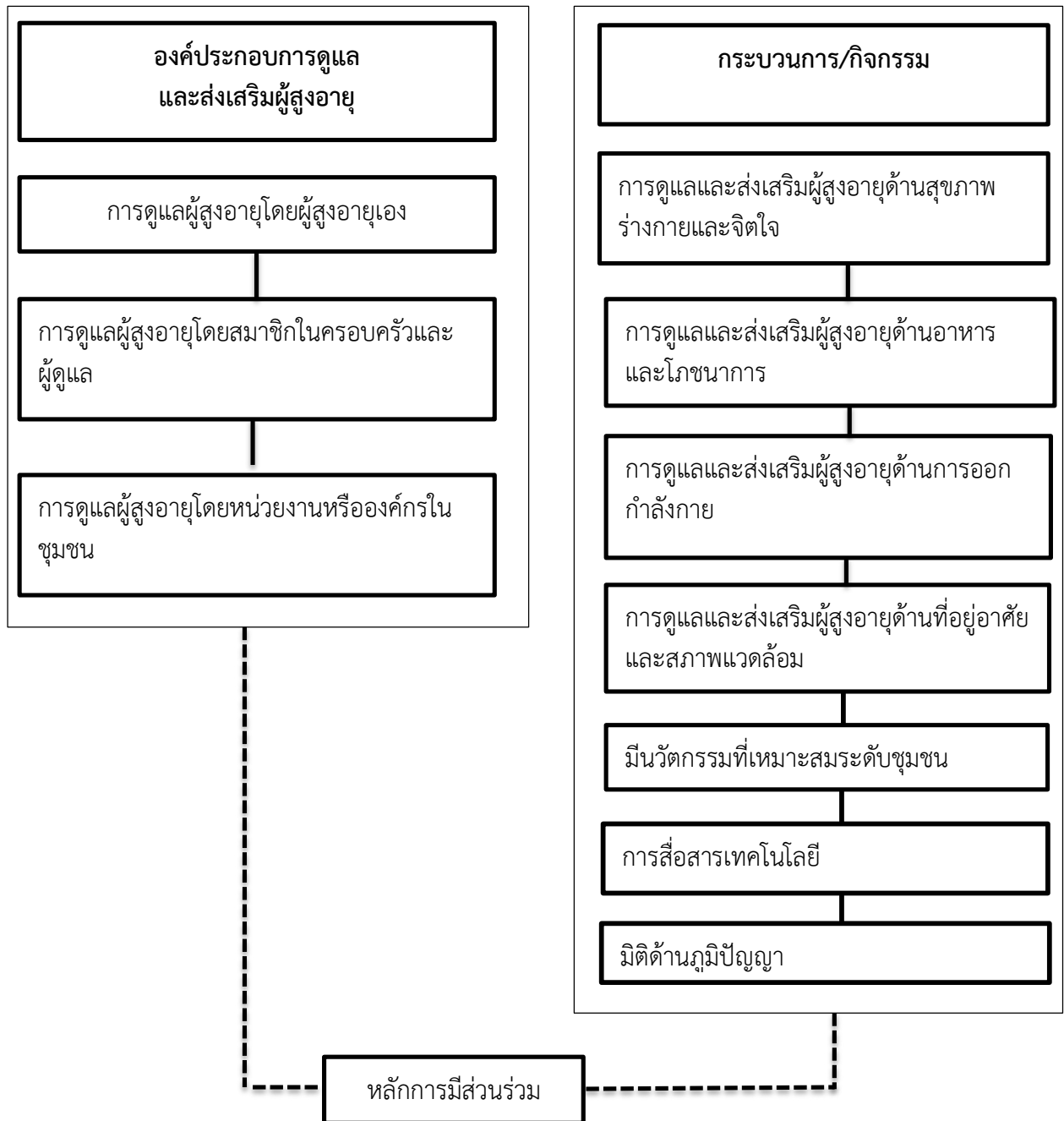
3.1 มีนวัตกรรมที่เหมาะสมระดับชุมชน

3.2 การสื่อสารเทคโนโลยี

ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัย
และรู้ทันสื่อต่างๆ ความปลอดภัยในการเข้าถึงสื่อ
เทคโนโลยี สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมพร้อม
ด้านการเรียนรู้และหาความรู้ใหม่เพื่อให้รู้เท่าทันการ
เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับ
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมการสร้างเสริม
สุขภาพที่หลากหลายรวมทั้งมีสื่อสุขศึกษาทั่วถึงทุก
รูปแบบ พัฒนาระบบการและช่องทางการเรียนรู้
การรับรู้ข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะสมตาม
สภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้เพื่อ
พัฒนาผู้สูงอายุในทุกด้านอย่างเหมาะสมกับ
สถานการณ์ของสังคมไทย

3.3 มิติด้านภูมิปัญญา

สนับสนุนผู้สูงอายุในการถ่ายทอดสิ่งดีงามแก่
ลูกหลาน เป็นที่พึ่งทางความคิดทางจิตใจของคนใน
ครอบครัว สนับสนุนการตั้งชมรมธนาคารสมอง
(brain bank)จากผู้สูงอายุที่มีความรู้ความชำนาญใน
ด้านต่างๆ เพื่อเป็น resource person สำหรับชุมชน
สร้างแกนนำในการเคลื่อนไหวให้สังคมตื่นตัว ในเรื่อง
“ชีวิตสาธารณะ”หรือให้เห็นคุณค่าของ “ส่วนร่วม”
ค้นหา สนับสนุน ช่วยเหลือตอบแทนและให้การ
รับรองกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุที่มีความสามารถที่เป็นภูมิ
ปัญญาชาวบ้าน ปราชญ์ชาวบ้านเพื่อถ่ายทอดวิชาการ
แก่ลูกหลาน บูรณาการระหว่างความรู้ใหม่และภูมิ
ปัญญาท้องถิ่นเพื่อการแก้ไขปัญหและพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดพัทลุง

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมที่เหมาะสม ภายหลังการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานด้วยกระบวนการ AIC พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความ

พบว่า การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ จะต้องมีการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ 3 รูปแบบได้แก่ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลหรือครอบครัว การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน

และการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย และจิตใจ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านอาหาร และโภชนาการ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ชุมชนมีนวัตกรรมที่เหมาะสม การสื่อสารเทคโนโลยี มิติด้านภูมิปัญญา เพราะการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุเป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป⁽⁶⁾ (ภัทรพร ไพเราะ, 2559)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม แกนนำครอบครัวและชุมชน หลังได้รับการดำเนินการกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่า ก่อนได้รับการพัฒนา ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาต่อยอดภายในกลุ่มของแกนนำครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผสมผสานแนวทางปฏิบัติ ที่มุ่งเน้นการใช้ชุมชนเป็นฐาน ให้กลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและครอบครัว ได้ ดำเนินการประเมินตนเอง ค้นหาความสามารถและศักยภาพของตนเอง ในลักษณะของการดูแลตนเอง (Self-care) หาแนวทางในเชิงการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากผู้สูงอายุนั้นเกิดอาการเจ็บป่วยแล้ว (Prevention) การสร้างเครือข่ายฝึกกำลังสร้างสังคมที่มีความเอื้อเฟื้อเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งในแบบเพื่อช่วยเพื่อน จิตอาสา และแบบวิชาชีพ ซึ่ง

สอดคล้องกับแนวคิดของ ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัมพากร⁽³⁾ (2556) ที่ได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น มีเป้าหมายของการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ ศรี และ อรสา กงตาล⁽⁷⁾ (2556) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์

3. ประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมครอบครัวให้แสดงบทบาทการดูแลผู้สูงอายุสูงอายุนั้น ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยของ นาริรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตร์ ทยานศิลป์⁽⁸⁾ (2556) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ตัวแบบ



การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมือง
และกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะ หรือการนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ การพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ด้วยกระบวนการ AIC เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่เข้าประชุมแต่ละคน อีกทั้งยังสามารถนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง

ต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาเรียนรู้ วิเคราะห์และพัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน ได้รูปแบบ และกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุใน การดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งในพื้นที่อื่นๆ สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปประยุกต์ปรับให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพฯ ; 2557.
2. Population Division. Department of Economic and Social Affairs, United Nations; 2002.
3. ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินทร์ กลัมพากร. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน; 2556.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ฐานข้อมูล HDC; 2565.
5. อรุณ จิรวัดนกกุล. ชีวสถิติ, พินิจลักษณ์, ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
6. ภัทรพร ไพเราะ. แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองและให้บุคคลอื่นดูแลของผู้สูงอายุ; 2559.
7. อรสา กงตาลพ. การให้บริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง; 2556.
8. นาริรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร; 2556.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผิดนัด

The Caring System Development for Hypertensive Patients with Missed an Appointment

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

นฤมล สบายสุข¹ ลำพรรณ แสนบึง²

Narumol Sabyusook¹ Lampan Sanbing²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิดนัด และศึกษาประสิทธิผลระบบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิดนัดและความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิดนัดที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิดนัดและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 80 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน จะได้รับการดูแลตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ได้รับการตรวจรักษาและคำแนะนำตามสภาพผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การนัดหมายให้มาตรวจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง แบบบันทึกการรักษาพยาบาลและผลระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติ t – test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผลการศึกษาพบว่า

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิดนัด ประกอบด้วย การติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดทางโทรศัพท์ และ line application ผ่านทางญาติผู้ป่วยร่วมกับการให้ความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยพยาบาลที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์สาเหตุการผิดนัด

2. ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิดนัด พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งและความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) ระดับความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ระดับความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจของการรับบริการรักษาพยาบาลระดับมาก ร้อยละ 80.0

คำสำคัญ: ระบบดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, การผิดนัด

Abstract

This research and development aims to develop a care system for hypertension patients by default in community hospitals. Uttaradit Province and to study the effectiveness of the defaulted hypertension care system and the satisfaction with the developed hypertension care system. The sample consisted of 80 patients with hypertension who defaulted and were willing to cooperate in the research. The experimental group, 40 people, received care according to the developed care system. The control group, 40 people, received treatment and advice according to the patient's condition, such as taking medication. Make an appointment to check. The instrument used in this study was a care system for patients with hypertension. Questionnaires before and after the experiment, medical record form and blood pressure results. Data were analyzed by content analysis and t-test statistics at the significance level .05. The study found that:

1. The default care system for hypertension patients consisted of follow-up of patients for appointments by telephone and line application through patients' relatives together with providing knowledge and self-care behaviors. by nurses responsible for chronic non-communicable diseases and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตรอน

follow-up home visits with staff of Tambon Health Promoting Hospital (Public Health Hospital), public health volunteers to analyze causes of default.

2. Efficiency of care system for patients with hypertension who defaulted. Self-care behavior was better than before the experiment ($p < .05$), systolic and diastolic blood pressure levels were significantly reduced ($p < .05$), and knowledge about hypertension. Self-care behavior was better than the control group ($p < .05$), systolic and diastolic blood pressure levels were significantly lower than the control group ($p < .05$). Patients with hypertension were satisfied of receiving medical services at a high level at 80.0 %.

Keyword: Caring system, Hypertension, Attendance

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1,130 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1,560 ล้านคน ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 370,000 ล้านบาททั่วโลก¹ โดยพบว่าประชากรเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคน ต่อปี หรือร้อยละ 12.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก² จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 ในปี 2557 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 และการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 ในปี 2563 พบคนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.7 เพศหญิง ร้อยละ 24.2 (วิชัย เอกพลากร, 2564) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6,846,137 คน มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่พบบ่อยคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (5.8 ล้านคน) ไม่ทราบหรือทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเองต่อรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง มีเพียงร้อยละ 6 (0.8 ล้านคน) ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่

ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้ง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือภูมิลำเนาอยู่ห่างไกล ระยะเวลาที่รอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาและอุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษา คือ แพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง แต่เมื่อรู้สึกว่าอาการทั่วไปผิดปกติจะเรียกร้องให้แพทย์ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด⁴

จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 74,787 คน มีผู้ป่วยขาดนัดมารับบริการหรือพบประวัติมารับบริการแค่ 1 ครั้ง ต่อปี ร้อยละ 28.85 ซึ่งในจำนวนที่ผิดนัดเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 43.15 (32,268 คน) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มารับการรักษาตามนัด พบว่า สัปดาห์นัด ร้อยละ 36.35 (11,728 ราย) รองลงมา คือ ไม่มีอาการ ร้อยละ 30.86 (9,957 ราย) ยายังเหลือ ร้อยละ 18.05 (5,824 ราย) และไม่สะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 14.75 (4,759 ราย)⁵ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัดมารับการ

รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์อาจไม่ครอบคลุม โดยเน้นเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาล และให้ความรู้ในลักษณะการให้สุขศึกษาเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผิคนัดให้เกิดประสิทธิผลต่อผู้ป่วยมากขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดอุดรดิตถ์ จึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อลดหรือชะลอปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์การพัฒนาระบบตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวทางของดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hairharan)⁶ การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด และระยะที่ 3 การทดลองระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัดและประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด เพื่อนำระบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดอาการตระหนก มารับยาตามนัด และเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัดและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้การพัฒนาระบบตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวทางของดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hariharan)⁶ การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด

การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไข ปัญหา โดยการประชุมระดมสมองแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย (1) กระบวนการที่ต้องติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย (2) ค้นหาประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับการตรวจตรงตามเวลานัดและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง (3) ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและวิธีการวัดผลการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2565 ที่ผิคนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 21,588 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2565 ที่ผิคนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 400 คน⁷ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two stage sampling) ได้แก่ 1) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหรือพื้นที่ (Cluster Area Sampling) จากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพิชัย ทองแสนขัน ตรอน ลับแล ท่าปลา น้ำปาด ฟากท่า บ้านโคก ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลน้ำปาด ฟากท่า ตรอน ทองแสนขัน 2) ทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัดในโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (4 แห่ง) ตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้

โปรแกรมคอมพิวเตอร์สร้างเลขสุ่มและเขียนโปรแกรมคำสั่งระหว่างหมายเลข 1 ถึง N ทำการสุ่มหมายเลขตามจำนวนที่ต้องการเพื่อให้ได้ตัวอย่าง 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง) และระยะเวลาการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ลักษณะการผิวน้ำ การผิวน้ำครั้งสุดท้าย เหตุผลการมาก่อนนัด และเหตุผลการมาหลังนัด ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด/ไม่ทราบให้ (0 คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำแนกเป็น 3 ระดับ^๑ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือระหว่าง 0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือระหว่าง 9-11 คะแนน) ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือระหว่าง 12-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (การปฏิบัติในการดูแลตนเอง) ประกอบด้วย การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการเฝ้าระวังโรค จำนวน 27 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยข้อความชนิดเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อความเชิงบวก ได้แก่ ทุกวัน/ทุกครั้ง (3 คะแนน) เป็นประจำ (2 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยเลย (0 คะแนน) ข้อความเชิงลบ ได้แก่ ทุกวัน/ทุกครั้ง (0 คะแนน) เป็นประจำ (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (คะแนน 2 คะแนน) และไม่เคยเลย (3 คะแนน) การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองในภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือระหว่าง 0- 48 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (ร้อยละ 60-79 คะแนน หรือระหว่าง 49-64 คะแนน) ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือระหว่าง 65-81 คะแนน)

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 ท่าน และด้านการสร้างเครื่องมือ 1 ท่าน) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC)^๘ เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)^๙ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบจำนวน 400 ชุด ทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามพบว่าข้อมูลมีความสมบูรณ์กลับมา ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวน้ำ

1. นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน

2. จัดทำรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวน้ำ โดยการระดมสมองแพทย์พยาบาล นักวิชาการคอมพิวเตอร์และผู้เกี่ยวข้อง

ออกแบบระบบการติดตามบนโปรแกรม Line Notify (ระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนจาก Application line ไปยังบัญชี Line หรือ Group line เพื่อเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข (อส.) ติดตามผู้ป่วยผิวดำให้มาทำการรักษาแบบอัตโนมัติและการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยที่ผิวดำติดตามนัด รวมทั้งติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3. เสนอระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นำปรับปรุงให้เหมาะสมและสะดวกต่อการปฏิบัติ

4. ปรับปรุงระบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำ โดยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 3 การทดลองระบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565 ที่เคยผิวดำอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารับการรักษาครั้งล่าสุดของการรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขันและโรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มๆ ละ 27 คน⁹ เพื่อป้องกันอาสมัครถอนตัวออกจากกรวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 80 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่เข้าร่วมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำ) โรงพยาบาลทองแสนขัน จำนวน 40 คน ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำมีการดำเนินการอย่างไร ต่างจากระบบเดิมอย่างไร แล้วผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มศึกษา/เลือกตามความประสงค์ของผู้ป่วย และกลุ่มเปรียบเทียบ (การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้

ระบบเดิม) โรงพยาบาลน้ำปาด จำนวน 40 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ การรับรู้สติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะทุพพลภาพยั้งดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจตลอดระยะเวลา 3 เดือน เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างการศึกษารักษาขอถอนตัวออกจากกรวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกรวมตัวอย่างโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่างๆ ใกล้เคียงกัน อาทิ เพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นตัวแปรควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวดำ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง) และระยะเวลาการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ลักษณะการผิวดำ การผิวดำครั้งสุดท้าย เหตุผลการมาก่อนนัด และเหตุผลการมาหลังนัด ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ โดยตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด/ไม่ทราบให้ (0 คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำแนกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือระหว่าง 0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือระหว่าง 9-11 คะแนน) ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือระหว่าง 12-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 27 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการเฝ้าระวังโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 4 ตัวเลือก โดยข้อคำถามชนิดเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ทุกวัน/ทุกครั้ง (3 คะแนน) เป็นประจำ (2 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยเลย (0 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ทุกวัน/ทุกครั้ง (0 คะแนน) เป็นประจำ (1 คะแนน) นานๆ ครั้ง (คะแนน 2 คะแนน) และไม่เคยเลย (3 คะแนน) การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ⁸ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือระหว่าง 0-48 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือระหว่าง 49-64 คะแนน) ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือระหว่าง 65-81 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านสถานที่และสภาพแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์และด้านการให้บริการ จำนวน 12 ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 3 ตัวเลือก ได้แก่ น้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ⁸ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือระหว่าง 0-37 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือระหว่าง 38-49 คะแนน) ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือระหว่าง 50-63 คะแนน)

2.2 แบบบันทึกการรักษาพยาบาล ได้แก่ ระดับความดันโลหิต (ค่า BP) ในปัจจุบัน (วันที่มาตรวจ) และ 2 ครั้งก่อนการมาตรวจในปัจจุบัน เก็บข้อมูลบันทึกจาก OPD Card

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **กลุ่มทดลอง** ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม 2566 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มทดลอง 40 คน ตอบแบบสอบถามและตรวจสอบ

ความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยดำเนินการทดลอง ดังนี้ ครั้งที่ 1 (เดือนแรก)

1. ก่อนวันนัดหมายให้มาโรงพยาบาลทองแสนขัน 1 วัน พยาบาล/เจ้าหน้าที่ จะแจ้งติดตามด้วยระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยใช้ Line Application ให้มาตามนัด

2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขัน แพทย์/พยาบาลให้การรักษายาบาลผู้ป่วย

3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการมารับการตรวจรักษาตามนัด โดยการพูดคุยและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวและการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ติดตามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านญาติผู้ป่วย โดยการใช้ Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกับญาติผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)

1. ก่อนวันนัดหมายให้มาโรงพยาบาลทองแสนขัน 1 วัน พยาบาล/เจ้าหน้าที่ จะแจ้งติดตามด้วยระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยใช้ Line Application ให้มาตามนัด

2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขัน แพทย์/พยาบาลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการพูดคุยและใช้สื่อประกอบ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวและการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ติดตามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านญาติผู้ป่วย โดยการใช้ Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกับญาติผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3)

1. ก่อนวันนัดหมายให้มาโรงพยาบาลทองแสนขัน 1 วัน พยาบาล/เจ้าหน้าที่ จะแจ้งติดตามด้วย



ระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยใช้ Line Application ให้มาตามนัด

2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขัน แพทย์/พยาบาล ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย

3. ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยแพทย์/พยาบาล และพิจารณาผลการควบคุมระดับความดันโลหิตทั้ง 3 เดือน (ค่าระดับความดันโลหิต < 140 /90 มิลลิเมตรปรอท) จะติดตามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านญาติผู้ป่วย โดยการใช้ Line Application หรือโทรศัพท์ทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกับญาติผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

หลังการทดลอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2566 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลและแบบบันทึกการรักษาพยาบาล

2. กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม 2566 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มควบคุม 40 คนที่มารับการรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลน้ำปาด ที่ได้รับรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ได้แก่ การตรวจรักษาจากแพทย์/พยาบาล การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้/ปรับยาไปรับประทาน และนัดหมายให้มาตรวจตามนัดใน

แต่ละเดือน หลังการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในเดือนพฤษภาคม 2566 หลังดำเนินการครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การกระจายของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าทุกตัวแปรดังกล่าวมีการกระจายแบบปกติ ($p\text{-value} > 0.05$)

3. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโดยใช้ Independent t-test และเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Paired Sample t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UPHO REC 021/2566 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลในปัจจุบันและอนาคต

ผลการวิจัย

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด



2. ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด การวิจัยนี้ควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ Chi square test พบว่า ไม่มีความ

แตกต่างกัน ($p < .05$) ซึ่ง ลักษณะข้อมูลทั่วไปมีความเหมาะสมต่อการเปรียบเทียบประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัด

2.1 การเปรียบเทียบการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิคนัดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแล

ตนเอง ความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตารางที่ 1) หลังการทดลองพบว่า ภายหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่ผิวนัด กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 40$)

รายการ	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	t	p-value	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง								
กลุ่มทดลอง	10.40	1.67	1.581	.118	11.65	1.16	7.170	.000
กลุ่มควบคุม	9.87	1.26			9.82	1.12		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง								
กลุ่มทดลอง	58.15	6.99	.394	.695	61.72	5.20	3.519	.001
กลุ่มควบคุม	57.57	6.02			57.37	5.83		
ระดับความดันโลหิต								
Systolic (mm Hg)								
กลุ่มทดลอง	136.12	9.48	.629	.532	123.90	8.76	4.236	.000 *
กลุ่มควบคุม	134.95	7.05			132.92	10.23		
Diastolic (mm Hg)								
กลุ่มทดลอง	78.47	8.21	1.557	.123	70.10	5.43	4.805	.000 *
กลุ่มควบคุม	76.17	4.44			75.90	5.35		

2.2 การเปรียบเทียบการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวนัด ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวนัด กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการ

ทดลองและความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ลดลง ($p<.05$) (ตารางที่ 2) กลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนและหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

รายการ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\bar{X}$	SD	t	p-value	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง								
ก่อนทดลอง	10.40	1.67	6.750	.000	9.87	1.26	.321	.750
หลังทดลอง	11.65	1.16			9.82	1.12		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง								
ก่อนทดลอง	58.15	6.99	7.486	.000	57.57	6.02	.984	.331
หลังทดลอง	61.72	5.20			57.37	5.83		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

รายการ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\bar{X}$	SD	t	p-value	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ระดับความดันโลหิต								
Systolic (mm Hg)								
ก่อนทดลอง	136.12	9.48	8.916	.000 *	132.95	7.05	1.349	.185
หลังทดลอง	123.90	8.76			132.92			
Diastolic (mm Hg)								
ก่อนทดลอง	78.47	8.76	7.316	.000 *	76.17	5.83	.443	.660
หลังทดลอง	70.10	5.43			75.50	5.35		

3. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัดที่เข้าร่วมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความ

ดันโลหิตสูงที่ผิมนัด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัด

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (29 – 36 คะแนน)	32	80.0
ปานกลาง (21 – 28 คะแนน)	8	20.0
ต่ำ (น้อยกว่า 21 คะแนน)	0	0.0

สรุปและอภิปรายผล

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัด เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับปัญหา โดยพัฒนาภายใต้การศึกษาริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือ ภูมิลาเนาอยู่ห่างไกล ระยะเวลาที่รอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ข้างเคียงของยาหรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก⁴ ที่นำมาสู่การวิเคราะห์ปัญหาการผิมนัดในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุร่วมกับการอ้างอิงเอกสารทางวิชาการ วรรณกรรม และ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยการระดมสมองของทีมผู้ให้บริการ ดูแลรักษา โดยระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัดที่พัฒนาขึ้น พยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำการนัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกับญาติผู้ป่วย การตรวจรักษาจากแพทย์ การให้ความรู้และประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง การให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง ภายหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัด พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัดทำให้ผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ศรีหิรัญ¹⁰ ที่พบว่า การติดตามทางโทรศัพท์มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองถูกต้อง และณัฐริรา ประสาทแก้ว¹¹ ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มที่ใช้รูปแบบสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม

ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวนัด พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและระดับความดันโลหิตลดลง เนื่องมาจากการติดตามผู้ป่วยด้วยการใช้ Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกับญาติผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว มีการติดตามและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกิดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง ซึ่งในการพูดคุย ติดตามเป็นการให้ความรู้แนะวิธีการปฏิบัติตน ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้วิธีการปฏิบัติตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้ Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกับญาติผู้ป่วยเป็นการสื่อสารที่ใกล้ชิดแบบ 2 ทาง สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสอบถามผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่หรือหากผู้ป่วยไม่เข้าใจก็จะได้ซักถามได้¹² เกิดความสะดวก รวดเร็ว ช่วยในการติดตามอาการ การประเมินสภาพและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยได้ ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น¹³ ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ทั้งนี้ การใช้

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวนัดทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยระดับความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเจี๊ยะ ปาตีหมีะ ปินอับรอเฮง และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ (ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและระดับความดันโลหิต) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม เช่นเดียวกับผลการศึกษาของณัฐริรา ประสาทแก้ว และคณะ¹¹ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตชนิด Systolic และ Diastolic ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิวนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0 เนื่องจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเอื้อต่อการสื่อสารด้วย Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกับญาติผู้ป่วย เป็นการสื่อสารที่ใกล้ชิดแบบ 2 ทาง ส่งผลการเรียนรู้และการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้สามารถเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับโรคได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ป่วยด้วย Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล (รพ.สต.) (อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกว่าเป็นการใส่ใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และมีการติดตามความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลส่งผลต่อการเสริมพลังให้กำลังใจและความพึงพอใจในการจัดบริการตามมา¹⁵

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัด พบว่า การติดตามผู้ป่วยให้มารักษาตามนัดให้ความรู้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยใช้ Line Application ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยต้องมี Smart Phone มีระบบ Internet ที่สามารถใช้ได้กับ Smart Phone และใช้ Application Line ได้ การวิจัยนี้จึงนำญาติผู้ป่วยที่สามารถใช้ Line Application เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลชุมชนควรพิจารณากำหนดเป็นนโยบายในการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัด ไปใช้ในการดำเนินการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มารับการรักษาพยาบาลตามนัด

2. จัดให้มีระบบการติดตามและประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ Line Application ผ่านญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกและประหยัดค่าใช้จ่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผิมนัดให้เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อประสานงานการรักษาพยาบาลเมื่อจำเป็นและได้ตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจ

2. ควรศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยการประยุกต์ใช้ระบบในลักษณะดังกล่าวนี้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2019. [cited 2022 Nov 2]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Singh, et al. Effect of guava intake on serum total and HDL cholesterol levels and systemic blood pressure. American Journal of Cardiology. (1992); 1289-1291.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9134>.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรินิตี้; 2562.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2565.
6. Dey, K. P., & Hariharan, S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. The TQM Magazine. 2006; 583-605.
7. Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis. London : John Weather Hill, Inc.; 1967.
8. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ:

- Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
10. รัชนี ศรีหิรัญ. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
 11. ญัฐิรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, วันทนา มณีศรี วงศ์กุล. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ค. 2565].
แหล่งข้อมูล: [http:// www.tci-thaijo. org/index. php/jph/article/view/7864](http://www.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/7864)
 12. Beckie TA. Supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung. 1989; (18):46-55.
 13. Kinsella A. Telehealth and home care nursing. Home Healthcare Nurse; 2000; (15): 796-97.
 14. เจ๊ะปาดีหะมะ บินอับรอเฮง สุไกรญา นิยมเดชา และอมรรัตน์ นวลภักดี. ประสิทธิภาพโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปัตตานี. รายงานวิจัย; 2556.
 15. ดารณี เทียมเพ็ชร, กศิมา สงารัตน์พิมาน, มัญจิตา อักษรดี, เพ็ญพร ทวีบุตร, วรเดช ช้างแก้ว. การพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข; 2559; (25):156-69.



ผลของการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Effects of Fall Prevention Guidelines female surgery ward Uttaradit Hospital

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

เสาวภาคย์ สุขเกษม¹

Saowapak sookKasem¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งทุกชนิด จำนวน 60 คน คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (2) แบบประเมิน Falls Risk Assessment tool (2) แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม รายเหตุการณ์ (3) แบบบันทึกอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม (4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.33 หลังการกลุ่มทดลองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต่ำ ร้อยละ 73.3 หลังการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การสังเกตการณ์การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยมีป้ายระวังพื้นลื่น, ติดแผ่นกันลื่นบริเวณทางลาด, มีกริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ ร้อยละ 100.00 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพลัดตกหกล้ม, แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม, ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of using a fall prevention guideline and the satisfaction of the users of a fall prevention guideline. female surgery ward Uttaradit Hospital Population is a registered nurse in the female surgery ward. The samples consisted of 22 patients at Uttaradit Hospital. The sample group consisted of 60 patients at risk of all types of cancer, namely the control group and the experimental group, 30 each group. The research tools were: (1) Fall prevention guidelines female surgery ward Uttaradit Hospital (2) a Falls Risk Assessment tool (2) an event-by-falls recording form (3) a fall incidence recording form (4) a professional nurse's satisfaction rating form on fall prevention guidelines fall down Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, chi-square and content analysis.

The research results showed that before the trial, the risk of falls of cancer patients admitted in the women's surgery ward was low, 43.33%, after the experimental group, the risk of falling was low, 73.3% after using the prevention method. Falling down in the female surgery ward Uttaradit Hospital found that the risk of falls of cancer patients treated in the female surgical ward was significantly reduced ($p < .05$).

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Professional nurses female surgery ward Uttaradit Hospital found that professional nurses managed to keep the environment in the wards safe with signs for slippery floors, anti-slip pads on the slopes, and a buzzer for help in the bathroom 100.00 percent. The use of the fall prevention guideline and the satisfaction of the users of the fall prevention guideline were at a high level.

Keywords: Fall, Cancer Patients, Fall Prevention Guidelines

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติการณ์ไม่เพียงประสงค์ที่พบบ่อยในโรงพยาบาล โดยเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของอุบัติเหตุที่พบในผู้ป่วย¹ พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ซึ่งการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น² ผลกระทบของการพลัดตกหกล้มทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เกิดความพิการและเสียชีวิต³ นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจภายหลังเกิดการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยกลัวการหกล้มซ้ำ การทำกิจกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง⁴ ค่าใช้จ่ายของครอบครัวและโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁵ ทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและญาติรู้สึกผิดและวิตกกังวล⁵ ทั้งนี้ สาเหตุการพลัดตกหกล้มเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้¹ ส่งผลให้องค์การทางวิชาชีพพยาบาลกำหนดอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการส่งเสริมความปลอดภัย โดยกำหนดให้การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกและมีความสำคัญที่ช่วยให้ทีมดูแลผู้ป่วยมีข้อมูลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายที่นำไปสู่กิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม⁶ ด้วยการระบุตัวผู้ป่วยที่เสี่ยงด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เป็นมาตรฐานประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ค่าคะแนนรายปัจจัยเสี่ยงและค่าคะแนนรวมที่จะระบุตัวผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แต่ไม่พบแบบประเมินใดที่สามารถนำมาประเมินความเสี่ยงที่เหมาะสมกับกับผู้ป่วยได้ทุกราย กล่าวคือ การนำแบบประเมินไปใช้ต้องคำนึงถึงลักษณะ ผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามสถานการณ์จริง รวมทั้งแบบประเมินที่ดีต้องมี

ความไวและความจำเพาะสูง มีความสอดคล้องตรงกัน รูปแบบเป็นตารางและมีคำอธิบายวิธีการใช้ชัดเจน ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินเหมาะสม รวมทั้งกำหนดค่าคะแนนเริ่มต้นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ให้บริการการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน วิสัยทัศน์คือ โรงพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยเน้นความเป็นเลิศด้านมะเร็ง อุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวใจและหลอดเลือด มารดาและทารกแรกเกิด รวมทั้ง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคทางศัลยกรรมทั่วไป และโรคมะเร็งทางศัลยกรรมทุกระยะที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มด้วยแบบประเมิน Falls Risk Assessment tool โดยกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มเป็นศูนย์ ซึ่งการดำเนินการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2561–2563 พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 0.16, 0.32 และร้อยละ 0.24 ตามลำดับ อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มส่วนใหญ่ระดับ E ขึ้นไป ซึ่งหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (RCA) ของการพลัดตกหกล้ม พบว่า ผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่รักษาเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นมาจากผู้ป่วยและปัจจัยภายนอก

ดังที่กล่าวมาแล้ว การประเมินความเสี่ยง การพลัดตกหกล้มหรือผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ไม่ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มให้ชัดเจน ส่งผลให้การประเมินความเสี่ยงของพยาบาลไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงกำหนดแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งในหอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มที่เป็นเป้าหมายความปลอดภัยตามเข็มมุ่ง 2P safety ของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์และความปลอดภัยผู้ป่วยระดับสากล (Internal patient safety goal: IPSG) และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ อัตราการพลัดตกหกล้มหรือผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์เป็นศูนย์

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pre-posttest) ระยะเวลาวิจัย 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์-30 เมษายน 2565 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาล

อุตรดิตถ์ จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งทุกชนิดทุกรายที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของโพลิตและฮังเกอร์ (Polit & Hunger)⁸ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ค่าความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน⁹ (Cohen, 1988) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งทุกชนิดทุกรายที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย อายุ 20 ปี ขึ้นไป รู้สึกตัวดีขณะเข้ารับการรักษาน สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้และไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามเกณฑ์

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (2) แบบประเมิน Falls Risk Assessment tool (3) การติดสัญลักษณ์ดาวแดงบริเวณเตียงผู้ป่วยและหน้าชาร์จ (4) เอกสารแผ่นพับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (5) แบบบันทึกการทำกิจกรรมเฝ้าระวังและส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังในแต่ละเวร (6) จัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยมีป้ายระวังพื้นลื่น, ติดแผ่นกันลื่นบริเวณทางลาด, มีกริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกปฏิบัติการพลัดตกหกล้ม เป็นการบันทึกจำนวนการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก

หกล้มในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ประกอบด้วย
จำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดพลัดตกหกล้ม

2.2. แบบบันทึกการพลัดตกหกล้มราย
เหตุการณ์ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ
สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ
โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล
การวินิจฉัย วิธีการรักษา วันที่จำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล จำนวนผู้ดูแล (2) ประวัติการพลัดตก
หกล้ม คะแนนความเสี่ยง ระยะเวลานอน
โรงพยาบาล วัน เวลา พลัดตกหกล้ม ตำแหน่ง
บริเวณที่พลัดตกหกล้ม กิจกรรมที่สัมพันธ์กับการ
พลัดตกหกล้ม รายละเอียดเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม
ผลกระทบจากการพลัดตกหกล้ม (3) การเกิด
พลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผ่านการ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการพยาบาล 3 คน เป็นการเก็บข้อมูลที่เป็น
ความจริงคำนวณค่า IOC (Index of Item
Objective Congruence) ได้ค่าเท่ากับ .67 และ
ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ก่อน
นำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลหาความเที่ยงระหว่าง
ผู้ใช้นโยบายการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอ
ผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อ
ป้องกันพลัดตกหกล้ม โดยการคำนวณค่า
Interrater reliability เท่ากับ .89

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพต่อแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
จำนวน 10 ข้อ ค่า Cronbach's Alpha
Coefficient เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการอนุมัติจาก
คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
เลขที่โครงการวิจัย 67/2564 ลงวันที่ 11
พฤศจิกายน 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่าง
ต่อเนื่องตามแนวคิดของ Deming เกี่ยวกับวงจร
คุณภาพเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพ ที่
เรียกว่า FOCUS-PDCA มีขั้นตอน 9 ขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ โดย
ค้นหาประเด็นปัญหาของการพลัดตกหกล้มจาก
การทบทวนรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ การ
สังเกตการณ์และผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางป้องกันการ
พลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ดำเนินการตั้งแต่ 1
กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2565

2. การสร้างทีมงานที่รู้กระบวนการกับ
พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โดย
ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน
การศึกษาแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอ
ผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

3. ทำความเข้าใจกระบวนการโดยประชุม
ทีมผู้ปฏิบัติการในการพยาบาลป้องกันการพลัดตก
หกล้มที่ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวน
ในกระบวนการของทีมปฏิบัติ เปิดโอกาสให้
พยาบาลวิชาชีพแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการ
ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาด ซึ่งใช้แนว
คำถามปัญหา อุปสรรคข้อเสนอแนะเป็นแนว
ทางแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มและจัดทำ
แผนภูมิแกงปลาในการวิเคราะห์หาสาเหตุ

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง
เสนอประเด็นปัญหาและสาเหตุโดยใช้แผนภูมิ
แกงปลาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

6. วางแผนการปรับปรุง วางแผนเกี่ยวกับ
การจัดทำแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอ
ผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

7. นำแนวทางสู่การปฏิบัติ โดยการบรรยาย
ให้แก่พยาบาลทีมปฏิบัติเกี่ยวกับการนำแนวทาง
ป้องกันการพลัดตกหกล้มไปสู่การปฏิบัติกำหนด
บทบาทของพยาบาลและวิธีปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติให้
ครบทุกคนเพื่อสร้างความเข้าใจและเกิดความ
ร่วมมือในการพัฒนาและให้ทดลองปฏิบัติเป็นเวลา

3 เดือน ในระยะทดลองใช้มีการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด

8. ตรวจสอบการปฏิบัติหลังจากทีมปฏิบัติได้ทดลองปฏิบัติแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มที่กำหนด

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องหลังจากนำแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

1.1 ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่เป็นกลุ่มทดลอง อายุ 41–50 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ อายุ 51–60 ปี ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 46.27 ปี การศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 63.33 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 26.67 ปริญญาตรี ร้อยละ 10.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.67 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.67 (11 ราย) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 5 ราย เบาหวาน 3 ราย ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 3 ราย

1.2 ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่เป็นกลุ่มควบคุม อายุ 41–50 ปี ร้อยละ 36.67 รองลงมา คือ อายุ 30–40 ปี ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 48.16 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 50.00 รองลงมา ประถมศึกษา คือ ร้อยละ 26.67

ปริญญาตรี ร้อยละ 3.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.33 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.0 (12 ราย) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 4 ราย เบาหวาน 2 ราย โรคหัวใจ 2 ราย และความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 2 ราย

2. การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มตามแบบประเมินภาวะ Falls Risk Assessment tool ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2.1 การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มตามแบบประเมินภาวะ Falls Risk Assessment tool ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1) กลุ่มทดลอง พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงก่อนการทดลองมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ (0 – 10 คะแนน) ร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ ระดับสูง (21 – 33 คะแนน) ร้อยละ 40.00 และระดับปานกลาง (11–20 คะแนน) ร้อยละ 23.4 ตามลำดับ หลังการทดลองมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต่ำ (0–10 คะแนน) ร้อยละ 73.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (11–20 คะแนน) ร้อยละ 23.4 ระดับสูง (21–33 คะแนน) ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ภายหลังการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ตารางที่ 1

2) กลุ่มควบคุม พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงก่อนการทดลองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง (11–20 คะแนน) ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ ระดับสูง (21–33 คะแนน) ร้อยละ 33.33 และระดับต่ำ (0–10 คะแนน) ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาใน

หอยผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p > .05$) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในหอยผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิติถ์ ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	ก่อนทดลอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง						
ความเสี่ยงต่ำ (0 – 10 คะแนน)	13	43.33	22	73.34	6.857	.032 *
ความเสี่ยงปานกลาง (11 – 20 คะแนน)	5	16.67	7	23.33		
ความเสี่ยงสูง (21 – 33 คะแนน)	12	40.00	1	3.33		
กลุ่มควบคุม						
ความเสี่ยงต่ำ (0 – 10 คะแนน)	8	26.67	12	40.00	4.903	.086
ความเสี่ยงปานกลาง (11 – 20 คะแนน)	12	40.00	15	50.00		
ความเสี่ยงสูง (21 – 33 คะแนน)	10	33.33	3	10.00		

2.2 การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มตามแบบประเมินภาวะ Falls Risk Assessment tool ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในหอยผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิติถ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

1) ก่อนการทดลอง พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

2) หลังการทดลอง พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2) ภายหลังใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มหอยผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิติถ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในหอยผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงไม่มีการพลัดตกหกล้ม แต่ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในหอยผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงกลุ่มควบคุมมีการพลัดตกหกล้ม 3 ครั้ง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ 1 ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในหอยผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิติถ์ ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนการทดลอง						
ความเสี่ยงต่ำ (0 – 10 คะแนน)	13	43.33	8	26.67	4.255	.119
ความเสี่ยงปานกลาง (11 – 20 คะแนน)	5	16.67	12	40.00		
ความเสี่ยงสูง (21 – 33 คะแนน)	12	40.00	10	33.33		
หลังการทดลอง						
ความเสี่ยงต่ำ (0 – 10 คะแนน)	22	73.34	12	40.00	6.850	.032
ความเสี่ยงปานกลาง (11 – 20 คะแนน)	7	23.33	15	50.00		
ความเสี่ยงสูง (21 – 33 คะแนน)	1	3.33	3	10.00		

3. การสังเกตการณ์การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยมีป้ายระวังพื้นลื่น, ติดแผ่นกันลื่นบริเวณทางลาด, มีกริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ ร้อยละ 100.00 รองลงมา คือ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Falls Risk Assessment tool หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ร้อยละ 90.0 การแจกเอกสารแผ่นพับการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้ป่วยและญาติโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความปลอดภัยและการบันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในบันทึกทางการพยาบาลและส่งต่อข้อมูลระหว่างการรับเวร-ส่งเวรเท่ากัน คือ ร้อยละ 75.00 แต่การติดสัญลักษณ์ดาวแดงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้มบริเวณเตียงผู้ป่วยและหน้าซาร์ท เพียงร้อยละ 25.00

4. ความพึงพอใจแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์อยู่ในระดับมาก ($x = 4.52$, $SD. = .41$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มทำให้การพยาบาลมีคุณภาพและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความปลอดภัย รองลงมา คือ ทำให้พยาบาลวางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว สามารถแยกประเภทผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยทำให้ลดอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ทำให้ทีมการพยาบาลตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้รวดเร็ว สามารถประเมินและแปลผลง่าย รวมทั้ง การมีสัญลักษณ์ดาวแดงทำให้การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพขึ้นตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยผลของการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 22 ราย และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งทุกชนิดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มตามแบบประเมินภาวะ Falls Risk Assessment tool จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย พบว่า กลุ่มทดลอง พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงก่อนการทดลองมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ ระดับสูง (21-33 คะแนน) ร้อยละ 40.00 และระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) ร้อยละ 23.4 ตามลำดับ หลังการกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต่ำ (0-10 คะแนน) ร้อยละ 73.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) ร้อยละ 23.4 ระดับสูง (21 - 33 คะแนน) ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ภายหลังจากใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงส่วนใหญ่อายุ 41 - 50 ปี อายุเฉลี่ย 48.16 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและ โรคหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังมากเช่นกัน ถึงแม้จะมีอายุที่ต่ำกว่า 60 ปี ซึ่งนอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มได้สูงกว่าวัยอื่น เช่น ความไม่แข็งแรงของกล้ามเนื้อเกิดความบกพร่องภายในร่างกายทำให้เสียสมดุล การพร่องของสายตาทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายและประเภทการรักษาที่เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มคือผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัด

เท่ากัน ดังนั้นการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักในการประเมินปัจจัยดังกล่าวให้ครบถ้วนทุกข้อมากขึ้น จะช่วยให้ลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มได้¹⁰ ผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเมเร็งทุกชนิดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มตามแบบประเมินภาวะ Falls Risk Assessment tool พบว่า กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มระดับสูง ร้อยละ 40.0 ภายหลังการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง พบว่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มระดับสูงลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 3.33 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับต่ำ ร้อยละ 73.34 กลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มระดับสูง ร้อยละ 33.3 เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มครั้งที่ 2 พบว่า เหลือเพียง ร้อยละ 10.0 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับต่ำ ร้อยละ 40.0

การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยมีป้ายระวังพื้นลื่น การติดแผ่นกันลื่นบริเวณทางลาด มีกริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Falls Risk Assessment tool หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ร้อยละ 90.0 แจกเอกสารแผ่นพับการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้ป่วยและญาติโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความปลอดภัยและการบันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและส่งต่อข้อมูลระหว่างการรับเวร-ส่งเวรเท่ากัน คือ ร้อยละ 75.0 จะเห็นได้ว่า ว่าพยาบาลวิชาชีพที่จะปฏิบัติตามแนวทางประเมินการพลัดตกหกล้มจะมีความตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางซึ่งจะส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มลดลง Thungtrong¹⁶ แต่มีการติดสัญลักษณ์ดาวแดงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้มบริเวณเตียงผู้ป่วย

และหน้าชาร์ท เพียงร้อยละ 25.0 ความพึงพอใจแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$, $SD. = .41$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มทำให้การพยาบาลมีคุณภาพและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความปลอดภัย รองลงมา คือ ทำให้พยาบาลวางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว สามารถแยกประเภทผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยทำให้ลดอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ทำให้ทีมการพยาบาลตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้รวดเร็ว สามารถประเมินและแปลผลง่าย รวมทั้ง การมีสัญลักษณ์ดาวแดงทำให้การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพขึ้น สอดคล้องกับทิพนตร งามกาลและคณะ⁵ สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยของไทยและต่างประเทศต่างๆ ตั้งแต่ปี 2533-2550 ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสามารถป้องกันได้โดยการประเมินความเสี่ยงและการวินิจฉัยความเสี่ยงและลักษณะของโปรแกรม ซึ่งควรมียุทธศาสตร์ประกอบหลักๆ คือ (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยง (2) การวินิจฉัยความเสี่ยง (3) การให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (4) การทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ (5) การให้ความช่วยเหลือในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและขับถ่าย (6) การเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีความพร้อมด้านการรู้คิด และ (7) การปรับสิ่งแวดล้อม

การพัฒนาแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้แบบประเมิน Falls Risk Assessment tool ซึ่งนำมาจากแนวทางการปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทางการแพทย์ (2551) มาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับ

บริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โดยมีการเตรียมความพร้อมโดยการเตรียมแบบฟอร์มที่นำมาปรับปรุงและทดลอง 1 เดือน จึงนำมาปรับปรุงให้สามารถประเมินได้กับผู้มีแรง โดยการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินกรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งมีการใช้สัญลักษณ์ตามแนวทางการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้มในการเตือนว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Triamwisit¹¹ ที่ว่าต้องมีการเตรียมเจ้าหน้าที่ทุกระดับรวมทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ผลยิ่งขึ้นและการใช้แนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้เป็นทิศทางเดียวกันตั้งแต่แรกเริ่มจะทำให้มีการวางแผนการพยาบาลได้ดีขึ้นรวดเร็ว รวมถึงการมอบหมายงานให้กับสมาชิกทีมอย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินแรกเริ่มทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักมากขึ้นในการประเมินผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบประเมินโดยการให้ความเห็นเกี่ยวกับความสะดวกในการใช้งาน การปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมีแรง ซึ่งแนวทางที่คณะผู้ศึกษาใช้ในการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในครั้งนี้ ทำให้ง่ายต่อการตัดสินใจและการเฝ้าระวังป้องกัน ซึ่งการศึกษานี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในช่วงที่ทำการศึกษา นอกจากนั้นการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและมีการประเมินผลติดตามอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง โดยหัวหน้างานหรือผู้รับผิดชอบจะช่วยให้การประเมินและเฝ้าระวังการเกิดพลัดตกหกล้มมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มลดลงได้เช่นกัน สอดคล้องกับคำแนะนำของพาเรลและคณะ (Perell, K.L. et al)¹² ที่กล่าวว่า แบบประเมินที่ดีจะต้องสามารถระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มและเชื่อมโยงไปสู่กิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ผู้ป่วยแต่ละรายได้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้ในส่วนที่เห็นว่าแบบประเมินมองเห็นแนวทางเล็กน้อย ถึงปานกลาง พบว่ามีอุปสรรค ปัญหา คือ ไม่มีคู่มือการป้องกันพลัดตกหกล้มที่แสดงถึงปัจจัยเสี่ยงและแผนการดูแลที่สอดคล้องกันเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจ

ภายหลังใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์พบว่า ผู้ป่วยมีแรงที่เข้ารับการรักษามือผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงไม่มีการพลัดตกหกล้ม แต่ผู้ป่วยมีแรงที่เข้ารับการรักษามือผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงกลุ่มควบคุมมีการพลัดตกหกล้ม 3 ครั้ง เนื่องจากการมีแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุม นอกจากนั้นการประเมินผลลัพธ์การดูแลหรือการพยาบาลจากการใช้แนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ควรมีการประเมินในมิติอื่นเพิ่มเพื่อให้สามารถบูรณาการอย่างสอดคล้องกับภาระงานด้านอื่นด้วย¹³ ทั้งนี้ การพลัดตกหกล้มสามารถป้องกันได้ด้วยการประเมินความเสี่ยงและกำหนดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงและการลดความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของทุกคน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมกับกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่ข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย
2. การนำแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงไปใช้ ควรมีการปรับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน
3. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการประเมิน

แบบอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการใช้ความคิดสร้างสรรค์ของ
บุคลากรให้มากขึ้น ควรมีการศึกษาเชิงสำรวจ
เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม

ภายในโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มโรค กลุ่มอายุ เพื่อ
หาความสัมพันธ์ของสาเหตุและหาแนวทางปฏิบัติ
ที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Loria, G., & Bhargava, A. (2013). Prevention of patient falls - A case study. *Apollo Medicine*, 10 (2), 175–180
2. Majkusova, M., & Jarosova, D. (2014). Falls risk factors in an acute-care setting: A retrospective study. *Cent Eur J Nurs Midw*, 5(2), 47-53
3. Degelau, J., Belz, M., Bungum, L., Flavin, P.L., Harper, C., Leys, K., ... Webb, B. (2012). Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention of Falls (Acute Care). Retrived March 6, 2021 from https://www.icsi.org/_asset/dcn15z/falls-interactive_0412.pdf
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2558). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
5. ทิพนตร งามกาละ และคณะ. (2554). การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลรามา*, 17(1), 108-125.
6. National Patient Safety Agency [NPSA], (2007). Slips, Trips and Falls in Hospital. Retrived March 16, 2021 from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/patient-accidents-falls/>
7. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2551). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1: บริษัทซีจีที จักัด.
8. Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
9. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
10. Shumway-Cook A, Ciol M, Gruber W, Robison C. Incidence of and risk factors for falls following hip fracture in community-dwelling older adults [Internet]. Published 2005 in *Physical therapy*; 2005 [March 16, 2021]. Available from <https://www.semanticscholar.org/paper/Incidenceof-and-risk-factors-for-falls-following-Shumway-Cook-Ciol/497a22d6bda81af535a648a7ac263781509de688>
11. Triamwisit S, Lertkhonsan N, Wongprasert W, Paphan Baiya, Pannee Piyawong, Somporn Khamdeef. Effectiveness of Clinical Practice Guidelines for Fall Prevention and Falling. In *Neurosurgical Patients*, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Journal of Nursing*. Flower garden; 2005. 12 (2): 8-18.
12. Perell, K. L., Nelson, A., Goldman, R. L., Luther, S. L., Prieto-Lewis, N., & Rubenstein, L. Z. (2001). Fall risk assessment measures: An analytic review. *The journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(12), 761–766. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.12.m761>
13. Chancharat B. (2005). Development of Fall Risk Assessment Form for Orthopedic Patients. [Master of Nursing Science Thesis in Administrative Administration]. Chiang Mai: Chiang Mai University.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารใน ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

The Effects of a Self-Care Ability Promotion Program on Eating Behaviors in Uncontrolled Blood Sugar-Controlled Type 2 Diabetes Elderly.

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 30,2023)

อารี ศาสตราวหา¹

Aree Sartwaha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาศูนย์โรคเบาหวาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 54 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและสุ่มแบ่งกลุ่มโดยใช้แบบสุ่มสมบูรณ์เป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน และกลุ่มทดลอง 27 คน โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานใช้เวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ความรู้และการทำกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 9 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($P < .001$) และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The purpose of this research was to study the effects of a self-care competency promotion program on eating behaviors in uncontrolled type 2 diabetes mellitus elderly. A randomized controlled trial research design. The subjects received treatment at the diabetes clinic. Outpatient Nursing Group Kalasin Hospital Kalasin Province, 54 people were selected according to the inclusion criteria and randomly divided into groups by using complete randomization as a control group of 27 people and an experimental group of 27 people. It took 8 weeks. The experimental group received normal nursing care with education and group activities at the 1st and 2nd weeks. Follow-up phone calls were received at the 3rd, 5th, and 7th week. The control group received normal services. Eating behaviors were assessed before and after the end of the program at week 9. Data were analyzed by chi-square descriptive statistics. and t test statistics

Results: After the 9th week of the experiment, the mean scores of the eating behaviors of the experimental group increased more than before the program ($P < .001$) and increased significantly more than the control group ($P < .001$).

Keywords: elderly, type 2 diabetes mellitus

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานเนื่องจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ไต ตา เส้นประสาท หลอดเลือดและหัวใจ¹ และผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 122.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 253.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2585 สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มอายุ² 60 ปี มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราป่วยเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 17.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มเป็นร้อยละ 19.72 มีผู้สูงอายุเบาหวานร้อยละ 55.13 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยมีค่าน้ำตาลสะสมเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ซึ่งเป็นปัญหาที่นำไปสู่การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและไตวาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และมีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ การที่จะสามารถควบคุมโรคเบาหวานไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั้น จะต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม² อีกทั้งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานยังให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุข แต่รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีน้อย

การควบคุมระดับน้ำตาลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมถึง 4.8 เท่า³และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพียงอย่างเดียวสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมใน

เลือด (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานได้ถึงร้อยละ 1 ภายในระยะเวลา 10 สัปดาห์⁴ จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่พบว่าพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารยังอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมที่พบว่ายังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง คือ การจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ การรับประทานอาหารที่เพียงพอต่อวัน⁵

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยนในกลุ่มตัวอย่างอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยนไม่เพิ่มขึ้น แต่พบว่าการให้ความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยนร่วมกับวิธี plate method และการโทรศัพท์ติดตามทำให้กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่รับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น⁶ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น และมี HbA1C ลดลง⁷

การศึกษาในต่างประเทศพบการนำ plate method มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการศึกษาของ Savoie และคณะ⁸ และ Wright และคณะ⁹ ได้ทำการศึกษากิจกรรมการรับประทานอาหารโปรแกรมประกอบด้วย การวางแผนมื้ออาหาร และ My Plate ภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการวางแผนเมนูก่อนเลือกซื้ออาหารเลือกซื้ออาหารตามฉลากโภชนาการเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเลือกรับประทานไขมันดี และเตรียมอาหารโดยไม่ต้องเติมเกลือเพิ่ม อีกทั้ง My Plate ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานผัก ผลไม้ นม โปรตีน เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Yamauchi และคณะ¹⁰ ที่พบว่าการกำหนดสัดส่วนอาหารโดยใช้ plate method มีประสิทธิผลในการลดน้ำหนัก

ลดขนาดการใช้ยาลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนได้ และลด HbA1C ได้ 7-10%¹¹ ซึ่งสามารถใช้ได้ง่ายกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ และนำมาประยุกต์ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า วิธี plate method มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อประยุกต์ใช้ร่วมกับการแลกเปลี่ยนอาหารส่งผลให้ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยลดลง เนื่องจาก plate method ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นสัดส่วนในการรับประทานอาหารแต่ละประเภทได้ชัดเจน เป็นวิธีที่ง่ายสามารถสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตาม ผู้วิจัยจึงสนใจวิธี plate method มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุร่วมกับอาหารแลกเปลี่ยน เนื่องจากการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในรูปแบบดังกล่าวยังมีจำนวนจำกัดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน (the integrated theory of health behavior change) ของ Ryan¹² ซึ่งประกอบด้วยการมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การช่วยเหลือทางสังคม ความสามารถในการกำกับตนเองของบุคคล โดยปัจจัยทั้งสามส่งผลให้มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารโดยวิธี plate method อาหารแลกเปลี่ยน การปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการรับประทานอาหาร นอกจากนั้นผู้วิจัยยังให้การสนับสนุนทางสังคมโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และโทรศัพท์ติดตามประเมินพฤติกรรมเป็นรายบุคคลในการช่วยแก้ปัญหา และให้กำลังใจในการกำกับตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

รับประทานอาหารให้ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานแบบสมัครใจ

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ

1. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุดต้องสูงกว่า 7.5%
2. สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. มีการรับรู้เป็นปกติโดยประเมินจากการทดสอบสมรรถภาพสมอง (TMSE) มากกว่า 23 คะแนน
4. สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ได้

กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต โรคประสาทมีภาวะแทรกซ้อนขั้นวิกฤติ เช่น ไตวาย ระยะสุดท้าย โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเมเร็งระยะสุดท้าย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยกำหนดค่าขนาดความแตกต่างของอิทธิพล (effect size) จากการศึกษางานวิจัยใกล้เคียง¹³ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง 71.82 (SD = 12.78) หลังการทดลอง 84 (SD = 7.79) มีวิธีการคำนวณตามสูตรของ Glass¹⁴ ได้ขนาดอิทธิพล 1.13 จึงเลือกใช้ค่า effect size ขนาดใหญ่ที่ 0.8 นำมาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ที่ alpha 0.05 power 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลองโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 จากงานวิจัยทางคลินิกที่ผ่านมา พบว่าเมื่อมีการศึกษาติดตามในระยะ 4-8 สัปดาห์ จะทำให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างได้ จึงควรกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-30¹⁵ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เป็นจำนวนเท่ากับ 54 คน ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบบล็อกสุ่มสมบูรณ์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดทำตารางเลขสุ่ม 1-54 เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่ม

ควบคุมกลุ่มละ 27 คน จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจับฉลากหมายเลข และนำไปเทียบกับตารางที่จัดทำขึ้นเพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวานจำนวน 216 คน มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 54 คน ทั้งนี้ไม่มีการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้แก่แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง¹⁶ ใช้วัดตัวแปรสมรรถภาพทางสมองทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (orientation) ด้านความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ (calculation) ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (language) และด้านการระลึกได้ (recall) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination :TMSE) คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่า 23คะแนน ถือว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 แบบสอบถาม ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสร้างโดยผู้วิจัยมีจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อน ยาเบาหวานที่ใช้ในการรักษา และการออกกำลังกาย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงแบบประเมินพฤติกรรมบริโภคของ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สร้างโดย พรนภา ไชยอาสา, กนกพร สุคำวัง และอักรอนงค์ ปราโมช¹⁷ ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .91 ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 29 ข้อ ครอบคลุมการประเมินการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเลือกชนิดอาหาร ด้านการกำหนดปริมาณอาหาร และด้านความเหมาะสมในการบริโภค เป็นคำถามทางบวก 28 ข้อ คำถามทางลบ 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่เป็นประจำ ถึงไม่ปฏิบัติ คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดี คะแนน 87-116 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง คะแนน 58.0-86.0 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 29-57 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

3.1 โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การสร้างความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองโดยการถาม-ตอบ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการโดยใช้สื่อการนำเสนอภาพนิ่งผ่านโปรแกรม Power Point เป็นสื่อที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยโปรแกรม Power Point นำเสนอด้วยตัวหนังสือ ขนาด 28 point และมีรูปภาพประกอบคำบรรยายที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเห็นได้ชัดและเข้าใจเนื้อหามากขึ้น อีกทั้งก่อนการบรรยาย ผู้วิจัยเตือนให้ผู้สูงอายุใส่แว่นสายตาและเครื่องช่วยฟังของตนเอง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานซ้ำ โดยเกมเชื่อมโยงสี่เหลี่ยม สายตาย ผู้สูงอายุกำกับติดตามตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายในการรับประทานอาหาร จดบันทึกอาหารที่รับประทาน ปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้ สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารตนเองจากการจดบันทึกและประเมินตนเอง ให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรม

รูปแบบกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยกันค้นหาอุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมและค้นหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามรายบุคคลให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์

3.2 คู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารโดยใช้ plate method การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการตามอาหารแลกเปลี่ยน 6 หมวด เทคนิคการลดรับประทานอาหารหวาน มัน และเค็ม การอ่านฉลากโภชนาการ และความเหมาะสมในการบริโภค เช่น เวลาในการรับประทานอาหาร จำนวนมื้ออาหาร ปริมาณอาหารที่พอเหมาะ เป็นต้น

3.3 แบบบันทึกการกำกับตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การบันทึกอาหารที่รับประทานต่อวัน การตั้งเป้าหมายในการรับประทานอาหารและการประเมินตนเอง

3.4 อุปกรณ์การอบรม ประกอบด้วย สื่อการนำเสนอภาพนิ่งเรื่องโรคเบาหวานและการรับประทานอาหาร แบบจำลองจานอาหาร (food plate model) แบ่งสัดส่วน ของจานเป็น คาร์โบไฮเดรต 14 ส่วน โปรตีน 44 ส่วน และอาหารประเภทกากใย 12 ส่วน จานอาหารขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ความลึก 1/2 นิ้ว และลูกบอลเสี่ยงทาย ประกอบด้วยคำถามทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานจำนวน 15 ข้อ

3.5 เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วแบบพกพา ได้รับการตรวจสอบความแม่นยำ เปรียบเทียบกับเครื่อง biochemistry วัดผลเลือดของผู้ป่วยจำนวน 10 ราย มีค่าใกล้เคียงกัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยนำสื่อการสอนคู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานไปตรวจหาความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content

validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักโภชนาศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การให้ความรู้โภชนาการในผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ .79 คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคได้ค่า .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากการทำวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ แต่จะมีการรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวมที่ไม่ระบุตัวบุคคล และสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการในกลุ่มทดลองแล้วผู้วิจัยจัดส่งคู่มือการรับประทานอาหารให้ทางไปรษณีย์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้พยาบาลเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วย แจ้งเรื่องการทำวิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และหากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลจึงแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบผู้ป่วย

2. จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (TMSE) หากได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่หากได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ผู้วิจัยทำการส่งต่อให้แพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลประจำคลินิกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อไป

4. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบบล็อกสุ่มสมบูรณ์ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองถูกจัดอยู่ในกลุ่มใด

5. ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองทำกิจกรรมภายหลังเสร็จสิ้นคลินิกเบาหวานเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

6. กำหนดเกณฑ์ยุติ (termination criteria) ดังนี้ ระหว่างเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมมีอาการผิดปกติ เช่น มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ซึ่งให้การดูแลเบื้องต้น และอาการไม่ดีขึ้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะเข้าร่วมการวิจัย และขาดการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้งขึ้นไป

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ก่อนพบแพทย์และระหว่างรอรับยาทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สัปดาห์ที่ 2-8 กลุ่มควบคุมอยู่บ้านและรับประทานอาหารหรือนัดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ สัปดาห์ที่ 9 ได้รับการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยผู้วิจัยด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารผ่านทางโทรศัพท์ และได้รับคู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานผ่านทางไปรษณีย์

กลุ่มทดลอง

ได้รับการดูแลปกติและโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยสัปดาห์ที่ 1 ก่อนพบแพทย์และระหว่างรอรับยาทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมภายหลังเสร็จสิ้นคลินิกเบาหวานและรับประทานอาหารเช้าแล้ว ผู้วิจัยสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองโดยการถาม-ตอบคำถามเสริมสร้างความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยการให้ความรู้ประกอบการใช้สื่อแนะนำภาพนิ่ง และสาธิตการวางแผนมื้ออาหารโดยใช้ food plate model ร่วมกับการแลกเปลี่ยนอาหาร กล่าวคืออาหารที่อยู่ในหมวดหมู่เดียวกันสามารถแลกเปลี่ยนในสัดส่วนเดียวกันของจานได้ จากนั้นมอบคู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานและแบบบันทึกการกำกับตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแบบบันทึกการกำกับตนเองเป็นเวลา 3 วัน ใน 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารของตนเองโดยใช้ plate method ร่วมกันกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับการรับประทานอาหารภายในกลุ่ม จากนั้นมอบงานเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว เพื่อนำไปใช้ในการรับประทานอาหาร

ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลอง ฌหองให้ความรู้คลินิกโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองได้รับการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังปฏิบัติการรับประทานอาหารตามคำแนะนำเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยการเล่นเกมถามตอบคำถามจากลูกบอลที่ตนเสี่ยงทายซึ่งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกลุ่มสามารถช่วยกันตอบคำถามได้ ผู้วิจัยชื่นชมและให้กำลังใจในคำตอบที่ถูกต้อง หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัย

อธิบายกับผู้สูงอายุเข้าใจ จากนั้นทบทวนความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเช้าให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับการใช้ plate model และแลกเปลี่ยนอาหาร ผู้สูงอายุประเมินตนเองจากแบบบันทึกร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแก้ปัญหา ผู้วิจัยช่วยเสนอวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสอบถามความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 ผู้วิจัยติดตามกำกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารทางโทรศัพท์ ชื่นชมให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ในสัปดาห์ที่ 9 กลุ่มทดลองได้รับการประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยผู้วิจัยผ่านทางการโทรศัพท์โดยมีการนัดหมายล่วงหน้า จึงไม่พบปัญหาในการประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญ .05 ดังนี้

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 77.8 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ที่ 64.85 ส่วนใหญ่เรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 81.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากถึงร้อยละ 55.6 รายได้เฉลี่ย 10190.13 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 7.30 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

เฉลี่ย 10.98% ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนสูงถึง ร้อยละ 70.4 ส่วนใหญ่รับประทานยาชนิดเม็ด ร้อยละ 59.3 และออกกำลังกายสูงถึงร้อยละ 59.3

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 70.4 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ที่ 66.89 ส่วนใหญ่เรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากถึงร้อยละ 59.3 รายได้เฉลี่ย 3529.13 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 81.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 10.28 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ย 10.41% ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนสูงถึง ร้อยละ 51.9 ส่วนใหญ่รับประทานยาชนิดเม็ด ร้อยละ 81.5 และไม่ออกกำลังกายสูงถึงร้อยละ 63.0

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 79.19 คะแนน (SD

= 6.47 อยู่ในระดับปานกลางกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 78.93 คะแนน (SD = 7.91) อยู่ในระดับปานกลางเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .13, p = .896$) ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 80.15 คะแนน (SD = 6.37) อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 96.89 คะแนน (SD = 6.40) อยู่ในระดับสูงเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.64, p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม การรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=27)		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ก่อนทดลอง	78.93	7.91	79.19	6.47	.13	26	.896
หลังทดลอง	96.89	6.40	80.15	6.37	-9.64	26	.000

$p < .001$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 80.15 คะแนน (SD = 6.37) อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 96.89

คะแนน (SD = 6.40) อยู่ในระดับสูง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.38, p < .019$) และ ($t = -16.84, p < .001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม การรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=27)		t	df	P- value
	M	S.D.	M	S.D.			
ก่อนทดลอง	79.19	6.47	80.15	6.37	-3.38	26	.019
หลังทดลอง	78.93	7.91	96.86	6.40	-16.84	26	.000

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยโดยพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ๑ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ๑ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับประทานอาหาร มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรับประทานอาหาร และทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจในส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุโดยให้กำลังในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารทั้งขณะทำกลุ่มและโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานซ้ำโดยใช้เกมลูกบอลเสี่ยงทายกระตุ้นความสนใจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสนุกสนาน เปิดโอกาสให้ช่วยกันตอบคำถามได้ภายในกลุ่ม จากการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุสามารถช่วยกันตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้

ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุร่วมกันตั้งเป้าหมายในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มอบคู่มือการรับประทานอาหารและคู่มือการกำกับตนเอง ผู้สูงอายุจัดบันทึกรายการอาหารซึ่งการจดบันทึกจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองและระบุปัญหาอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยในสัปดาห์ที่ 2 ผู้สูงอายุจะต้องประเมินตนเองว่าพฤติกรรมใดที่ปฏิบัติได้และยังปฏิบัติไม่ได้ พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการควบคุมอาหารร่วมกันกำหนดปัญหาและจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โดยพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ส่วนใหญ่คือการลดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มรสหวานจัด พฤติกรรมที่ยังปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอคือการดื่มนมไขมันต่ำ สามารถรับประทานอาหารได้ตามสัดส่วนที่พอเหมาะมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาในการแลกเปลี่ยนอาหารไม่สามารถจำได้ต้องเปิดดูคู่มือบ่อยครั้ง

ผู้วิจัยกำกับติดตามทางโทรศัพท์เฉพาะรายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน นอกจากนี้ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยได้มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาสนับสนุนทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานของ Ryan¹² กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเชื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย และสามารถแก้ปัญหาในสิ่งที่ขัดแย้งกับเป้าหมายของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุกำกับตนเองได้และนำไปสู่การ

ปฏิบัติเป็นพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและเปลี่ยนเป็นวิถีชีวิต มากไปกว่านั้นการโทรศัพท์ติดตามอย่างต่อเนื่องและการทำกิจกรรมกลุ่มยังเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมตามทฤษฎีของ Ryan¹⁴ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกิดการสื่อสาร และสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า การแนะนำให้ผู้สูงอายุควบคุมการรับประทานอาหารโดยใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยนร่วมกับวิธี plate method และใช้แบบจำลองจานอาหารในการสาธิต ซึ่งเป็นวิธีที่เข้าใจง่ายเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ² และได้ให้ผู้สูงอายุฝึกการวางแผนมื้ออาหารด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจวิธีการและสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารประเภทข้าวแป้งและน้ำตาลลดลง ร่วมกับเพิ่มการรับประทานอาหารประเภทกากใย โปรตีน และรับประทานผลไม้รสหวานน้อยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การรับประทานนมถั่วเหลืองนมพร่องมันเนย หรือนมไขมันต่ำพบว่าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุอาจไม่คุ้นเคยกับการรับประทานนม ซึ่งจากการประเมินพฤติกรรมผู้สูงอายุมักบอกว่ากลัว รับประทานแล้วจะอ้วน

สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชดา จันทราภรณ์ และคณะ⁷ ที่ใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยนร่วมกับ My Plate ใช้การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ปรับเปลี่ยนแผนเมื่อให้บรรลุเป้าหมาย ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมี HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wright และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ Healthy Diabetes Plate ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลประกอบด้วยความรู้เรื่องอาหาร 5 หมู่ วิธีการ

เลือกซื้ออาหาร วิธีปรุงอาหาร และการรับประทาน อาหารนอกบ้าน การอัปเดตรูปภาพมื้ออาหารของตนเองในโซเชียลมีเดีย เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าความสามารถในการวางแผนและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น แสดงให้เห็นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระยะยาว รวมถึงควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพื่อเป็นข้อยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และผลของโปรแกรมนี้นำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารได้ จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ไปใช้ในการให้ความรู้และดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมในคลินิกเบาหวาน เนื่องจากโปรแกรมสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารได้ง่ายขึ้น อีกทั้งวิธี plate Method เป็นวิธีที่ง่ายทำให้ผู้สูงอายุกำหนดปริมาณอาหารได้ดีขึ้น

2) ควรเผยแพร่คู่มือการรับประทานอาหารที่ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างทั่วถึง มีความสนใจในการรับข้อมูล สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้



เอกสารอ้างอิง

1. รื่นจิต เพชรจิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(2), 25-28.
2. สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ปณิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 Nursing Science Journal of Thailand. 2022; 40(1):84-98.
3. Usay P, Muangsom N, Kowit P. Factors associated with glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients attending tambon health promotion hospitals within the Banphai hospital's catchment area, Khon Kaen province. KKU Journal for Public Health Research. 2012;5(3):11-20.(in Thai).
4. Ziaee A, Afaghi A, Sarreshtehdari M. Effect of low glycemic load diet on glycosylated hemoglobin (HbA1c) in poorly-controlled diabetes patients. Glob J Health Sci. 2012;4(1):211-6. doi:10.5539/gjhs.v4n1p211.
5. Pethchit R. Self-care behaviors and blood sugar control among patients with diabetes mellitus at Khienka hospital, Suratthani province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2015;2(2):15-28. (in Thai).
6. Fuangfung S, Kaveevivitchai C, Piaseu N. Effects of diet control program using food exchange on knowledge, health behaviors, and blood glucose levels among persons with type 2 diabetes in district health promoting hospital. Journal of Public Health Nursing. 2015;29(3):34-49. (in Thai)
7. Jantraporn R, Pichayapinyo P, Lagampan S, Mayurasakorn K. Effects of carbohydrate reduction program and telemonitoring on glycosylated hemoglobin in patients with poorly controlled type 2 diabetes: a randomized controlled trial. J Med Assoc Thai. 2019;102(5):523-9.
8. Savoie MR, Mispireta M, Rankin LL, Neill K, LeBlanc H, Christofferson D. Intention to change nutrition-related behaviors in adult participants of a supplemental nutrition assistance program-education. J Nutri Health. 2015;47(1):81-5. doi: 10.1016/j.jneb.2014.08.009.
9. Wright I, Safaii S, Raidl M, Buck JH, Spencer MR, Sant, LL, et al. Effectiveness of the healthy diabetes plate and social media project. J Nutr Health. 2015;1(2):6. doi: 10.13188/2469-4185.1000007.
10. Yamauchi K, Katayama T, Yamauchi T, Kotani K, Tsuzaki K, Takahashi K, et al. Efficacy of a 3-month lifestyle intervention program using a Japanese-style healthy plate on body weight in overweight and obese diabetic Japanese subjects: a randomized controlled trial. Nutr J. 2014;13:108. doi: 10.1186/1475-2891-13-108.
11. Bowen ME, Cavanaugh KL, Wolff K, Davis D, Gregory RP, Shintani A, et al. The diabetes nutrition education study randomized controlled trial: a comparative effectiveness study of approaches to nutrition in diabetes self-management education. Patient Educ Couns. 2016;99(8):1368-76. doi: 10.1016/j.pec.2016.03.017.
12. Ryan P. Integrated theory of health behavior change: background and intervention development. Clin Nurse Spec. 2009;23(3):161-70; quiz 171-2. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181a42373.
13. Suksan N, Kespichayawattana J. Effects of promotion self-regulation program on eating behaviors and waist circumference in older patients with Obese Diabetes. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017;44(3):85-102. (in Thai).
14. Glass GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. Educ Res. 1976;5(10):3-8. doi:10.2307/1174772.



15. Pitisutthitham P, Pichiansunthorn C. Textbook of clinical research. Bangkok: Vaccine Center, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2018. 660 p. (in Thai).
16. Train the Brain Forum Committee (Thailand). Thai mental state examination. Siriraj Hospital Gazette. 1993;45:359-74.
17. Chaiarsa P, Sukamwang K, Pramoch A. Effect of self-efficacy and social support enhancement program on food consumption behavior among the elderly with diabetes mellitus. Nursing Journal. 2008;35(3):59-71. (in Thai).
18. Idaho Plate Method. Booklet-how to use the Idaho Plate Method for diabetes meal planning [Internet]. Rock Springs, WY: Idaho Plate Method; 2019 [cited 2020 Nov 25]. Available form: <http://www.platemethod.com/downloads.html>.



การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีสมเด็จ

Development of a care model for Stroke Patient on Intermediate care, Continuously at home, Srisomdej District Health Service Network.

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

ศิริพร เผ่าภูธร¹

Siriporn Phuputorn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลาง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บรายใหม่ในระยะ 6 เดือนแรก จำนวนผู้ป่วย 34 ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2563 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกระดมความคิดเห็น แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินทักษะปฏิบัติของผู้ดูแลและจิตอาสา แบบประเมิน ADL แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่า จิตอาสาในชุมชนและสหสาขาวิชาชีพ มีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนา ($p<0.05$) อาการดีขึ้นร้อยละ 91.17 เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับจำนวน 1 รายคิดเป็น ร้อยละ 2.94 ได้รับการประเมินและวินิจฉัยว่าเป็นคนพิการเมื่อครบ 6 เดือน จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5.88 ผู้ดูแลหลัก จิตอาสาและทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อารูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Abstract

This research and development aimed to study the situation of stroke and develop a care model for stroke patients who receive mid-term care. The sample group was purposively selected to be new ischemic stroke patients within the first 6 months. The total number of patients was 34. The study period was from December 2019 to December 2020. The data collection tool included focus group questions. Brainstorming record form In-depth interview Practical skills assessment form for caregivers and volunteers, ADL assessment form, complication assessment form, and satisfaction assessment form. Data were analyzed using content analysis. Descriptive statistics and comparing results before and after using the model using t-test statistics.

The results of the study found that volunteerism in the community and interdisciplinary professions Have correct knowledge, understanding and skills Stroke patients who received mid-term care had higher scores in their ability to perform daily activities than before the development ($p<0.05$). Symptoms improved by 91.17%. Complications of pressure sores occurred in 1 case, accounting for 1 case. 2.94% were assessed and diagnosed as disabled at the end of 6 months, 2 cases accounting for 5.88%. The main caregivers, volunteers and the multidisciplinary team were at the highest level of satisfaction with the care model.

Keywords: Model development, Stroke patients on Intermediate phase, Continuing care to home

¹ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

ข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิต ของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทยที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานการแพทย์แล้วพบว่า อัตราตายในช่วง อายุ 30-69 ปี โดยพบว่า โรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากที่สุด คือโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติ 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากรและพบการเกิดความชุกของโรค ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางกายและความเคลื่อนไหว มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 75ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เสียชีวิตแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่มามากน้อยแล้วแต่ความรุนแรงของโรค การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง¹ แม้ขณะนี้มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะวิกฤติและมีอายุยืนยาวแต่ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวข้างต้น มักทึงให้ความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะหลงเหลืออยู่² ทั้งนี้ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในหรือแบบเยี่ยมบ้าน การเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันมักขึ้นกับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก³ รวมทั้งขาดระบบฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมเพียงพอ สถานการณ์ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งซีก⁴ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสรุปรายงาน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ แยกตามโรค/รายโรค.กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลศรีสมเด็จปี 2560, 2561และ 2562มีจำนวนผู้ป่วย 38,42และ 44 ราย (109.82, 121.737และ และ 126.17ต่อแสนประชากร)มีจำนวนผู้เสียชีวิตจำนวน 2 ราย 3 ราย และ 3 รายมีความพิการถาวร 5 ราย 7 ราย และ4ราย ตามลำดับค่าใช้จ่ายเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่มูลค่าบริการต่อปีจำนวน บาท 580,120 ,610,780และ715,820 บาทตามลำดับส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและวัยผู้ใหญ่ และพบในวัยหนุ่มสาวเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อ

เศรษฐกิจความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ต้องปรับตัวและเผชิญปัญหาการมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องให้การดูแลเกือบตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความบกพร่องด้านร่างกาย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นพบว่าการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะเริ่มขึ้นภายในเวลาตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่เกิดโรค⁵ ถ้าหลัง 6 เดือนแล้วจะทำให้การฟื้นตัวช้าลงและเกิดความพิการอย่างถาวร

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 6 เดือนแรกภายหลังจำหน่ายแล้วกลับไปพักฟื้นที่บ้านแม้จะได้รับการดูแลแบบเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้งและนัดมาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ แต่ยังคงพบปัญหาด้านการดูแลต่อเนื่องเนื่องจากมีความจำกัดของบุคลากร ความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านการดูแลระยะกลางยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ดูแลหลักและจิตอาสาในชุมชนยังมีความรู้และทักษะที่จำเป็นทักษะพิเศษต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอและยังไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน ผู้ดูแลหลักเกิดภาวะเครียดการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแล เผชิญปัญหายังไม่เหมาะสมบางรายเกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวด้านการดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม การดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังเป็นการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บุคลากรทีมสุขภาพและระยะเวลาติดตามเยี่ยมยังมีความจำกัด จิตอาสาในชุมชนยังขาดความมั่นใจและมีทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและหน่วยงานในชุมชนยังไม่เป็นไปในแนวเดียวกันบางรายไม่มาตามนัดเพื่อรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฝึกทักษะต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ การปรับตัวของครอบครัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะเวลาทอง 6 เดือน⁶ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้ดูแลหลักหรือ

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยนับเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อเนื่อง⁷ จิตอาสาในชุมชนควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านให้มีความมั่นใจ มีทักษะการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงมีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพสามารถเป็นผู้ให้การดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้คำปรึกษาครอบครัวและเครือข่ายการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ยังไม่ครบถ้วน เพียงพอการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความสะดวก ปลอดภัย ในระยะ 6 เดือนแรกที่บ้านยังไม่ครอบคลุม เป็นการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของบุคคลให้สามารถเปลี่ยนผ่านให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ที่สมดุลได้และยังต้องการการมีส่วนร่วมดูแลโดยภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็งในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านหรือในระยะกลางร่วมกัน⁸ แนวทางแก้ไขปัญหามาจากการสังเคราะห์เชิงเนื้อหาจากปัญหาดังกล่าวและนโยบายของประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องให้ความสำคัญและจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบให้สามารถฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ลดความพิการ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เท่าที่ศักยภาพสูงสุดที่จะทำได้และลดภาระของครอบครัวชุมชนประเทศชาติในระยะยาว⁹ จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลาง
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลาง
4. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาที่ศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ได้ดำเนินการโดยปรับใช้ตามวัฏจักรของ Kemmis & Mc Taggart¹⁰ เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบและผลการใช้รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2. ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายหลังจำหน่าย ที่มาตามนัดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสมเด็จและได้รับการดูแลจนถึงที่บ้านตามเกณฑ์จนครบ 6 เดือน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2562 ถึงเดือน ธันวาคม 2563

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด และมีที่อยู่ในอำเภอศรีสมเด็จ
2. ภายหลังการรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้วได้ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน
3. เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL < 15 หรือ ≥

15 with multiple impairment
(swallowing/communication/ mobility/
cognitive & perception/ bowel & bladder
problem)

4. ให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยแทนและยินยอม
เข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออกกลุ่มเป้าหมาย

1. ย้ายที่อยู่
2. เสียชีวิตก่อนการเยี่ยม
3. ไม่สมัครใจ

พื้นที่ดำเนินการ

โรงพยาบาลศรีสมเด็จและชุมชนในเขต
อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

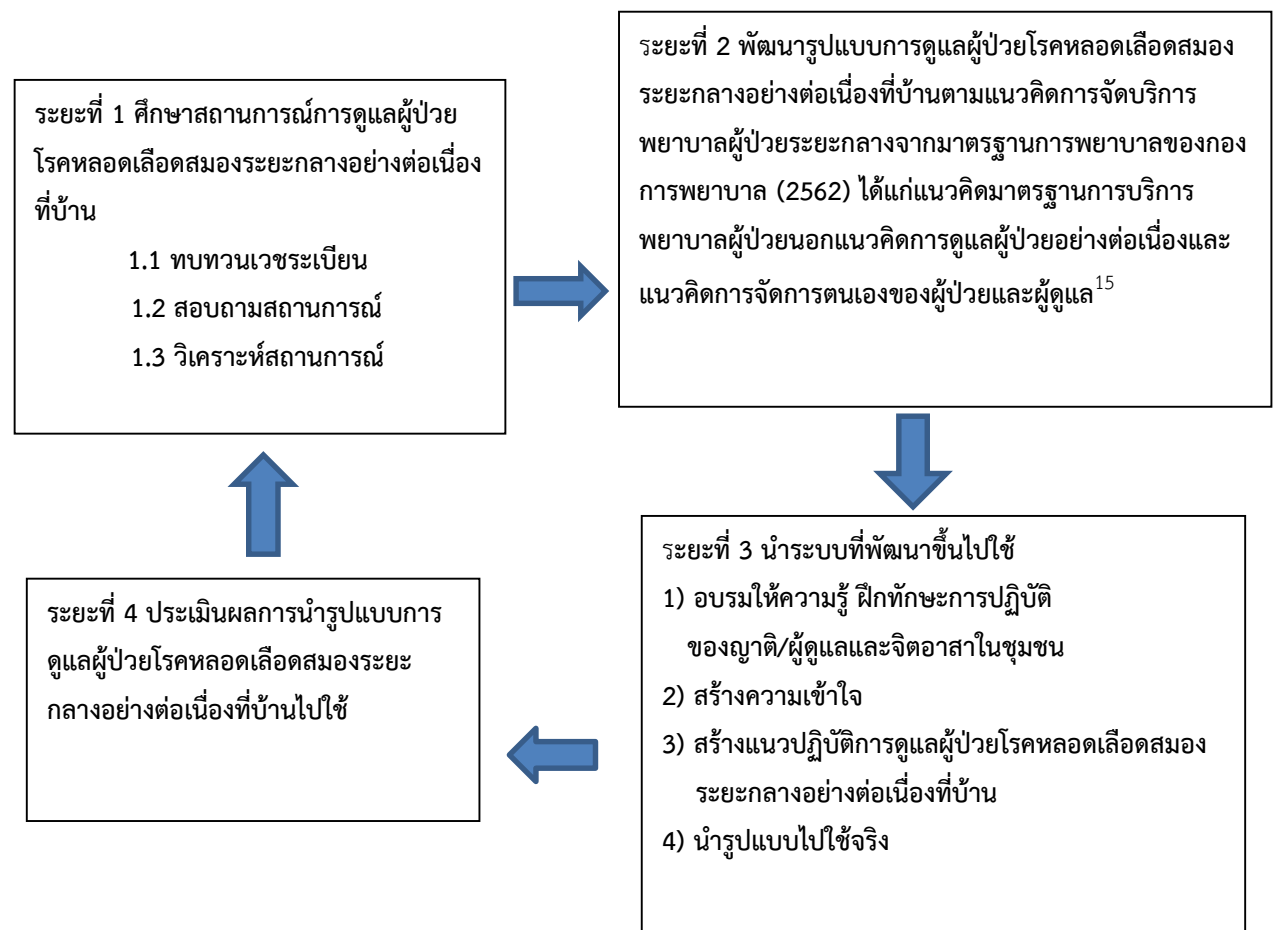
3. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะ
กลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลการใช้รูปแบบ
ประกอบด้วยการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลจิต
อาสาในชุมชนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนผลตามตัวชี้วัด
และความพึงพอใจ

รูปแบบงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน มี 4
ระยะดัง



ภาพประกอบที่ 1



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลของญาติ ผู้ดูแล จิตอาสาในชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลและจิตอาสา แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ
2. เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินตัวชี้วัดและแบบประเมินความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลเด็กทารกและด้านที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่จะศึกษา จำนวน 3 ท่านพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษาของแบบสอบถาม เพื่อให้แบบสอบถามมีความชัดเจนด้านภาษา ความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับซึ่งมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) โดยเครื่องมือที่ตรวจสอบคือแบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยของญาติ ผู้ดูแลและทักษะของผู้ดูแลและจิตอาสา แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนและแบบประเมินความพึงพอใจเฉลี่ยที่ระดับ 0.83, 0.91, 0.81 และ 0.90

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการหลังจากโครงการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2563 รวม 13 เดือน โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรและผู้ป่วย การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของญาติและจิตอาสา ความพึงพอใจต่อรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแจกแจง นำเสนอเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนหลัง โดยสถิติ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE 1042562 ได้ตระหนักถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอน การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ คำตอบที่ได้จากแบบสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตามต้องการ

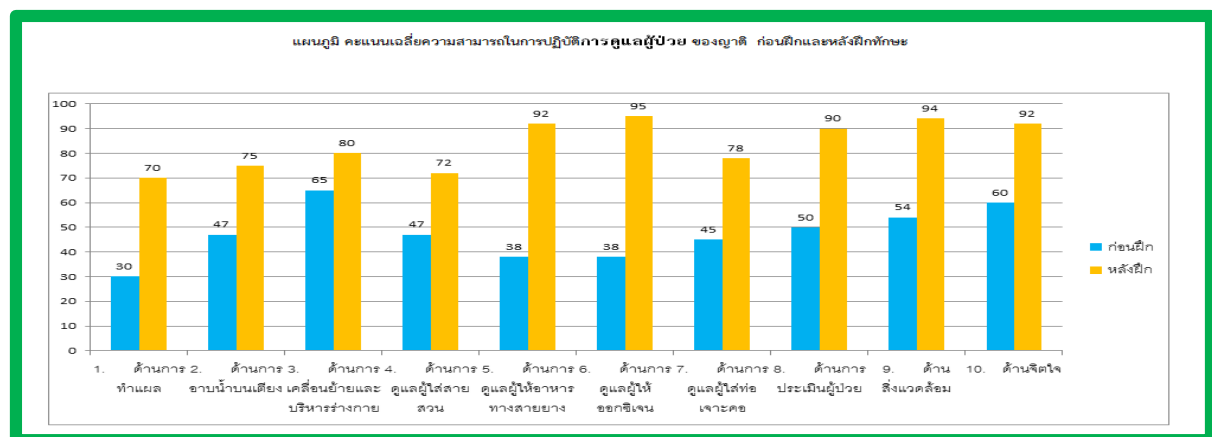
แผนภูมิ คอแนแสดงความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ของจิตอาสา ก่อนฝึก และหลังฝึกทักษะ

วันที่

ลำดับ	ด้าน	ก่อนฝึก	หลังฝึก
1.	ด้านการ 2. ทำแผล	65	95
2.	ด้านการ 3. อาบน้ำบนเตียงเคลื่อนย้ายและ	88	90
3.	ด้านการ 4. บริหารร่างกาย	90	88
4.	ด้านการ 5. ดูแลผู้ใส่สาย	86	89
5.	ด้านการ 6. ดูแลผู้ให้อาหาร	88	94
6.	ด้านการ 7. ดูแลผู้ให้	96	96
7.	ด้านการ 8. ดูแลผู้ใส่ท่อ	87	98
8.	ด้านการ 9. ประเมินผู้ป่วย	85	98
9.	ด้าน 10. สิ่งแวดล้อม	82	94
10.	ด้านจิตใจ	90	93

จากภาพประกอบที่ 2 แสดงให้เห็นว่า
คะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของจิตอาสา

ในชุมชนที่มีค่าคะแนนแตกต่างกันเพิ่มขึ้น สูงที่สุดคือ
ด้านการทำแผล รองลงมาคือด้านการประเมิน
ผู้ป่วยและด้านการจัดสิ่งแวดล้อมตามลำดับ



ภาพประกอบที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของญาติ/ผู้ดูแล

จากภาพประกอบที่ 3 แสดงให้เห็นว่า
คะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของญาติ/

ผู้ดูแล ที่มีค่าคะแนนแตกต่างกันเพิ่มขึ้นสูงที่สุดคือด้านการให้ออกซิเจน การให้อาหารทางสายยาง การประเมินผู้ป่วยและการจัดสิ่งแวดล้อมตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลาง (n=34)

ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% C.I. Lower Upper	P-value
ADL ครั้งที่1หลังอาการคงที่)	34	6.29	3.98	.2252	-2.281ถึง-1.365	0.001*
ADL ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 1)	34	8.52	3.74			
ADL ครั้งที่ 1	34	6.29	3.98	.3311	-4.379ถึง-3.0321	0.001*
ADL ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 2)	34	10.82	3.91			
ADL ครั้งที่1	34	6.29	3.98	.4623	-6.8819ถึง-5.000	0.001*
ADL ครั้งที่ 4 (เดือนที่ 3)	34	12.77	4.17			
ADL ครั้งที่ 1	34	6.29	3.98	.5138	-9.192ถึง-7.101	0.001*
ADL ครั้งที่ 5 (เดือนที่ 4)	34	15.52	4.14			
ADL ครั้งที่ 1	34	6.29	3.98	.5469	-10.907ถึง-8.681	0.001*
ADL ครั้งที่ 6 (เดือนที่ 5)	34	17.76	3.93			
ADL ครั้งที่ 1	34	6.29	3.98	.5785	-12.382ถึง10.0288	0.001*
ADL ครั้งที่ 7 (เดือนที่ 6)	34	18.47	3.84			

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

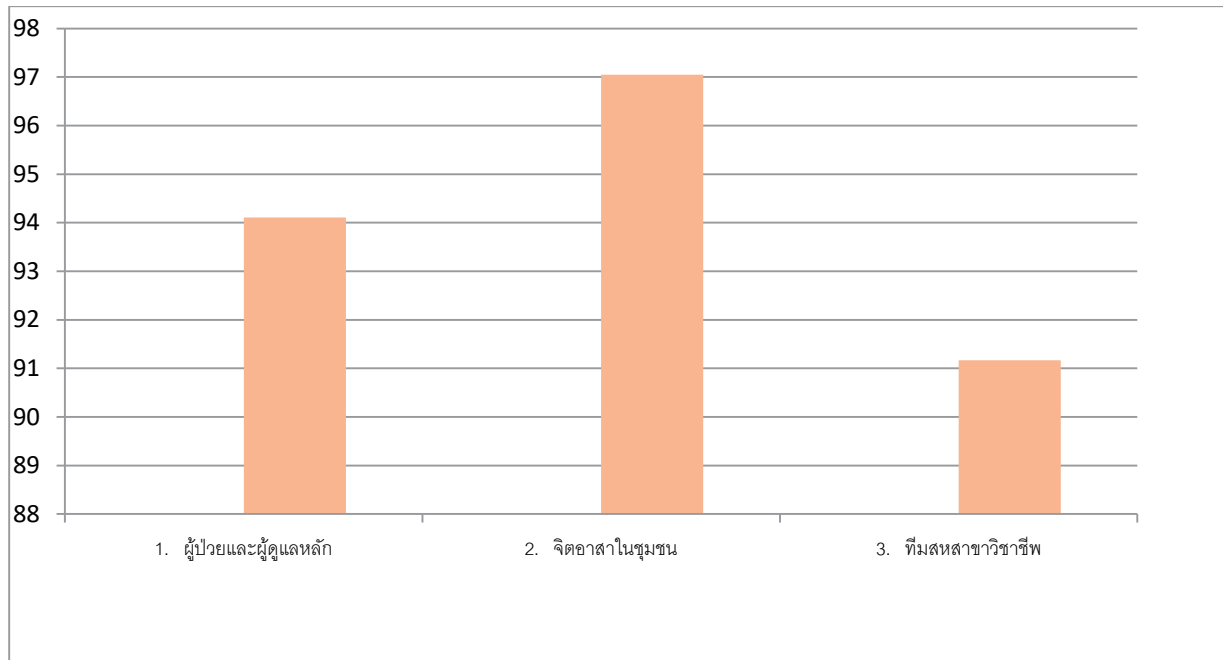
0.05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้รับการดูแลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = 0.001^*$ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะ ๓ เดือนแรกเพิ่มขึ้นมากที่สุดและพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 6.29 คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา 18.47(คะแนนเต็ม 20)

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (n=34)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	จำนวน(คน)	ปฏิบัติได้(ร้อยละ)
ผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและและมีคะแนนดัชนี Barthel <15 ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ	50	34	100
คะแนน Bathel index ดีขึ้น	>85	31	91.17
ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน Pneumonia, UTI, Pressure ulcer	<5	1	2.94
ผู้ป่วยเกิดเสียชีวิตจากตัวโรค	< 1	-	100

จากตารางแสดงผลงานตามตัวชี้วัด สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายทุกตัวชี้วัด



ภาพประกอบที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีสมเด็จ

จากภาพประกอบที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ร้อยละ 94.11 จิตอาสาในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจร้อยละ 97.05 และทีมสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจร้อยละ 91.17 แสดงถึงคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทุกกลุ่มในระดับมากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือทุกด้านกลุ่มอาการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จากโรคเรื้อรัง ความดัน ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ตามลำดับอาการได้แก่อาการแขนขาอ่อนแรงร่วมกับอาการปากเบี้ยวพูดไม่ชัด จากผลการวิจัยภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้านจนครบ 6 เดือนแรกพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลกดทับเพียง 1 ราย ยังคงความพิการถาวรจำนวน 2 รายซึ่งพบว่า ป้องกันการเกิดความพิการถาวรอย่างเห็นได้ชัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้เนื่องมาจากใน

แผนการดูแลที่ได้มีการพัฒนาขึ้นนั้น มีการรวมทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการสร้างเสริมสุขภาพดูแล รักษาและการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปแบบต่อเนื่อง ตามมาตรฐานเป็นแนวเดียวกันมีความชัดเจน สอดคล้องกับมาตรฐานระดับชาติ และเหมาะสมกับบริบท เชื้อต่อการปฏิบัติงานของเครือข่ายจิตอาสาในชุมชน ด้านระบบการดูแลตามบทบาทของทีมสหสาขาได้แก่การพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่การที่ผู้วิจัยมีบทบาทการเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแล (Care Management) ที่มีปัญหาซับซ้อน ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีปัญหาซับซ้อนสร้างทีมการดูแลผู้ป่วยเช่น มีคณะทำงานและการสร้างเครือข่ายการดูแล ให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพให้ความรู้และให้

คำปรึกษาทั้งโดยตรงทางโทรศัพท์ต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างระบบติดตามดูแล สร้างฐานข้อมูลเพื่อพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับทีมได้มีการประชุมกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ทุกวิชาชีพได้มีการร่วมออกแบบระบบงาน ร่วมแสดงความคิดเห็นและปฏิบัติตามบทบาทของตนเองอย่างชัดเจนเป็นกำลังใจสนับสนุน ชี้แนะแนวทางหรือแม้แต่ผลกระทบในด้านลบให้ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการรักษาและการพยากรณ์ระยะของโรคนำทีมสหสาขา ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่บ้านกับพยาบาลในหอผู้ป่วยร่วมทำการประชุมครอบครัวของทีมสหสาขาร่วมประเมินปัญหาความต้องการทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล ต่อเนื่องถึงการวางแผนเยี่ยมดูแลของทีมสหสาขาในชุมชนเยี่ยมบ้าน ทุรยาตามกำหนด ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาล/เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานงานกับจิตอาสาในเครือข่าย สอนทักษะเป็นพี่เลี้ยงให้กับจิตอาสา เป็นที่ปรึกษาของเครือข่ายทั้งระดับบุคลากรในโรงพยาบาลและในชุมชน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉินทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ ทุกครั้งที่ผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายต้องการดูแลช่วยเหลือระบบฐานข้อมูล Nemoได้นำมาใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลให้ถูกต้องเป็นปัจจุบันทันต่อเหตุการณ์ร่วมกับทีมงาน จัดให้มีการประชุมปรึกษารายกรณี อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุก สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง เตรียมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งก่อนไปเยี่ยม ขณะเยี่ยม และหลังเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ดูแลการจัด/ปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย ให้มีความสะดวกและปลอดภัย จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม พอเพียงจัดทำแนวปฏิบัติการดูแล

ผู้ป่วยระยะกลางให้มีแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั้งเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายส่งผลให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก จิตอาสา ทีมสุขภาพและเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก จนเกิดการประสานงานที่สอดคล้องและหากมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการนำปัญหามาทบทวนแก้ไขอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญาวีร ปรากฏพล.(2560)¹⁶ ที่ได้ศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังว่าทักษะการจัดการรายกรณีที่สำคัญคือ ความชำนาญ ความสามารถในการปฏิบัติการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกายสติปัญญาและสังคม คะแนนความสามารถด้านการปฏิบัติของผู้ดูแลและจิตอาสา อยู่ในเกณฑ์ที่ดีมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงว่าญาติผู้ดูแลและจิตอาสา สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นั่นคือส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้านแตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรม ผู้ดูแลหลักทุกรายรับรู้ว่าการดูแลดังกล่าวเป็นความต้องการการดูแลที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จึงดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนเป็นส่วนใหญ่เกือบทุกกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพร สายตรีและคณะ (2562)¹⁷ ที่ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทบทวนความรู้ สถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการที่สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำหน้าที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบต่อร่างกาย 6 มิติ คือระบบกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น ภาษา ความจำและอารมณ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยการใช้แบบประเมิน Barthel Index เพื่อใช้วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพนอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร สภาพครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง และควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางและการวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลและจิตอาสาทุกรายได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ทั้งโดยตรงและทางอ้อม พยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ดูแล โดยการให้ข้อมูลและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอน การสาธิตให้ดู และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การฝึกให้อาหารทางสายยาง การเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร การฝึกพลิกตะแคงตัว การดูแลท่อหลอดลมคอ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การออกกำลังกายและบริหาร กล้ามเนื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ยังคงคอยตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย คอยให้กำลังใจ และแก้ไขให้เมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในขณะเดียวกันกับ ผู้ดูแลยังเรียนรู้โดยการสังเกตจากการปฏิบัติของพยาบาลและสอบถามจากพยาบาลได้ตลอดเวลา เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะเวลาการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายได้ดำเนินการ

อย่างต่อเนื่องร่วมกับจิตอาสาในสัปดาห์แรก 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2,3 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4,5 ไปเยี่ยม 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 6, 7 ไปเยี่ยมร่วม 1 ครั้งรวมไปเยี่ยมทั้งหมด 7 ครั้ง ใน 7 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 8 เป็นการตรวจตามนัดหลังจำหน่ายไม่พบภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มูลธิและคณะ (2559)¹⁸ ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลและเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแล มีพลังใจต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีจำนวน 1 ราย เกิดแผลกดทับในเดือนที่ 3 ทั้งนี้เนื่องจาก เป็นผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีภาวะทุพโภชนาการ ได้ให้การดูแลด้านอาหารโภชนาการ การทำแผลที่ได้ให้การฝึกแก่ญาติผู้ดูแลหลักและจิตอาสา การลดความเปียกชื้น การช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงจนแผลหายภายใน 1 เดือนจนสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตามระยะเวลากำหนดจนครบ 6 เดือน ระยะเวลาการติดตามเยี่ยมภายในโรงพยาบาลและระยะเวลาการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายได้ดำเนินการตามแนวทาง สอดคล้องกับ อาคม รัฐวงษา (2561)¹⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่าย จะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้านของเครือข่ายที่ให้การดูแลมีความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมุ่งเน้นและ

เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านให้ผ่านระยะเริ่มต้นไปได้ด้วยดีตลอดระยะเวลาที่กลับสู่บ้านในช่วง 6 เดือนปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) มีความเข้มแข็งทั้งพลังกายพลังใจของครอบครัวและเครือข่าย ลดความพิการถาวรของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิต ผลการดำเนินงานทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายมีการนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้ในการประเมิน การดูแลรักษาผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย ระบบการรับส่งต่อจากแม่ข่ายสู่ชุมชนมีความเชื่อมโยงเป็นแนวเดียวกัน ระบบการดูแลโดยมีการประยุกต์ขั้นตอน หลักการจากทฤษฎี และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์.(2558) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร วารสารสมาคม โรคหลอดเลือดสมองไทย. 2558; 14(1)
2. จเร วิชาไทย และคณะ.(2561) รายงานฉบับ สมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและ ต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ.สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก.)เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561; 01-15.
3. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)(2561). สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ; กองบริหารสาธารณสุข,สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [กรุงเทพฯ]: บอรรณ พู ปี พิบัติเชิง.
4. กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์.(2560).รายงานบริการผู้ป่วยแยกตามโรค/รายโรค.
- 5,6. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2559) โรค..โลก..อัมพาต. [ขอนแก่น] : คลังนานาวิทยา.
7. จอม สุวรรณโณ.(2546) ความสามารถ ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2546; 18(3):1-19.
8. บุญมี ภูด่านจัว.(2556). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. The Journal of Nursing Council2013; 28 (4): 107 – 120.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จะเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในระยะเวลา 6 เดือนแรกถือเป็นเวลาทองของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลให้ลดอัตราการตาย ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดความพิการผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพ ภาวะเครียด การปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ภายหลังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวทุกระยะและควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวเป็นการติดตามความพิการความบกพร่องหรือความยากลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลช่วยเหลือต่อไป

9. กองบริหารสาธารณสุข. (2562) สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan).[สมุทรสาคร]:มกราคม บอรั่น ทุ ปี พับลืซซิง
10. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press;1988
11. สถาบันประสาทวิทยา.(2559) กรมการแพทย์. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation ฉบับปรับปรุง ครั้งที่3.ธนาเพลส. กรุงเทพฯ.
12. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (2560) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.มาตรฐานการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 2. [นนทบุรี]: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์ พับลืซซิง.
13. กองการพยาบาล.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(2562).แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง.[นนทบุรี]: บริษัท สำนักพิมพ์ สือตะวัน
14. Creer T. (2000). Self-management.Handbook of self-regulation. In: M. Bockaert PRP, & M. Zeidner, ed. San Diego; California: Academic Press.
15. Winstein, C.J., et al., Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2016. 47(6): p. e98-e169.
16. ปัฐยวชิร ปรากฏพล. (2560). การศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.2560;28(1)
- 17.รัตนพร สายตรีและคณะ (2562). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.บทความวิชาการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน)
- 18.วาสนา มูลฐีและคณะ.(2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย.วารสารสภาการพยาบาล 2559 ; 31(1) : 95-110
19. อาคม รัฐวงษา.(2561). การพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 24(1) ม.ค.-มิ.ย.:22-39.

การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : CHATU MODEL โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

Developing an integrated care system for the elderly: CHATU MODEL

Chaturaphakphiman Hospital, Roi Et Province

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 30,2023)

อักษรภัก บัวศรี¹

Aksaraphak Buasri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (ACE Star Model) ประกอบด้วยการค้นหาความรู้ การสังเคราะห์งานวิจัย การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์สู่การปฏิบัติ การนำความรู้สู่การปฏิบัติจริงและการประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ในระหว่างเดือน มกราคม 2562 - กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย มีระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การค้นหากลุ่มเป้าหมาย 2)การบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ โดยแพทย์ที่ดูแลส่ง Consult ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care Manager : CM), 3) CM ให้การดูแลตามแนวทางให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติ หรือผู้ดูแล 4) ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และ 5) ส่งต่อเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง และได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ 9 ข้อ ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประเมินผู้ดูแล ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการดูแลและการใช้อุปกรณ์ การจัดหาอุปกรณ์ การดูแลโดยสหวิชาชีพก่อนจำหน่าย การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุระยะยาว ขึ้น Pop up ใน Hos Xp และการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวันครบทุกคน ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admitted) จำนวน 2 ราย จากการติดเชืาระบบทางเดินปัสสาวะและปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลทุกคน หลังติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุ 20 ราย มีอาการคงที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นทำให้เปลี่ยนกลุ่มจากติดบ้าน ติดเตียงไปเป็นติดสังคม จำนวน 5 ราย และผู้สูงอายุติดเตียงเสียชีวิต จำนวน 5 ราย จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ ใช้เวลาน้อยในการดูแลจากเวลา 1 ชั่วโมง ลดเหลือ 30 นาที และลดอุบัติเหตุการล้มเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

สรุป : การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของของผู้สูงอายุและญาติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแล รวมทั้งได้รับการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่องผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บูรณาการ

Abstract

Research and Development)Research and development) Conduct research according to the conceptual framework of converting knowledge into practice (ACE Star Model) consists of searching for knowledge research synthesis converting synthesizers into action putting knowledge into practice and evaluating The objective is to develop an integrated care system for the dependent elderly by conducting a study of samples in Chaturaphakphiman Hospital During January 2019 - July 2021, the sample consisted of 30 dependent elderly who

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด E-mail : aksaraphak514@yahoo.com

met the inclusion and exclusion criteria. Data were collected. by using the daily activities assessment form Barthel ADL index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) and data analysis by descriptive statistics.

Research results: There is an integrated dependent elderly care system consisting of 5 steps: 1) target group search; 2) The attending physician sends a consultant to the care manager for the elderly (Care Manager: CM), 3) CM provides care according to the guideline for providing knowledge about the care of the elderly to relatives or carers. 4) Registration of dependent elderly (Long Term Care) and 5) referral to the continuous care network and 9 integrated guidelines for caring for the elderly with dependent conditions were obtained, including the assessment of daily activities; The Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living (ADL) assesses carers. knowledge of patients and relatives knowledge of body care Skills in care and use of equipment supply of equipment Multidisciplinary care before distribution Long-term registration of the elderly Pop up in Hos Xp and Continuing Care Network Data Transmission Thirty dependent elderly people received care according to the integrated care guideline for the dependent elderly. Everyone has been assessed on their daily routines. There was no readmission within 48 hours. The rate of re-hospitalization within 28 days (Re-admitted) was 2 cases. from urinary tract infections and lung infections All patients and relatives were satisfied with their care. After follow-up after discharge from the hospital, 20 elderly patients showed stable symptoms and improved daily activities causing the group to change from being stuck at home 5 cases of bed-bound elderly were socially attached and 5 cases of bed-bound elderly died. easy to follow Takes less time to take care of from 1 hour to 30 minutes and reduces the incidence of operational risks.

Conclusion : The development of an integrated care system for the dependent elderly enable the elderly to receive care from a multidisciplinary Relatives have the knowledge and skills to take care of them. Including receiving continuous information from the health network, the elderly receive comprehensive and effective care, resulting in a better quality of life for the elderly.

Keyword : Care system, Dependent elderly, Integrated

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปีพ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน คาดการณ์ว่าโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในศตวรรษแห่งผู้สูงอายุช่วงปี 2001 - 2100 ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้นมีความเป็นอยู่ที่ดีมีโภชนาการทางอาหาร ที่ถูกหลักอนามัย ประชากรมีมาตรฐานชีวิตที่ดี มีการศึกษา มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ซึ่งจะส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น อัตราการตายลดลง ประชากรมีอายุยืนยาวจน ทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจจะมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและการแพทย์ ทำให้รัฐบาลสามารถพัฒนาด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง มีระบบสวัสดิการทางสังคมที่ดีส่งผลให้

ปัจจุบันแนวโน้มประชากรสูงอายุ ประเทศไทย มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเกิน ร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั้นหมายถึงเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) และ คาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aging Society) คือ ร้อยละ 30 ในปี 2578 ¹ ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย 85 ปีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 75 ปี ² เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบการทำงานของร่างกายจะเสื่อมประสิทธิภาพลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น รองลงมา คือ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่พ้นจากวัยทำงานสู่วัยเกษียณอายุ เนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลงไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม รายได้ลดลง การพึ่งพิงก็จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ตลอดจนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และภาวะต่างๆ

ที่มาจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจิตใจ จิต
สังคม เมื่อเจ็บป่วยจึงทำให้นอนโรงพยาบาลนาน เสีย
ค่าใช้จ่ายมาก เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลายเป็นผู้ป่วย
ติดเตียงได้ง่ายขึ้น จนทำให้การพึ่งพาสูงขึ้น ทำให้เกิด
ความเครียด เกิดภาวะทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามมา
และถ้าผู้สูงอายุและญาติได้รับการดูแลที่ดี มีแนวทาง
การดูแลที่มีประสิทธิภาพและส่งต่อข้อมูลการดูแลจะ
ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจะทำให้ลดภาระ
ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำ
ปรึกษา การฝึกทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง รวมทั้งการ
ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้กับเครือข่ายการดูแล
จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพ ซึ่งสอดคล้อง
กับงานวิจัยที่พบว่า แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีสุขภาพที่ดี
ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแล
สุขภาพ การให้ความรู้และการมีอุปกรณ์ในการดูแลใน
ช่องปากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี
คำแนะนำปรึกษาดูแลที่ถูกต้องจะสามารถลดภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติได้³ และยังซึ่ง
สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการใช้โปรแกรมการ
ให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวพุทธธรรมแนววิถีพุทธ
โดยการประเมินสภาพ การให้ความรู้ การดูแลแบบกลุ่ม
และการฝึกทักษะชีวิตจะทำให้คนไข้ลดภาวะซึมเศร้า
ของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าได้⁴
เช่นเดียวกับผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนทำให้ผู้สูงอายุ
ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มตั้งแต่
กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การให้
คำแนะนำพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
ตลอดจนการส่งต่อการดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกับหน่วยงานใน
ชุมชน ติดตามเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหา
และความต้องการแต่ละบุคคลสามารถลดอัตราการตาย
จาก ร้อยละ 5.87 เหลือ ร้อยละ 2.49 ผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองพึงพอใจกับระบบ

บริการที่ได้รับในระดับมากที่สุดร้อยละ 61.50⁵ และ
พบว่าระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการ
เคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพทำให้เกิด
กระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการครอบคลุมแบบองค์
รวมและต่อเนื่องทั้ง การเตรียมความพร้อม ฝึกทักษะ
และการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเครือข่าย
สุขภาพผลของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคน
พิการ⁶

อำเภอจตุรพักตรพิมาน มีประชากรผู้สูงอายุ
ทั้งหมดใน ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 11,540 คน
(ร้อยละ 14) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม 9,963 คน (ร้อยละ
86) ติดบ้าน จำนวน 589 คน (ร้อยละ 5) และ ติดเตียง
จำนวน 101 คน (ร้อยละ 8.8) และ ตำบลหัวช้าง
จำนวน 1,852 คน (ร้อยละ 14) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม
1,394 คน (ร้อยละ 73.67) ติดบ้าน จำนวน 32 คน
(ร้อยละ 1.73) และ ติดเตียง จำนวน 26 คน (ร้อยละ
1.40) มีผู้สูงอายุ จากการสำรวจฐานข้อมูลจาก
โปรแกรม Hos xp พบว่า 5 อันดับโรค ที่พบบ่อยใน
ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรค
เรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไต
วายเรื้อรัง และ ไขมันในเลือดสูงและอาการอื่นๆ ต้อง
เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ บางครั้งต้องนอน
โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
เช่น เกิดแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ข้อติด การติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะ กลายเป็นคนไข้ติดบ้าน ติด
เตียงที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เป็นภาระผู้ดูแลที่ต้อง
ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งการสูญเสียรายได้ รวมทั้งมี
ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาด้าน

จากการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุในการ
ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน
พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและ
หัวใจ และโรคหัวใจ เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลนาน เกิดภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง
เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ใช้เวลาดูแลฟื้นฟูนาน
ค่าใช้จ่ายสูง เป็นภาระครอบครัว สังคม ในการ
ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุพบปัญหาหน้างานบ่อย ปี พ.ศ.
2561 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล จำนวน 20 ราย แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ และส่ง Consult ในคลินิก Long Term Care และ Care Manager (CM) เข้าไปประเมินและให้การดูแล พบว่าไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน สูงอายุและผู้ดูแล ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 10 ราย มีการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ราย คือ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ ผู้สูงอายุขาดการดูแลจากเครือข่าย ในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้เวลาทำ Group meeting นาน 1 ชั่วโมง และเมื่อ Care Manager ไม่อยู่เจ้าหน้าที่อื่นไม่สามารถปฏิบัติงานแทนได้ ทำให้ เกิดอุบัติเหตุการล้มเสี่ยงในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น

ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการ ดูแลมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพจากญาติ ทีมสห สาขาวิชาชีพ รวมทั้งเครือข่ายในชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : CHATU MODEL โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน อำเภอ จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อพัฒนาระบบ การดูแลและหาแนวทางการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนและเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัด ร้อยเอ็ด ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 3 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการ

ตามแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ ACE Star Model of knowledge transformation ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาความรู้ 2) การสังเคราะห์ งานวิจัย 3) การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์สู่การปฏิบัติ 4) นำความรู้สู่การปฏิบัติจริง และ 5) การประเมินผล ซึ่ง ได้นำแนวทางการดูแลแบบบูรณาการไปทดลองใช้ใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 11 คะแนน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจตุร พักตรพิมาน ที่ตึกผู้ป่วยนอก นอนรักษาในโรงพยาบาล และแพทย์ส่ง Consult Long Term Care จำนวน 30 ราย ที่สมัครเข้าร่วมวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม 2562 – กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน ADL น้อย กว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนน ADLน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน 2)มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วย ในทั้งนอนรักษาและไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงทำการการศึกษา 3.)แพทย์ส่ง Consult Long Term Care 4.)ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เสียชีวิตระหว่างการการศึกษา 2.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาวะแทรกซ้อนต้องส่งต่อสถานพยาบาลอื่นระหว่างการ ศึกษา 3.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถอนตัวออกจาก การศึกษา จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือน มกราคม 2562 - กรกฎาคม 2564

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว ความสัมพันธ์ใน ครอบครัว และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล การประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล การประเมินความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการใช้อุปกรณ์ ความจำเป็น/ความต้องการใช้อุปกรณ์ การดูแลของสหวิชาชีพ การขึ้นทะเบียน Long Term Care และ การประสานงานเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน ได้ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน และ สาขาการบริหารการพยาบาล หัวหน้าตึกโรคไม่ติดต่อ จำนวน 1 คน เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเกี่ยวข้องของเครื่องมือแล้วและได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้เท่ากับ .96

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

โดยใช้ Model การแปลงรูปแบบของความรู้ใน ACE Star Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1.ขั้นเตรียมการ

- 1.การค้นหาคำความรู้ (Knowledge discovery) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลบริบทพื้นที่และสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์
- 2.จัดทำโครงร่างวิจัย
- 3.ประกาศนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4.จัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน
- 5.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ขั้นตอนการ

1. การสังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบได้ความรู้ที่สอดคล้องโดยไม่มีข้อขัดแย้งกัน (Evidence Summary) โดยนำมาสรุปจนได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบ

บูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

2. การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์หลังสู่การปฏิบัติ (Translation) นำสิ่งที่สังเคราะห์ได้มาออกแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพจนได้ระบบจนได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ได้นำไปหาคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ประจำ ประชานงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน APN ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity index : CVI) เท่ากับ .96 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ราย และมีการปรับปรุงแนวทางอย่างต่อเนื่องจนได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมาตรฐาน

3. การบูรณาการ (Integration) คือ การนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง โดยการนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์ส่ง Consult ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) จำนวน 30 คน เมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในเกิดความสับสนในการประเมินและแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลทำให้แพทย์ส่งผู้สูงอายุปรึกษาผิดแผนก จึงนำไปสู่การปฏิบัติใน วงรอบที่ 1

วงรอบที่ 1 พยาบาลผู้ดูแลเกิดความสับสนในการประเมินและแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลทำให้แพทย์ส่งปรึกษาผิดแผนก จึงมีการประชุมทีมพยาบาลผู้ดูแลในแต่ละแผนก รวม 5 คน

เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและวางแผนการพยาบาลร่วมกันโดยให้แยกกลุ่มผู้สูงอายุออกให้ชัดเจนและได้แนวทางการดูแล คือการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง (Long Term Care) ถ้าคะแนนมากกว่าถือว่า เป็นกลุ่มติดสังคมให้ Consult พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้านดูแล และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) ให้ Consult พยาบาล Palliative Care เมื่อนำไปประเมิน ADL พยาบาลผู้ดูแลสามารถจำแนกประเภทผู้สูงอายุได้ถูกต้อง เมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เมื่อผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลดูแลตามแนวทางแล้ว ญาติได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแล ทำให้เกิดคำถามว่าจะทราบได้อย่างไรว่าญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ จึงนำไปสู่การปฏิบัติใน วงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 เมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องแล้ว พบปัญหาการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลดูแลตามแนวทางแล้วและญาติได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแล ทำให้เกิดคำถามว่า จะทราบได้อย่างไรว่าญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ จึงได้มีการประชุมทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลแต่ละแผนก จำนวน 5 คน ค้นข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาที่พบในครั้งที่ 2 ร่วมกับ พบว่าการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างทีมในการดูแล หลังการประชุมทำให้ได้ Check list 2 tick ในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อติดตามผลการให้ความรู้และฝึกทักษะของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะการใช้อุปกรณ์ หลังให้ความรู้ /สอน สาธิตและให้ญาติลงมือปฏิบัติ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 โดยพยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะในการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อสื่อสารให้กับบุคลากรที่ดูแลทราบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลและผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพจนเกิดทักษะและให้การดูแลได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่าย โดยใช้แบบ Check list 2 tick ติดไว้หน้าชาร์จเวรระเบียบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 เป็นการประเมินผล

การฝึกปฏิบัติของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายโดยพยาบาลผู้ให้การดูแลประจำตึกผู้ป่วย ผลพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด ผ่านการฝึกปฏิบัติทั้งหมด กรณีไม่ผ่าน พยาบาลผู้จัดการดูแลจะประสานแพทย์เวรเพื่อขอเวลาฝึกทักษะการดูแลเพิ่มเติมจนกว่าผู้ดูแลมีทักษะและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุไปใช้ทำให้เกิดความสะดวกง่ายต่อการประเมินความก้าวหน้าของญาติในการดูแลสะดวกและวัดผลได้ ทำให้สามารถจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกสู่ชุมชนได้ง่าย ก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนพบปัญหาที่สำคัญ คืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ทั้งที่นอนลม เตียง ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ รวมทั้งอุปกรณ์ทำแผล จึงมีการประชุมในวงรอบที่ 3

วงรอบที่ 3 ในการประชุมทีมพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน และได้แนวทางว่า กรณีมีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ในผู้ป่วยที่มีข้อบกพร่องชัดเจน เช่น มีแผลกดทับ จำเป็นต้องมีเตียง ที่นอนลมและชุดทำแผล พยาบาล/ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ประสานศูนย์เยี่ยมบ้านในการจัดหาอุปกรณ์ให้ครบก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีอุปกรณ์ไม่มี หรือไม่ครบผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ประสานผู้จัดการดูแลระดับตำบลที่อยู่อาศัยเพื่อประสานในการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง และได้ประสานงานองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อของบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ในการจัดซื้ออุปกรณ์จนได้อุปกรณ์ในการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3. ขั้นตอนประเมินผล

การประเมินผล (Evaluation) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน : CHATU MODEL โดยรูปแบบ ACE Star Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหากลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาล โดยการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุ หัวหน้างาน และคณะกรรมการดูแลและพัฒนา

กระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient Care Team : PCT) เพื่อให้รับทราบนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีสสุขภาพทุกคนและให้ทุกแผนกมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยในโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุพบว่า มีการ Consult จำนวน 30 ราย ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ราย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 7 ราย และแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 18 ราย

ขั้นตอนที่ 2 แพทย์ส่ง Consult ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและพบว่าเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน แพทย์พิจารณาส่ง Consult ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) เพื่อให้การพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การพยาบาลโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีประสานเชื่อมต่อกับผู้จัดการการดูแลเครือข่ายสุขภาพระดับระดับอำเภอให้ไปติดตามดูแล ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประเมินผู้ดูแล ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการดูแลและการใช้อุปกรณ์ การจัดหาอุปกรณ์ การดูแลโดยสหวิชาชีพก่อนจำหน่าย การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุระยะยาว ขึ้น Pop up ใน Hos Xp และการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องหลังการดูแลตามแนวทางได้มีการบันทึกข้อมูลในเวช

ระเบียนผู้ป่วยในแบบบันทึกรายการ Consult จำนวน 30 ราย

ขั้นตอนที่ 4 ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในโปรแกรม Hos Xp และเขียนบันทึก Pop up ใน Hos Xp เพื่อเป็นการสื่อสารว่าผู้สูงอายุรายนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว

ขั้นตอนที่ 5 ส่งต่อเครือข่าย เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการแล้ว ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ปัญหาอุปสรรค และข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 12 แห่ง เพื่อให้ติดตามการดูแลและนำข้อมูลขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) เพื่อขออนุมัติงบประมาณในการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ติดตามดูแลและทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2563 COE 0562563

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 69.93 ปีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60) เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.3) อาชีพ

ว่างงาน (ร้อยละ 56.7) รายได้เฉลี่ย 720 บาท/เดือน โดยมีแหล่งรายได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุ/ผู้พิการ (ร้อยละ 93.3) อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 63.3) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 96.7) และมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.3) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ADL 0-4 คะแนน (ร้อยละ 76.7) อยู่ในกลุ่ม 3 ซึ่งเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง (ร้อยละ 76.7) มีผู้ดูแลทุกคน เป็นบุตร (ร้อยละ 53.3) ให้การดูแลเป็นอย่างดี ด้านการประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ซึม พูดหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 70) ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการเจ็บป่วย (ร้อยละ 96.7) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายโดยผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการทำความสะอาดร่างกายและการเช็ดตัวลดไข้ (96.7) ความรู้และทักษะการใช้อุปกรณ์ในผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลการให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 60) ประเมินความจำเป็น/ความต้องการในการใช้อุปกรณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นในการใช้ที่นอนลม และเตียงนอนมากที่สุด (ร้อยละ 76.7) การดูแลของทีมนสหสาขาวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการทุกวันขณะนอนโรงพยาบาล การประสานงานเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง พบว่าหลังการดูแลของผู้จัดการระบบการดูแล (Care manager) ได้มีการประสานงานการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง ซึ่งเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในเครือข่ายและสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การขึ้นทะเบียน Long Term Care ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนและขึ้น Pop Up ใน Hos Xp ทุกราย เพื่อเป็นการสื่อสารกับบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการแล้ว

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 1) การค้นหากลุ่มเป้าหมาย 2)การบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ โดยแพทย์ที่ดูแลส่ง Consult ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM), 3) CM ให้การดูแลตามแนวทางให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติ หรือผู้ดูแล 4) ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และ 5) ส่งต่อเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง เมื่อนำระบบนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่าได้รับการดูแลตามแนวทางผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีการจัดกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลแอคทีวีส (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนจำหน่ายทุกราย มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยการมาพบต่อเนื่อง จำนวน 3 ราย มีภาวะแทรกซ้อนและกลับมานอนโรงพยาบาลใน 28 วัน (Re-admitted) ด้วยการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะและปอดติดเชื้อ รวมจำนวน 2 ราย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอาการคงที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพ จำนวน 20 ราย ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 5 ราย ผู้สูงอายุและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมากทุกราย หลังการนำแนวทางไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ลดระยะเวลาในการทำ Group meeting จาก 1 ชั่วโมง เป็น 30 นาที และไม่มีอุบัติเหตุในการดูแล แนวทางนี้ ง่าย สะดวกต่อผู้ปฏิบัติ เพราะเมื่อผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุไม่อยู่พยาบาลในตึกสามารถใช้แนวทางการดูแล ผู้สูงอายุได้ บุคลากรที่ให้บริการเกิดความพึงพอใจในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการจากการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งอภิปรายได้ ดังนี้

1.ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วย 5 1)การค้นหากลุ่มเป้าหมาย 2)การบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ โดยแพทย์ที่ดูแลส่ง Consult

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM), 3) CM ให้การดูแลตามแนวทางให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติ หรือผู้ดูแล 4) ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และ 5) ส่งต่อเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ชัดเจน มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแล รวมทั้งได้รับการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่องผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ได้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย กลับมาฟื้นฟูสภาพหรือพักฟื้นที่บ้าน การดูแล ต่อเนื่องที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความ ต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความคล้ายคลึงกับการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) การบริการเชิงรุก 4) การบริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา อธิบาย⁸

2. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน พบว่า ไม่มี

การกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง จำนวน 30 ราย ไม่มีการ Re-admit ใน 28 วัน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 28 ราย มีภาวะแทรกซ้อนและกลับมานอนโรงพยาบาลด้วยการติดเชื่อบทบาททางเดินปัสสาวะและปอดติดเชื้อจำนวน 2 ราย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอาการคงที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพ จำนวน 20 ราย ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 5 ราย และญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลทุกราย ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแลที่ได้รับ การดูแล ต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน และไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Re-admit) มีความพึงพอใจต่อ การดูแลต่อเนื่องที่ได้รับในภาพรวมในระดับสูงที่สุด ร้อยละ 100⁹ และยังมี การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง พบว่า ผลการ ประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมิน ADL โดยรวมเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่าการส่งต่อเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาโดย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การให้คำแนะนำพัฒนา ทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตลอดจนการส่งต่อ การดูแลสู่ชุมชนร่วมกับหน่วยงานในชุมชน ติดตาม เยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความ ต้องการแต่ละบุคคลสามารถลดอัตราการตายจาก ร้อย ละ 5.87 เหลือ ร้อยละ 2.49 ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองพึงพอใจกับระบบบริการที่ได้รับใน ระดับมากที่สุดร้อยละ 61.50¹¹

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประจำปีพ.ศ.2559. กรุงเทพมหานคร: กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. ศูนย์อนามัยที่4 สระบุรี.(2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. กรมอนามัย
3. รัชนก แดนเขตต์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้อง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. สุริยะ จงแพ, สุณิฉิม พิบูลย์, มุนา วงศาโรจน์, พชร รัตนพร พัทธ์, ศิริเพ็ญ แก้วประดิษฐ์, & นกสร แก้ว นิลกุล. (2559). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า ด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแนวพุทธธรรมและโยคะ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (3), 66-79.
5. ทศนีย์ อนันท์วัน. (2559). รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ . สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 23(2)
6. ชัชวาลย์ ขจรอนันต์. (2553). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลหนองหงส์ . ผลงานวิชาการดีเด่น สาขาผู้พิการและผู้สูงอายุระดับจังหวัด.
7. วิลาวรรณ ชมนิรัตน์, นิตย ทศนิยม. (2551) การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(3), 12-21.
8. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศลวิตร, & นฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2019). รูปแบบการดูแลระยะ ยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม. มนุษยสังคมสาร(ม ส ส.) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 17(1), 1-20.
9. มนต์รัตน์ ภูทองชัย. (2020). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(1), 63-72.
10. ประภาพร จอมเทพมาลา. (2017). ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการจังหวัด ระนอง. Region 11 Medical Journal, 31(3), 507-522.
11. จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ดัง และ รสสุคนธ์ สามแสน. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ .วารสารกองการพยาบาล. 39(2).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง
อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

Effectiveness of social engagement and support programs for behavior change prevention of
Coronavirus Disease 2019 of the elderly in the elderly club of Huaimuang Subdistrict,
Kamphaeng Saen District, Nakhon Pathom Province
(Received: June 28,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

จิตรนุช เขียวทิพย์¹

Jittranuch Klaewthip¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้สูงอายุตำบลห้วยหมอนทอง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุ

Abstract

The objective of the quasi-experimental study was to investigate the effectiveness of social engagement and support programs for behavior change prevention of Coronavirus Disease 2019 of the elderly in the elderly club of Huaimuang Subdistrict, Kamphaeng Saen District, Nakhon Pathom Province. There was a total of 60 samples which were divided into two groups. The experimental group consisted of 30 elderlies, and the control group consisted of 30 elderlies. The experimental group was elderlies in Huaimuang sub-district, Kamphaeng Saen district, Nakhon Pathom Province, and the control group was elderlies in Huai Mon Thong sub-district, Kamphaeng Saen district, Nakhon Pathom Province. The experimental group received the program for 12 weeks, and the control group did not receive the program. Data were collected from questionnaires twice, before and after experiments during October, 2022, and February, 2023, and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, standard deviations, medians, percentile 25th and percentile 75th. Comparing differences in average scores of variables of each group relied on the paired t-test and comparing differences in averages scores of variables between groups based on the

¹ Tel: 08-7158-5067 E-mail: somjit290715@gmail.com

independent t-test determined with a statistical significance level at 5%. The results showed that, the results of comparing differences in scores on Knowledge about Coronavirus Disease 2019, attitude towards prevention and control of Coronavirus Disease 2019, risk perception of Coronavirus Disease 2019, perceived severity of Coronavirus Disease 2019, strength social support for the prevention and control of the novel coronavirus disease 2019, the prevention and control of the novel coronavirus disease 2019, their perception of their efficacy in the prevention and control of the novel coronavirus disease 2019, and prevention behavior. And control of coronavirus disease 2019 in the experimental group were higher than before the experiment and then those in the control group with a statistically significant level at 0.05. The results of the research show that the developed program can change the prevention behavior corona virus 2019 infectious disease of elderlies in accordance with the established objectives.

Keywords: Participation, Social Support, Coronavirus Disease 2019, Elderly

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) ยังพบในหลายประเทศทั่วโลก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากกลุ่มอาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง coronavirus 2 (SARS-CoV-2) การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC) (WHO, 2020) เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2565 โดยโรคนี้เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ทำให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 656,987,692 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ +507,923 ราย เสียชีวิต 6,669,877 ราย รักษาหาย 630,978,059 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) โดย 5 อันดับประเทศที่ติดเชื้อมากที่สุด คือ สหรัฐอเมริกา อินเดีย ฝรั่งเศส เยอรมัน และบราซิล อัตราการเสียชีวิตสูงสุดคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป รวมถึงคนที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย คนที่เป็นโรคหัวใจมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด รองลงมาคือโรคเบาหวานโรคทางเดินหายใจ และโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำการป้องกันโรคเบื้องต้น ได้แก่ การล้างมือบ่อยๆ ปิดปาก จมูกเมื่อไอ จาม รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับคนที่แสดงอาการของโรคทางเดินหายใจ เช่น ไอ และจาม (กรมควบคุมโรค, 2564) โดยองค์การอนามัยโลกระบุบุคคลที่มีช่วงอายุ 20-40 ปี เป็นตัวการการแพร่กระจายของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นส่วนมาก พบการติดเชื้อในกลุ่มอายุ 50-59 ปี มากที่สุด

ร้อยละ 22.4 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40-49 ปี และ 60-69 ปี ร้อยละ 19.2 ตามลำดับ ประเทศไทยพบปัญหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญ โดยข้อมูล ณ ปัจจุบัน เดือน เมษายน 2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศไทย ระลอกที่ 3 โดยเป็นการติดเชื้อจากสถานบันเทิง และมีผู้ป่วยสะสม ทั้งหมดจำนวน 4,715,489 ราย รักษาหายแล้ว 4,649,509 ราย เสียชีวิต 33,392 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และจิตใจ (วิวัฒน์ บงศ์บุตร และอารี บุตรสอน, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ ยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา จำกัดการเดินทางทั้งในและต่างประเทศ งดกิจกรรมทางศาสนา และ เทศกาลต่าง ๆ เกิดวัฒนธรรมใหม่ (New Normal) มีการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการปิดโรงแรม ร้านอาหาร และศาสนสถาน ปิดสถานบันเทิง (Haleem A, 2020) ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งกระทบต่อการจัดการศึกษา ครูและนักเรียนขาดสิ่งสนับสนุนในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ส่งผลต่อการบริการการศึกษา และการจัดการเรียนการสอน (Sintema EJ, 2020) ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายของรัฐบาลหลายด้าน โดยเฉพาะด้านความเป็นอยู่ของประชาชน เช่น กระทบต่อการเดินทาง ร้อยละ 63.5 การรับประทานอาหารนอกบ้าน ร้อยละ 63.0 การสืบสาน

ชนบทรณนิยม ประเพณี วัฒนธรรม ร้อยละ 61.5 การไปร้านเสริมสวย ร้อยละ 61.0 และการไปซื้อปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 58.0 ด้านการศึกษามีผลต่อการสำเร็จการศึกษาข้างร้อยละ 61.0 ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ ร้อยละ 43.0 ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ ร้อยละ 38.5 และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์ ร้อยละ 38.0 ด้านสุขภาพเกิดการขาดแคลนหน้ากากอนามัย ร้อยละ 50.5 ขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 48.5 การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 41.5 (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2563) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มวัยทำงานพบว่าไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ นายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิง ร้อยละ 18.9 นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลง ร้อยละ 18.0 ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหาบเร่ แผงลอย ไม่สามารถค้าขายได้ร้อยละ 18.2 ส่วนผู้ประกอบอาชีพอิสระ เช่น รับเหมาก่อสร้าง คนขับรถตู้/รถรับจ้าง/มอเตอร์ไซด์รับจ้าง มีผู้ว่าจ้างลดลงหรือไม่มีเลยร้อยละ 18.4 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 รายได้ลดลงเกือบทั้งหมด และร้อยละ 31.2 รายได้ลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง (อรธจักร สัตยานุรักษ์, 2563) โดยการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคทั้งที่เป็นการป้องกันตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายสู่ผู้อื่นและคนในสังคม

จังหวัดนครปฐม แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 106 ตำบล 930 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 922,171 คน 5 สิงหาคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม 46,570 ราย อำเภอกำแพงแสนพบผู้ป่วย 5,079 ราย ตำบลห้วยม่วงมีประชากร 7,401 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,415 คน กลุ่ม 608 ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 43 ราย รวมผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมด 1,037 ราย เป็นผู้สูงอายุ 143 ราย จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนรวมถึงผู้สูงอายุอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 100 คน พบว่า มีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 87 มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ร้อยละ 80 หลีกเลี้ยงการอยู่ในสถานที่คนพลุกพล่าน ร้อยละ 72 รักษาระยะห่าง ร้อยละ 76 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 91 และลงทะเบียน “ไทยชนะ” ร้อยละ 74 ส่วนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุมีความกังวลมาก ร้อยละ 57 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2565) ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกประการหนึ่งยังพบปัญหาด้านการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง ผู้สูงอายุยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรค ไม่ปฏิบัติตามมาตรการของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน
จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตร
การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
ระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาด
ตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
ตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ที่
ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
ตำบลห้วยหมอนทอง อำเภอกำแพงแสน จังหวัด
นครปฐม ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการ
สร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง
อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย
กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสำราญรู้เรื่องโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสร้างทัศนคติที่ดีในการ
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่าน
กระบวนการแสดงความคิดเห็น กิจกรรมการมีส่วนร่วม
ในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริม
พลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการ
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
กิจกรรมสร้างความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการทำให้คุณค่า และ
กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม แบ่งออกเป็น
9 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล
ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา
โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ เดินทางไปพื้นที่เสี่ยง
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 5 การรับรู้ความ
รุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 6 แรง
สนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 7 ความตั้งใจต่อการ
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วน
ที่ 8 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและ
ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ส่วนที่ 9
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content
Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดย
พิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา
ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุง
แก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้อง
ระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence:
IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำ
แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข
แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึง
กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลหนองกระทุ่ม
อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม และหาค่าความ
เชื่อมั่นด้านความรู้โดยใช้ KR-20 ด้านทัศนคติ การรับรู้
โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทาง
สังคม ความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนใน
การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ
0.81, 0.75, 0.85, 0.83, 0.81, 0.87 และ 0.84
ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเสนอ
ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชย
ฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75
เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายใน
กลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่าง



ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 73.17 ปี (S.D.=7.17 ปี) ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 56.7 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 1,250 บาท (P25 = 1,250 บาท : P75 = 1,900 บาท) ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 56.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.0 เดินทางไปสถานที่เสี่ยงเกิน 14 วัน ร้อยละ 70.0 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 71.00 ปี (S.D.=7.49 ปี) ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 43.3 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 700 บาท (P25=600 บาท : P75=700 บาท) ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 73.3 มีโรคประจำตัว ร้อย

ละ 90.0 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.3 เดินทางไปสถานที่เสี่ยงเกิน 14 วัน ร้อยละ 76.7 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ย ของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.90 คะแนน (95% CI = 6.71- 9.08) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	27.20	2.05	-0.06	-1.10-0.96	-0.12	0.897
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.26	1.94				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	34.63	2.49	7.90	6.71-9.08	13.39	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.73	2.04				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทักษะคิดต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทักษะคิด ต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยของทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.10 คะแนน (95% CI = 4.23-5.96) รายละเอียดตาม ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.66	2.02	-0.47	-1.43-0.50	-0.96	0.339
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.13	1.71				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	25.56	1.63	5.10	4.23-5.96	11.78	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.46	1.71				

**p-value<0.01

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.166) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.43 คะแนน (95% CI = -0.61-3.47) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง

กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	20.53	4.51	0.10	-2.14-2.34	0.08	0.929
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.43	4.14				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	22.23	3.83	1.43	-0.61-3.47	1.40	0.166
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.80	4.07				

**p-value<0.01

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.93 คะแนน (95% CI = 2.47-7.38) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.73	4.30	-0.33	-2.46-1.79	-0.31	0.755
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.06	3.92				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.86	5.68	4.93	2.47-7.38	4.02	0.0002**
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.93	3.58				

**p-value<0.01

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.021) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.10 คะแนน (95% CI = 0.46-5.73) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	15.80	4.41	-0.33	-3.04-2.37	-0.24	0.802
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.13	5.95				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.83	4.27	3.10	0.46-5.73	2.35	0.021
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.73	5.80				

**p-value<0.01

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.90 คะแนน (95% CI = 2.22-3.57) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	22.80	0.88	-0.03	-0.49-0.43	-0.14	0.886
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.83	0.91				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	26.20	1.56	2.90	2.22-3.57	8.59	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	23.30	0.98				

**p-value<0.01

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.84 คะแนน (95% CI = 1.43-6.23) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	16.76	4.23	-1.20	-3.57-1.17	-1.01	0.316
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.96	4.93				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.90	4.98	3.84	1.43-6.23	3.19	0.002**
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.06	4.27				

**p-value<0.01

10. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการ

ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

7.27 คะแนน (95% CI = 4.57-9.96) รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	28.20	4.85	1.30	-1.27-3.87	1.01	0.316
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.90	5.10				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	34.73	5.38	7.27	4.57-9.96	5.39	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.46	5.04				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมภายใต้แนวคิดทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครบถ้วนครอบคลุม ศึกษาแนวคิดเพื่อพัฒนาแนว

ทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการสร้างองค์ความรู้ ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การพูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สร้างการรับรู้และความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การรณรงค์สวมหน้ากากอนามัย การร่วมกันในการตรวจสอบพฤติกรรมของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง การร่วมกันเผื่อระวังคนแปลกหน้าเข้ามาในพื้นที่ การร่วมวางแผนในการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสอดส่องดูแลและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการเผื่อระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุและประชาชน เช่น กรณีของความรู้เป็นประเด็นที่มีความสำคัญเนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ความรู้ที่

ถูกต้องเรื่องโรคจึงมีความสำคัญในการนำสู่การปฏิบัติ
ตนที่ถูกต้อง เมื่อมีความรู้ถึงสาเหตุ อาการ การ
แพร่กระจายหรือการติดต่อก็จะเป็นแนวทางให้
ผู้สูงอายุนำความรู้ดังกล่าวไปปรับใช้ในการดูแลตนเอง
และป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของวิชาการ สอน
สนาม และคณะ (2565) ศึกษาผลของรูปแบบการ
สร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ทางสุขภาพและ
พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร
ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่ม
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพและ
พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปุริชัช ทอง
แดง และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการ
พัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อ
ความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของ
ไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง
คะแนนของทุกตัวแปรระหว่างสองกลุ่มที่ศึกษาไม่มี
ความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง ความรู้ และ
ทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการ
แพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของ
กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($t=7.44$, $df=58$, $p=0.001$ และ
 $t=11.01$, $df=58$, $p=0.001$ ตามลำดับ) ชุมพล แสบ
บาล (2564) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคม ต่อพฤติกรรมกำเนินงานเฝ้าระวังและ
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยผึ้ง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า (1) ความรู้เรื่องโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย
7.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03) สูงกว่าก่อนการ
ทดลอง (ค่าเฉลี่ย 6.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) การรับรู้
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค
หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.36 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 0.17 สูงกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.83
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 (3) การรับรู้ความคาดหวัง
ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค หลังการ
ทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29)
สูงกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.04 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 0.3 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 (4) การแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลาย
ความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน หลังการทดลอง
(ค่าเฉลี่ย 3.7 7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27) สูงกว่า
ก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.54 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 (5) พฤติกรรมกำเนินงานเฝ้าระวังและ
ป้องกันโรคในชุมชน หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.15
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29) สูงกว่าก่อนการทดลอง
(ค่าเฉลี่ย 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ภาคล จันทพร
และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม
สุขภาพตามหลัก 5 อ. สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความ
รู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวหลัง
การทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีพฤติกรรมสุขภาพ
หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบหลังการ
ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับการ
สร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19
ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน
ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($P<0.05$)
และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ
คะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$
 <0.05) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง

องของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($P < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) วรรณ มุ่งหิเกียรติ และคณะ (2564) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (μ หลัง = 3.65, S.D. = .16, μ ก่อน = 3.23, S.D. = .99) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และสุภารักษ์ ผาธรรม (2564) ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลกันทรารมย์ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม สามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนั้น จึงควรนำแนวทางนี้ไปขยายผล หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่นหรือ พื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแบบผสมผสาน องค์กรวม และทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาพัฒนาการของนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรมหรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February, 2020.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://ddc.moph.go.th/index.php>. ธันวาคม, 2563.
3. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. CMRP. 2020;10:78-79, 2020.
4. Sintema EJ. Effect of COVID-19 on the performance of grade 12 students: Implications for STEM education. EURASIA J Math Sci Tech Ed. 2020;16(7), em1851, 2020.
5. นงเยาว เกษตรภิบาล, นงคราญ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนนท์, ศรีสกุล สังกำปง, รูชีลา โตะกิเล. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1). สำนักวิจัยแห่งชาติ https://www.khonhai4-0.net/?wpfb_dl=142, 2563.
6. อรรถจักร สัตยานุรักษ์, บุญเลิศ วิเศษปรีชา, ประภาส ปนตบแต่ง, สมชาย ปรีชาศิลปกุล, ณัฐพงศ์ จิตกรนิรันด, ธนิต โตดิเทพย, และคณะ. คนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง. สืบค้นจาก <https://www.isranews.org/article/isranews/download/18017/87576/18.html>. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน, 2563.
7. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด – 19 ครั้งที่ 7. วันที่ 23 มกราคม – 20 กุมภาพันธ์, 2564.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ข้อมูลสำคัญของจังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (Covid 19). การสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (Covid 19). <http://www.sisaket.go.th/covid19>, 2564.
9. Lemeshow S, Hosmer D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc; 1990.
10. ณัฐนัย จันทา. ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการปฏิบัติงานตามแผนการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ 2562. ศรีสะเกษ: สำนักงาน; 2564.
12. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์. สรุปผลการปฏิบัติงานตามแผนการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ 2564. สำนักงาน; 2564.
13. เสงวีวัฒน์. การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
14. กุ้ยเกียรติ ก้อนแก้ว และ ปัทมา สุพรรณกุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษา ตำบลท่าสองยาง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน ธันวาคม 2558.
15. มาลี เกื้อนพกุล. โปรแกรมการสร้างพลังกลุ่มแม่บ้านให้สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดโรคมาลาเรียในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เวชศาสตร์เขตร้อน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.



การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a self-care education program for chronic renal failure patients Nonkoon Hospital Sisaket Province.

(Received: June 24,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 28,2023)

เพลิน สูงโคตร¹
Ploen Sungkot¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรัง ใช้กระบวนการวิจัยกึ่งทดลองและการพัฒนาคุณภาพ ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-5 มีคุณสมบัติที่ตามกำหนด เก็บรวบรวมข้อมูล จาก แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยระยะเวลากรกฎาคม 2563 - กรกฎาคม 2564 ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการการบำบัดทดแทนไตจำนวน 22 ราย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าฮีโมโกลบินและอัตราการกรองของไต ระยะเวลา 2564-2565 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอ้างอิง เปรียบเทียบก่อนและหลังโดยใช้ paired t- test

ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 51 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 74.47 และ 75 เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 70.36 และ 75.55 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังกลุ่มที่ 1 ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังกลุ่มที่ 1 ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ 1 กับกลุ่มที่ 2 ไม่แตกต่างกัน ระยะที่ 2 จำนวน 22 ราย เพศหญิงร้อยละ 74.50 อายุมากที่สุด 56-65 ปีร้อยละ 39.21 การเปลี่ยนแปลงอัตราการกรองของไตระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.09 เป็นร้อยละ 13.68 ระยะที่ 4 ก่อนและหลังเท่ากันร้อยละ 50 ระยะที่ 5 ลดลงจากร้อยละ 40.09 เป็นร้อยละ 31 ฮีโมโกลบินมากที่สุดอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.54 รองลงมาคือระดับเล็กน้อยและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 22.72 พบว่า หลังพัฒนาโรคไตเรื้อรังไม่อยู่ในอันดับ 1-5 โรคแรก

คำสำคัญ โปรแกรมความรู้การดูแลตนเองผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, การพัฒนา

ABSTRACT

This research was research and development aimed to develop a self-care knowledge program for chronic renal failure patients. The quasi-experimental research and quality development process was used. Data were collected from the self-care behavior assessment form. World Health Organization Quality of Life Toolkit, abbreviated set Period July 2020 - July 2021. Phase 2: The sample group consisted of 22 patients with chronic kidney disease before renal replacement therapy, followed up by laboratory findings. Hemoglobin and glomerular filtration rate, period 2021-2022, data were analyzed using descriptive statistics with frequency, percentage, mean, reference statistics. Before and after comparison using paired t-test.

The results of the study showed that in Phase 1, 51 participants were mostly female; 74.47% and 75% of group 1 and group 2 were elderly, 70.36% and 75.55% of age over 60 years. The changes in quality of life of patients with chronic renal failure group 1 before and after were significantly different. And the comparison of self-care behavior and quality of life of chronic renal failure patients between group 1 and group 2 was not different. Phase 2: 22 cases, 74.50% female, 39.21% the highest age 56-65 years old. Changes in glomerular filtration rate in stage 3 increased from 9.09% to 13.68%. Stage 4 before and after were equal 50%. Stage 5 decreased from 40.09% to 31%.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโนนคูณ

Hemoglobin was the highest. moderate level 54.54%, followed by mild and moderate pale with the same level 22.72% found that after developing chronic kidney disease, not ranked 1-5 in the first disease

Keywords: knowledge program, self-care, chronic renal failure patients, development

บทนำ

ภาวะซีดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะผู้ที่มีค่าการทำงานของไตลดลงระดับปานกลางถึงรุนแรง (ระยะที่ 3-5)¹⁻⁴ ส่งผลให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ร่างกายลดลง นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง เมื่อการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต มีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในรายที่มีอาการรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว⁵

ภาวะซีดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย คุณภาพชีวิต และทำให้โรคไตเรื้อรังเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รวดเร็วขึ้น ในรายที่มีอาการไม่รุนแรงอาจไม่แสดงอาการหรือส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจทำให้การดำเนินโรคแย่ลง และอาจเสียชีวิตได้ การรักษาระดับฮีโมโกลบินให้อยู่ในระดับตามค่าเป้าหมายร่วมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้การดูแลตนเองผู้ป่วยซีดไตวายเรื้อรังขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะซีดไตวายเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัยและพัฒนา 2. ประชากรระยะที่ 1 ประชากร เป็นผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยไตเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-5 รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนคูณ

จังหวัดศรีสะเกษ ประชากร ระยะที่ 2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 รักษาแผนกผู้ป่วยใน ในปีพ.ศ 2565 รับบริการที่แผนกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เครื่องมือที่ใช้ทดลองประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะซีดโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยคู่มือ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ภาวะโลหิตจางโรคไตเรื้อรัง และการให้ความรู้ประกอบด้วย 1)การให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง2)การได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอตามความต้องการแต่ละระยะโรคไตเรื้อรัง 3)การควบคุมปริมาณน้ำ 4)การป้องกันการติดเชื้อ 5)การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 6)การออกกำลังกาย 7)การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 8)การควบคุมระดับความดันโลหิต 9) การหลีกเลี่ยงยาและอาหารเสริมที่อันตรายต่อไป)

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบบประเมินคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างร่วมในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยไตเรื้อรังรับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาอายุ 35 – 80ปี เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-5 มิยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต สมัครใจเข้าร่วมเกณฑ์คัดออกจากการวิจัยภาวะโลหิตจางจากโรคอื่นโรคติดเชื้อ โรคโลหิตจางلاسซีเมีย ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตั้งครรภ์หรืออยู่ในช่วงให้นมบุตร ผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีภาวะบกพร่องทางจิต จำนวนอาสาสมัคร 51 ราย แบ่งกลุ่ม 2 กลุ่มกลุ่มที่ 1 จำนวน 27คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 24 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้น โดยเปรียบเทียบเป็น อายุ ระยะโรคไต ภาวะโรคร่วมระยะเวลาที่อาสาสมัครอยู่ในโครงการวิจัย 9 เดือน ระยะเวลาอยู่



ในโปรแกรม 3 เดือน พัก 3 เดือน และติดตามผล 3 เดือน

สถานที่ทำการวิจัย

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาดำเนินโครงการวิจัย 2 ปี ระหว่าง 16 กรกฎาคม 2563 - 16 กรกฎาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอ้างอิง เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้ student paired test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ student unpaired

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2020-007 วันที่รับรอง 16 กรกฎาคม 2563

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลระยะโรคไตกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	กลุ่มที่ 1 (n=27)		กลุ่มที่ 2 (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะที่ 1	3	11.33	4	16.66
ระยะที่ 2	2	7.40	2	8.33
ระยะที่ 3 A	6	22.22	4	6.66
ระยะที่ 3 B	2	7.00	4	6.00
ระยะที่ 4	4	18.81	1	4.16
ระยะที่ 5	10	37.03	9	37.50

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังก่อนและหลังทดลอง กลุ่มที่ 1 (n=27) กลุ่มที่ 2 (n=24)

ตัวแปร	Pre-test		Post-test		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรม กลุ่มที่ 1	149.74	9.56	61.30	9.12	-8.623	26	0.000
พฤติกรรม กลุ่มที่ 2	51.38	8.48	62.88	10.481	-8.640	23	0.000
คุณภาพชีวิต กลุ่มที่ 1	89.04	7.44	98.15	7.24	-8.623	26	0.000
คุณภาพชีวิต กลุ่มที่ 2	83.54	13.05	95.71	10.87	-7.473	23	0.000

P<0.05

ผลลัพธ์แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าฮีโมโกลบิน ระดับเริ่มขีดเล็กน้อย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.29 เป็นร้อยละ 54.90 ค่าความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง ระดับเริ่มขีดเล็กน้อย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.64 เป็นร้อยละ 70.58

ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพ ใช้แนวคิดวงล้อเดมมิง 4 ขั้นตอน

1.ขั้นการวางแผน จากการให้บริการในคลินิกพบว่า การรับเลือดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น วิเคราะห์ ผู้ป่วยที่มารับเลือดในโรงพยาบาลโนนคูณ จำนวน 30 ราย พบว่าเป็นผู้สูงอายุ 70 ขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 50 ระดับความเข้มข้นของเลือด ซีดปานกลาง มีจำนวนร้อยละ 50 ภาวะโรคเดิมที่มารับเลือดมากที่สุดโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 50 พบจำนวนผู้เสียชีวิต ร้อยละ 20 จากการศึกษาข้อมูล 10 ลำดับโรคแรก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโนนคูณ พบโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 รับบริการเป็นลำดับที่ 5 รองจากโรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ โรคอาหารไม่ย่อย ปวดบวม และหลอดลมอักเสบ วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไตวายเรื้อรัง ในระยะที่ 4 และ 5 พบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.78 ยังมีชีวิตอยู่เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปีเพียง ร้อยละ 43.18 รับไว้รับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยความผิดปกติร้อยละ 100 โดย วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงใน กลุ่มป่วยโลหิตจาง 3 คนโดยการสัมภาษณ์พบว่า มีพฤติกรรมกินยาลดกรด มีผลขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก กินผลไม้รสเปรี้ยวที่เป็นวิตามินซีน้อย จำนวน 1 ใน 3 ราย พร้อมการปฏิบัติตัวในการได้รับโปรตีนชนิด ดีเพื่อเสริมธาตุเหล็ก การพัฒนาที่ผ่านมาผู้วิจัยได้ ดำเนินโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโลหิต จางจากไตเรื้อรัง ปีพ.ศ.2562 กิจกรรม ให้ความรู้ใน ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดไตวายเรื้อรัง โดยแพทย์ พยาบาล คลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่ บ้าน และกลุ่มเป้าหมายมีประวัติมารับการรักษาด้วย การให้เลือด จำนวน 30 ราย พบว่า ประเมินการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 45 เป็นร้อย ละ 70 เมื่อเวลาเปลี่ยนไป 6 เดือน

2.ขั้นการดำเนินการ ชี้แจงโครงการแก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประชุมทีมงานผู้วิจัยพร้อมชี้แจง รายละเอียดการดำเนินการตามคู่มือวิจัย คัดเลือกผู้มี คุณสมบัติเข้าร่วมโครงการ ให้ความรู้ คำแนะนำ ติดตามหลังเข้าโปรแกรม ระยะเวลา 3-6 เดือน ดำเนินการประชุมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่อง โรคไตวายเรื้อรังและการรักษา ภาวะโภชนาการผู้ป่วย ภาวะซีดไตวายเรื้อรัง ให้กับอาสาสมัครโครงการวิจัย และครอบครัวประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไต ความรู้การดูแลตนเอง

3.ขั้นการประเมินผล จำนวน 22 ราย ลักษณะ ผู้เข้าร่วมโครงการ.เพศหญิงร้อยละ 74.50 อายุมากที่สุด 56-65 ปีร้อยละ 39.21 ระยะของโรคไตเรื้อรัง ลำดับจากมากไปน้อย ระยะที่ 4 ร้อยละ 50 ระยะที่ 5 19.60 ระยะที่ 40.90 การเปลี่ยนแปลงอัตราการ กรองของไตระยะที่ 3 เพิ่มจากร้อยละ 9.09 เป็นร้อย ละ 13.68 ระยะที่ 4 ก่อนและหลังเท่ากันร้อยละ 50 ระยะที่ 5 ลดลงจากร้อยละ 40.09 เป็นร้อยละ 31 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปีพ.ศ 2565 ฮีโมโกลบินมากที่สุดอยู่ระดับปานกลาง ที่ร้อยละ 54.54 รองลงมาซีดระดับเล็กน้อยและปานกลาง เท่ากัน ร้อยละ 22.72 พบว่า ฮีโมโกลบินมากที่สุดอยู่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 50 รองลงมาระดับรุนแรง ร้อยละ 33.33

4.ขั้นการปรับปรุง เพิ่มการเลือกรับประทาน อาหาร ผักผลไม้ ที่มีโพแทสเซียมต่ำและปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้การดูแล ตนเองผู้ป่วยซีดไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการเรียนรู้ที่ถูกต้องมี การปฏิบัติต่อเนื่องในพฤติกรรมดูแลตนเอง การ บริโภคอาหาร การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การ เปลี่ยนแปลงอัตราการกรองของไตระยะที่ 5 ลดลง ส อ ด ค ล ี อ ง กั บ ก า ร ศี ก ษ า ข อ ง Chen,Tsai,Sun,Wu, Lee&Wu (2011) มีการให้

ความรู้โรคไตเรื้อรังระยะที่3-4 เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการจัดการตนเอง มีทั้งการให้ความรู้การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไต ลดการใช้บริการทางสุขภาพ และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และทำให้อัตราการมีชีวิตรอดสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cueto-Manzano, Martinez-Ramirez & L.Cortes-Sanabria (2010) เมื่อเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นระยะเวลา 6 เดือน นอกจากพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพดีขึ้น ยังส่งผลให้ตัวชี้วัดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไตดีขึ้น ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าการทำงานของไต (Serum Creatinine) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การนำใช้โปรแกรมให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไต ลดการใช้บริการทางสุขภาพ และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และทำให้อัตราการมีชีวิตรอดสูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2546). รายงานสุขภาพโลก 2002ลดปัจจัยเสี่ยงสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช
2. PRA KONGSAI P, PAIMER N, UAY-TRAKUL P, TANGCHAROENSATHIEN V AND MILLS A. THE IMPACK ON POOR THAI HOUSEHOLDS OF EXCLUDING RENAL REPLACEMENT THERAPY JOURNAL INT DEV ,2009;291-08.
- 3.Chen,Tsai,Sun,Wu, Lee&Wu,L W.,Lee,C.C &Wu,M.S.(2011). The Impact of Self- Management Support on the Progression of Chronic Kidney Disease. Nephrology Dialysis Tranplantation,26(11): 3560-3566.
- 4.Cueto-Manzano,A.M. Martinez-Ramirez.,H.R.& Cortes-Sanabria,L. (2010) Management of Chronic Kidney Disease : Primary Health Care Setting, Self Care and Multidisciplinary Approach. Clinical Nephology,77(1) :99-104.
- 5.อนุชา ไทวงศ์,กัญญาพัชร เบ้าทองและอลิษา ทรัพย์สังข์.(2561). ภาวะโลหิตจาง และบทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะโลหิตจาง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 38 (2) เมษายน -มิถุนายน 2561:149-157.

รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Promoting of Health Product Surveillance comprehension in Community Grocery Stores in Don Chan District, Kalasin Province.

(Received: June 20,2023 ; Revised: June 25,2023 ; Accepted: June 29,2023)

กิตติภัทร อบอุ่น¹

Kittiphat Ob Oun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน และศึกษาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอ ดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้านชำ อำเภอ ดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 96 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสำรวจและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิง เนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอ ดอนจาน จังหวัด กาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ที่สุด ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่า และ จากการสำรวจร้านชำทั้งหมด 96 ร้าน ก่อนดำเนินการพบร้านชำที่มีการจำหน่าย ยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย จำนวน 83 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 86.46 และหลังจากการดำเนิน กิจกรรมพบร้านชำจำหน่าย ยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายลดลง เหลือจำนวน 6 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 6.25 และร้านชำผ่านการประเมินตามมาตรฐานร้านชำคุณภาพอำเภอ ดอนจาน จำนวน 17 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 17.71

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้านชำ

ABSTRACT

This research was action research aimed to study health literacy in health product surveillance of community grocery stores. and to study a model for promoting health literacy in health product surveillance of community grocery stores in Don Chan District, Kalasin Province. The study period is from October 2021 to September 2022. Sample size were 96 Grocery store, Don Chan District, Kalasin Province. Collect data from surveys and questionnaires. data analysis by Content Analysis: Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Dependent t – test.

The study found that health literacy in health product surveillance of community grocery stores in Don Chan District, Kalasin Province. before operation Overall and each side is at a moderate level after the implementation. Overall and each aspect was at the highest level before and after the operation. There was a statistically significant difference at the .05 level ($p < .05$), where the mean scores were greater after the operation. And from a survey of all 96 grocery stores before proceeding to find a grocery store that has sales Modern drugs, dangerous drugs, specially controlled drugs And illegal health products of 83 stores, representing 86.46 percent, and after the activity found a grocery store Modern drugs, dangerous drugs, specially controlled drugs and illegal health products decreased to 6 shops, representing 6.25 percent, and 17 grocery stores passed the assessment of Don Chan District Quality Grocery Standards, representing 17.71 percent.

Keywords: health literacy, Health product surveillance, grocery store

¹ เกษัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลดอนจาน

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อสุขภาพอนามัย รวมถึงเป็นผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนผลิตภัณฑ์ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหน่วยงานหลักของประเทศไทยที่กำกับและควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายในท้องตลาด ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแล ของ อย. ประกอบด้วย ยา ยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย เครื่องมือแพทย์ อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยและสมประโยชน์ โดย อย. มีความได้เปรียบทางกฎหมายที่เอื้อและเปิดโอกาสให้ทาง อย. สามารถใช้กฎหมายในการบังคับให้ผู้ประกอบการที่ต้องการผลิต นำเข้า หรือขาย ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแล ควบคุม ของ อย. ทั้ง 9 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ซึ่งกฎหมายแต่ละฉบับได้มีบทบัญญัติตั้งแต่กระบวนการวินิจฉัยผลิตภัณฑ์ อนุญาตทะเบียนผลิตภัณฑ์ การกำกับดูแล ควบคุมหลังอนุญาตทะเบียนผลิตภัณฑ์ รวมทั้งบทลงโทษในกรณีที่มีการฝ่าฝืนกฎหมายซึ่งมีความแตกต่างกันตามค่านิยมของผลิตภัณฑ์เหล่านั้น¹

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้บริโภคจะต้องสัมผัสและบริโภคทุกวัน ดังนั้น การบริโภคอย่างปลอดภัยและเป็น

ประโยชน์ต่อร่างกายจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการส่งเสริมการค้าเสรี ผู้ประกอบการก็มีจำนวนมาก ทำให้เกิดการแข่งขันทางการค้าสูง ผู้ประกอบการพยายามผลิตและพัฒนาสินค้าเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค รวมถึงมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงดูดให้ผู้บริโภคหันมาใช้ผลิตภัณฑ์ของตน เพื่อให้มียอดขายมากที่สุด ทั้งนี้ ไม่ว่าจะโดยการโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ บางครั้งก็หลอกลวงหรือโอ้อวดเกินจริง หรือการให้ข่าวสารข้อเท็จจริงเพียงด้านเดียว ทำให้ผู้บริโภคสับสนและเข้าใจผิด หรือการใช้วัตถุดิบที่ไม่มีคุณภาพ เพื่อให้ราคาสินค้าถูก มีของแถม ของแถม เหล่านี้ ล้วนมีส่วนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมผู้บริโภคที่ไม่ถูกต้องทั้งสิ้น หากผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมแล้ว อาจทำให้ผู้บริโภคต้องสูญเสียเงินจำนวนมาก หรือหากเป็นผู้ป่วย นอกจากทำให้เสียเงิน เสียเวลา เสียโอกาสในการรักษาแล้ว อาจทำให้ได้รับอันตรายจากผลิตภัณฑ์นั้น ๆ อีกด้วย²

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค มุ่งหมายให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย แต่เนื่องจากสถานการณ์ในประเทศโดยทั่วไป ยังคงพบปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพกระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสุขภาพประชาชนหากได้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบกำกับดูแลคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และอื่นๆ เพื่อแก้ไขและจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน อย่างไรก็ตามเพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ในภูมิภาค สำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยาได้มอบอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ดำเนินการในบางเรื่องและแต่งตั้งผู้ปฏิบัติงานเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายภายใต้ขอบเขตของพระราชบัญญัติ(พรบ.) แต่ละฉบับ ดังนั้น จึงถือว่าเป็นการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจปฏิบัติการในส่วนภูมิภาคแบ่งภาระหน้าที่รับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการคุ้มครองผู้บริโภคอีกทางหนึ่ง^{3,4}

โรงพยาบาลดอนจาน เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการคุ้มครองผู้บริโภค ในเขตพื้นที่อำเภอดอนจาน เพื่อให้ผู้บริโภคได้ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี มีคุณภาพมาตรฐาน และมีความปลอดภัย นอกจากการกำกับดูแลและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ออกสู่ท้องตลาดมีคุณภาพมาตรฐานแล้ว การพัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประโยชน์และปลอดภัยก็มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง แต่ด้วยข้อจำกัดทั้งในด้านบุคลากรและงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลดอนจาน ไม่สามารถดำเนินการกำกับดูแล และตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่⁵

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบ จึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันผู้ประกอบการ รู้จักเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานและปลอดภัย รวมถึงมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว ย่อมทำให้มีสุขภาพดี แข็งแรง ลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁶ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ร้านชำ อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้านชำ อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 96 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างร้านชำในชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การติดตามผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของร้านชำ อำเภอ

ดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5
ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁷

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
ที่สุด

3.41 – 4.20 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

2.61 – 3.40 ความรอบรู้ด้านสุขภาพปาน
กลาง

1.81 – 2.60 ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

1.00 - 1.80 ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
ที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity
) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC)
แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้ง
ในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่
มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่
สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว
นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดย
การนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ
แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่า
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่า
ความเที่ยง เท่ากับ .967

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน
อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างร้านชำในชุมชน
และบุคลากรสาธารณสุขอำเภอดอนจาน จังหวัด
กาฬสินธุ์

3. การติดตามผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์
สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัด
กาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง
ผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอน
จาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวม
และรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการ
ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก
ที่สุด

2. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน
อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การเฝ้าระวัง
โฆษณา การเฝ้าระวังโฆษณาอาหาร การเฝ้าระวัง
โฆษณาเครื่องสำอาง การเฝ้าระวังโฆษณาเครื่องมือ
แพทย์ และการเฝ้าระวังโฆษณาวัตถุอันตรายที่ใช้ใน
บ้านเรือน

3. ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน
สุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำ
ในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน
อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการ
ดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลัง
การดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า ก่อน
ดำเนินการ (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ยา	3.31	0.33	4.63	0.19	95	-27.836	.000	-1.40834	-1.22083
อาหาร	3.33	0.28	4.61	0.17	95	-30.486	.000	-1.36127	-1.19482
สำออง	3.31	0.34	4.63	0.13	95	-33.412	.000	-1.39539	-1.23887
แพทย์	3.32	0.26	4.60	0.12	95	-37.991	.000	-1.34322	-1.20981
วัตถุ	3.33	0.37	4.63	0.23	95	-26.652	.000	-1.39487	-1.20148
รวม	3.32	0.15	4.62	0.09	95	-66.058	.000	-1.33587	-1.25791

3.2 ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินกิจกรรม พบว่า จากการสำรวจร้านชำทั้งหมด 96 ร้าน พบร้านชำที่มีการจำหน่าย ยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย จำนวน 83 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 86.46 และหลังจากการดำเนินกิจกรรม พบร้านชำจำหน่าย ยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ลดลง เหลือจำนวน 6 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 6.25 และร้านชำผ่านการประเมินตามมาตรฐานร้านชำคุณภาพ อำเภอตอนจาน จำนวน 17 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 17.71

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของ

ร้านชำในชุมชน อำเภอตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การเฝ้าระวังโฆษณา การเฝ้าระวังโฆษณาอาหาร การเฝ้าระวังโฆษณาเครื่องสำอาง การเฝ้าระวังโฆษณาเครื่องมือแพทย์ และการเฝ้าระวังโฆษณาวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ตามแนวคิดของการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ²³ ส่งผลให้ ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอตอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินกิจกรรม พบว่า จากการสำรวจร้านชำทั้งหมด 96 ร้าน พบร้านชำที่มีการจำหน่าย ยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย จำนวน 83 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 86.46 และหลังจากการดำเนินกิจกรรม พบร้านชำจำหน่าย ยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ลดลง เหลือจำนวน 6 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 6.25 และร้านชำผ่านการประเมินตามมาตรฐานร้านชำคุณภาพ อำเภอตอนจาน จำนวน 17 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 17.71 สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาพร อาจทวีกุล.(2559)^๑ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ ในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ มี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) โดยมีกิจกรรม วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอันตรายและสาเหตุของปัญหาระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) โดยมีการ

ให้ความรู้ เพื่อให้ตระหนักถึงโทษและอันตรายที่จะเกิดขึ้น จึงทำให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีรูปแบบในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายโดยมีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและบริการสาธารณสุขระยะที่ 3 ขึ้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) โดยมีกิจกรรมรวบรวมผลจากการตรวจเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายการจำหน่ายยาอันตรายในร้านชำ ระยะที่ 4 ขึ้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) มีจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาตามแผนปฏิบัติการโดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการยาอันตรายให้แก่กลุ่มแกนนำงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้สามารถให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยาอันตรายให้กับประชาชนได้ การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยา และการติดตามรายงานดำเนินโครงการเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ว่า ควรมีการพัฒนาความรู้ทักษะของกลุ่มแกนนำอย่างต่อเนื่องในการบันทึกเรื่องราวร้องเรียน การส่งต่อข้อมูล และมีเทคนิคในการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารให้เกิดความสม่ำเสมอเพื่อให้เห็นเหตุการณ์ในปัจจุบันควรมีการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังการโฆษณาการจำหน่าย และการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย ในชุมชนและสอดคล้องกันกับการศึกษาของ จินดาพร อุปถัมภ์ คณัฐวุฒิ หลวงเทพ สิริธร บัวขจร.(2566)⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ได้รู้แบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้น คือ การใช้เครื่องมือการเฝ้าระวังแบบออนไลน์ “ร้านชำ GIS” หรือ “หอมแดง Project” ที่ใช้ Google form เป็นข้อคำถามในการสำรวจโดยเครือข่ายทุกภาคส่วน ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมา

จัดลำดับความเสี่ยงตามระดับความปลอดภัย 3 ระดับ ด้วย Google sheet แปรผลเป็น 1) ร้านชำสีเขียว (ปลอดภัย) 2) ร้านชำสีเหลือง (ปานกลาง) 3) ร้านชำสีแดง (ไม่ปลอดภัย) และแสดงผลแบบ Real Time ใน Google data studio พร้อมพิกัดร้านชำ ซึ่งจากการสำรวจทั้งสิ้นจำนวน 9,305 แห่ง จาก 22 อำเภอ มีร้านชำสีเขียว สีเหลือง และสีแดง คิดเป็นร้อยละ 58.49, 24.15% และ 17.36 ตามลำดับ ซึ่งร้านชำสีแดงที่ไม่ปลอดภัยแยกเป็นรายผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยา ความรู้เรื่องบุหรี่ยุติ และผลิตภัณฑ์อาหาร คิดเป็นร้อยละ 14.53, 2.55 และ 1.07 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การศึกษา รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการเฝ้าระวังการเฝ้าระวังโฆษณา การเฝ้าระวังโฆษณาอาหาร การเฝ้าระวังโฆษณาเครื่องสำอาง การเฝ้าระวังโฆษณาเครื่องมือแพทย์ และการเฝ้าระวังโฆษณาวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน โดยใช้แนวคิดการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ในเจ้าของกิจการร้านชำ โดยผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถึงแนวทางการเฝ้าระวัง ดังกล่าว ดังกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน
2. การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างร้านชำในชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข
3. การติดตามผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน ในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนในการเฝ้าระวังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรพรรณ กิจพันธ์, (2563). หลักการจำแนกผลิตภัณฑ์สุขภาพและแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์คาบเกี่ยวทั้งในประเทศและต่างประเทศ. วารสารอาหารและยา. 27(1). 4-12
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558) โครงการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในปัจจุบัน รายงานฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2563). แนวทางปฏิบัติงานการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [ออนไลน์] <https://hpcvth.fda.moph.go.th/> 14 พฤษภาคม 2565
4. Pinki Rani. (2014) Factors influencing consumer behavior. international journal of current research and academic, 2(9) : 52-61
5. โรงพยาบาลดอนจาน.(2565). ผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. โรงพยาบาลดอนจาน. เอกสารอัดสำเนา)
6. Kemmis. and McTaggart. (1998). The action research planner. Geelong,Victoria: Deakin University Press.
7. John W. Best, James V. Kahn.(2016). Research in Education Tenth Edition, Kindle Edition. Publisher, Pearson India.
8. จิตาพร อาจทวีกุล.(2559) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาอันตรายในร้านขายของชำ ในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 22 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2559 497-509
9. จินดาพร อุปลัมภ์ คณัฐวุฒิ หลวงเทพ สิริธร บัวขจร.(2566) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดศรีสะเกษ วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 70 – 85



การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรม ACTIONS TO RESOLVE COMPLAINTS AND GRIEVANCES TO FACILITATE FAIRNESS

(Received: June 28,2023 ; Revised: June 29,2023 ; Accepted: June 30,2023)

กิติเวช โคตรวงศ์¹
Kitiwet kotwong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าแผนก ผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย รวม 40 คน การวิจัยใช้กระบวนการการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลจำนวน 3 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึง เดือน พฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรม คือ 1) คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint Acceptance Committee) 2) ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint channels) 3) ความรู้เกี่ยวกับการร้องเรียนร้องทุกข์ (knowledge of complaints) 4) มาตรฐานการร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint standard) และ 5) การประเมินการร้องเรียนร้องทุกข์ (Assessment of complaints) จากผลการวิจัยรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรมต้องให้ความสำคัญกับศักยภาพของทีมรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์

คำสำคัญ: ร้องเรียนร้องทุกข์ ความเป็นธรรม

Abstract

The purpose of this action research was to study the development of a model for resolving complaints and grievances to facilitate fairness. The sample included the hospital director, deputy director of the hospital, department head, complainants, and 40 legal experts, totaling 40 people. The research employed a process of planning, practice, observation, and reflection over three cycles. Data were collected between April 2023 and May 2023. The data were analyzed by collecting, categorizing, and analyzing content. The results indicated that the form of action to resolve complaints and facilitate justice included the following elements: 1) Complaint Acceptance Committee, 2) Complaint channels, 3) Knowledge about complaints, 4) Complaint standards, and 5) Assessment of complaints. These elements were found to be important for enhancing the potential of the grievance team.

Keywords: complaints, fairness

¹ โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โทรศัพท์: 08-1999-3407 E-mail address: k_kotwong@hotmail.com

บทนำ

การคุ้มครองสิทธิของประชาชนเป็นหน้าที่ที่สำคัญของรัฐที่ปกครองในรูปแบบประชาธิปไตยภายใต้หลักนิติรัฐ นิติธรรม ที่จะต้องมีการสร้างหลักประกันโดยอาจมีการบัญญัติกฎหมายรับรองเพื่อคุ้มครองศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์อันเป็นสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของปัจเจกบุคคลไว้โดยชัดแจ้งและโดยปริยายไว้ในรัฐธรรมนูญ และถือว่าเป็นคุณค่าสูงสุดที่องค์กรของรัฐทุกองค์กร ไม่ว่าจะเป็นองค์กรผู้ใช้อำนาจนิติบัญญัติ บริหาร ตุลาการต้องให้ความเคารพและให้ความคุ้มครองในสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานดังกล่าว หน่วยงานของรัฐจะกระทำการใดๆ ที่จะกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนได้ก็ต่อเมื่อมีกฎหมายให้อำนาจไว้เท่านั้น โดยรัฐจำเป็นต้องสร้างกลไกขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพให้กับประชาชน ประกอบกับปัจจุบันประเทศต่าง ๆ มีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและการเมืองอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการแข่งขันและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงทำให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบ และประชาชนบางกลุ่มยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหรือบริการต่าง ๆ ของรัฐ อันเป็นการละเมิดสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนหรือละเมิดสิทธิมนุษยชน ฉะนั้นนอกจากรัฐจะให้ความสำคัญในการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ แล้วจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องให้ความสำคัญในการดำเนินการยกระดับคุณภาพบริการทางสังคม ให้ทั่วถึง ซึ่งรวมถึงการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมจนเป็นการละเมิดสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานหรือสิทธิมนุษยชนของประชาชนในสังคม ดังนั้นจึงเป็นภารกิจของรัฐที่ต้องสร้างกลไกหรือมีมาตรการเกี่ยวกับการยื่นคำร้องของประชาชนไปยังรัฐบาลเกี่ยวกับกฎหมายหรือการบริการสาธารณะหรือการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องมีความรับผิดชอบต่คำร้องทุกข์ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม โดยให้มี

การเชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อให้การพัฒนาของประเทศชาติเป็นไปอย่างยั่งยืน¹ สิทธิในการยื่นเรื่องราวร้องทุกข์เป็นสิทธิที่รัฐธรรมนูญได้วางเป็นหลักประกันไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 41 (2) โดยบัญญัติรับรองถึงสิทธิของประชาชนในการเสนอเรื่องราวร้องทุกข์ต่อหน่วยงานของรัฐและการได้รับแจ้งผลการพิจารณาโดยรวดเร็ว เจตนารมณ์เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนที่ถูกละเมิดจากบุคคลอื่น โดยกำหนดให้บุคคลที่ได้รับความเดือดร้อนจากการกระทำของหน่วยงานของรัฐย่อมมีสิทธิเสนอเรื่องราวเรียนร้องทุกข์เพื่อขอให้มีการทบทวนการกระทำหรือคำสั่งใด ๆ ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือจากการกระทำของเอกชนด้วยตนเองที่ได้กระทำการใดๆ ที่เป็นการกระทบสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยอาศัยกลไกของรัฐเพื่อแก้ไขหรือบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เรียนร้องทุกข์ หากข้อเรียนร้องทุกข์ได้รับการแก้ไขย่อมทำให้ข้อเรียนร้องทุกข์ดังกล่าวยุติไปได้ อันเป็นการอำนวยความสะดวกในสังคมและเป็นการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนอีกรูปแบบหนึ่ง²

ปัจจุบันรัฐบาลและหน่วยงานของรัฐได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเรื่องราวเรียนร้องทุกข์ของประชาชน โดยเปิดให้มีการรับฟังความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และตรวจสอบการทำงานของภาครัฐมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและเสริมสร้างความสงบสุขให้เกิดขึ้นในสังคม โดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจด้านสังคม และการเมืองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นำไปสู่การแข่งขันการเอารัดเอาเปรียบ เป็นเหตุให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อน ประสพปัญหาความไม่เป็นธรรม จึงมีการเรียนต่อหน่วยงานต่าง ๆ เพิ่มขึ้น หน่วยงานภาครัฐให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเรื่อง

ร้องเรียนร้องทุกข์ จะเห็นได้จากการเปิดช่องทาง การรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ เช่น สำนัก นายกรัฐมนตรี ผ่านช่องทางสายด่วนรัฐบาล 1111 ศูนย์ดำรงธรรม กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ประกอบกับตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหาร ราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534³ กำหนดให้มีการ บริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีเพื่อประโยชน์สุขของ ประชาชน และให้มีการประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ ของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งต่อมามีพระราชกฤษฎีกาว่า ด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ ดี⁴

ประโยชน์ของข้อร้องเรียนร้องทุกข์จะเป็น แรงจูงใจให้ผู้บริหารและทีมงานของหน่วยงานดิ่ง ศักยภาพมาปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาด ให้บริการเต็มความสามารถ ผู้รับบริการได้รับการ บริการที่ดีมีประสิทธิภาพ แต่เมื่อมีเรื่องหรือปัญหา ร้องเรียนร้องทุกข์ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อ อำนวยความเป็นธรรมของผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ โรงพยาบาลกันทรารมย์เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง จำนวน 90 เตียง มีบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ จำนวน 305 คน ประกอบด้วยสายงานต่าง ๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงาน ทั่วไป นักบริหาร นักวางแผน ซึ่งมีความแตกต่างกัน ในสายงานและบทบาทหน้าที่ การบริหารงานที่ผ่าน มาประสบความสำเร็จในบางเรื่อง และมีความ ล้มเหลวในหลายเรื่อง จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ระหว่างปี 2563 ถึงปี 2565 มีปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ จำนวน 128, 187 และ 263 ครั้ง โดยปัญหาเรื่องร้องเรียนร้อง ทุกข์ได้รับการดำเนินการแก้ไขเพื่ออำนวยความสะดวก เป็นธรรม จำนวน 57 เรื่อง ซึ่งการดำเนินการแก้ไขเรื่อง ร้องเรียนร้องทุกข์มีการดำเนินการเป็นครั้ง ๆ ไป ผู้ ร้องเรียนร้องทุกข์มีความพึงพอใจต่อผลการ แก้ไขเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์บ้าง ไม่พอใจบ้าง เนื่องจากโรงพยาบาลกันทรารมย์ยังไม่มีแนวทาง

หรือรูปแบบการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ ชัดเจน⁵ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวทางการดำเนินการ แก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก เป็นธรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางและกำหนดนโยบาย การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรมของโรงพยาบาลกันทราร มย์ จังหวัดศรีสะเกษ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการแก้ไข ปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก เป็นธรรมโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมสมองในการกำหนดแนวทางการ ดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่อ สร้างความเป็นธรรมให้กับผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ของ โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามกรอบ แนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (2000)⁶ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล การปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflect) จำนวน 3 วนรอบ ระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึง เดือน พฤษภาคม 2566

กลุ่มเป้าหมาย

1. ภายในโรงพยาบาลกันทรารมย์ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน รอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2 คน หัวหน้าแผนก 13 คน ผู้ปฏิบัติงาน 13 คน รวม 29 คน
2. ภายนอกโรงพยาบาลกันทรารมย์ ประกอบด้วย ประชาชน 5 คน ผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ 5 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย 1 คน รวม 11 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองในการกำหนดแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนร้องทุกข์ ได้แก่ ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้าแผนก ผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ ผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย

2. แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่อสร้างความเป็นธรรมของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะสังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความเป็นธรรมในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนร้องทุกข์ ได้แก่ ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้าแผนก ผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ ผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผู้ร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความเป็นธรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.5 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 51.24 ปี (S.D.= 6.67 ปี) มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 50,000 บาท (P25=35,000 บาท : P75=65,000 บาท) มีตำแหน่งผู้บริหาร ร้อยละ 70.0 และทุกคนจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ตามลำดับ

2. รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความเป็นธรรมประกอบด้วย คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint Acceptance Committee) ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint channels) ความรู้เกี่ยวกับการร้องเรียนร้องทุกข์ (knowledge of complaints) มาตรฐานการร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint standard) และการประเมินการร้องเรียนร้องทุกข์ (Assessment of complaints) มีรายละเอียดดังนี้

2.1 คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint Acceptance Committee) หมายถึง การมีคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ประกอบด้วยทีมงานที่มีความหลากหลาย มาจากหลายภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกองค์กร เป็นคนที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น ผู้บริหาร มีชื่อเสียง และมีความรู้ความสามารถ

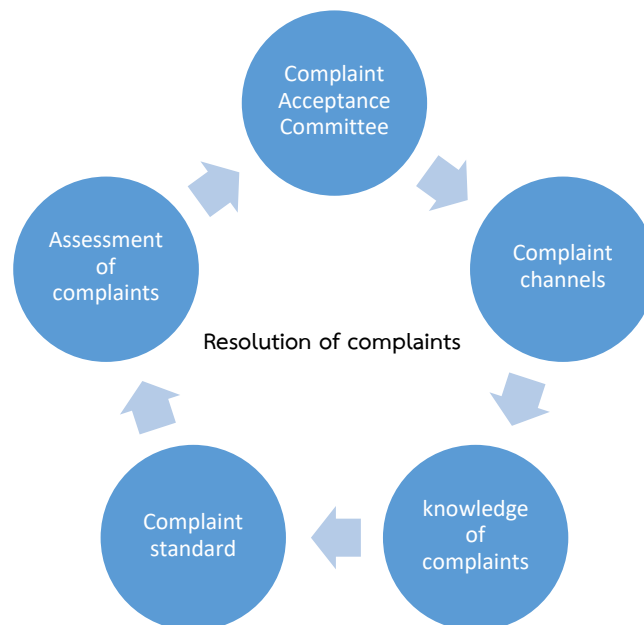
2.2 ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint channels) หมายถึง มีช่องทางที่อำนวยความสะดวกในการร้องเรียนร้องทุกข์ มีความสะดวกในการยื่นข้อร้องเรียนร้องทุกข์ มีขั้นตอนไม่ยากต่อการยื่นข้อร้องเรียนร้องทุกข์ ลดขั้นตอนและใช้เวลาในการดำเนินการไม่มากนัก

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการร้องเรียนร้องทุกข์ (knowledge of complaints) หมายถึง การมีคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่มีความรู้ความสามารถโดยเฉพาะความรู้เรื่องกฎหมาย นิติศาสตร์ รัฐศาสตร์ จิตวิทยา และ ความรู้ความสามารถในการไกล่เกลี่ย

2.4 มาตรฐานการร้องเรียนร้องทุกข์ (Complaint standard) หมายถึง การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรมจะต้องมีมาตรฐานในการจัดการ มีการกำหนดเวลาในการดำเนินการที่ชัดเจนในแต่ละขั้นตอน มีการเปิดเผยหรือเสนอความก้าวหน้าให้ผู้ร้องเรียนร้องทุกข์ได้ทราบอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานที่เป็นธรรมาภิบาล

2.5 การประเมินการร้องเรียนร้องทุกข์ (Assessment of complaints) หมายถึง การ

ดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรมจะต้องมีการประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และนำข้อค้นพบมาปรับปรุงการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อควมมีมาตรฐานและเป็นธรรมกับทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร้องเรียนร้องทุกข์ ตลอดจนมีการจัดเก็บข้อมูลการร้องเรียนร้องทุกข์แต่ละเรื่องไว้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียนร้องทุกข์ที่มีลักษณะเดียวกัน



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรม

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2000)⁶ จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และ

การสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จากการศึกษาบริบท พัฒนารูปแบบที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างหลากหลาย เปิดโอกาสให้ทุกคนทุกส่วนได้เสนอแนวทาง วิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเป็นธรรมอย่างมีอิสระ มีความเป็น

กลางในการสรุปความคิดเห็นเพื่อให้เกิดแนวทางรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก ที่มีความถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกที่ ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒพงษ์ นา คะพงษ์ (2565)⁷ ศึกษาประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของศูนย์ดำรงธรรมอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า 1) ประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของศูนย์ดำรงธรรมอำเภอพานพบว่ามีประสิทธิภาพ 4 ด้านในการ นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ แหล่งที่มาของนโยบายมีความถูกต้องชอบธรรม นโยบายมีความชัดเจน มีการสนับสนุนนโยบายจากกรมการปกครอง และไม่มี ความซับซ้อนในการบริหารงาน 2) ประสิทธิภาพการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของศูนย์ดำรงธรรมอำเภอพานตามแนวคิดหลักการบริหาร McKinsey 7-S Framework พบว่ามีประสิทธิภาพเพียง 4 ด้าน ได้แก่ มีการจัดโครงสร้างขององค์กรไม่ซับซ้อน มีระบบปฏิบัติงานตามกฎหมายผู้ปฏิบัติงานมีทักษะ ความรู้ความสามารถ มีรูปแบบการบริหารจัดการแบบ one stop service 3) ข้อเสนอแนะ คือควรมีการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ มีการสร้างสิ่งจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน มีการกำหนดกลยุทธ์และ ค่านิยมร่วมขององค์กร และมีการพัฒนาระบบปฏิบัติงาน นันทน์สถาพร พลายเถื่อน (2562)⁸ ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานการรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ใกล้เกลี่ยข้อพิพาท และให้ คำปรึกษาของศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า ควรมีแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ดังนี้ 1) ควรเพิ่มอำนาจหน้าที่ให้ศูนย์ดำรงธรรมในการคัดกรองผู้มาร้องเรียนให้สามารถตรวจสอบผู้ร้องเรียนและผู้ถูกร้องเรียนว่ามีความจริงหรือไม่เพื่อให้การทำงานเป็นไปด้วยความรวดเร็ว 2) ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ และเหมาะสมเพื่อสนับสนุนการทำงาน 3) ควรเพิ่มบุคลากรที่มีความชำนาญด้านกฎหมายหรือความ

ชำนาญด้านการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทให้มากขึ้น 4) ควรเพิ่มช่องทางการร้องเรียนด้วยระบบเสียงที่อำนวยความสะดวกให้กับประชาชนที่พิการทางสายตาและพิการแขนขาขาดให้สามารถร้องเรียนได้ด้วยตนเอง 5) ควรมีการปรับเปลี่ยนหรือลดขั้นตอนการทำงานไม่ให้เกิดการทำงานความซ้ำซ้อนและเพื่อความรวดเร็วในการดำเนินงาน 6) ควรมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในการจัดเก็บรวบรวม ข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเรียกใช้งานได้สะดวกและรวดเร็ว พูนทรัพย์ ราชวังเมือง (2559)⁴ ศึกษาปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ของ กรุงเทพมหานคร: กรณีศูนย์รับแจ้งทุกข์ 1555 ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการของการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของศูนย์รับแจ้งทุกข์ฯ พบว่า ศูนย์รับแจ้งทุกข์ฯ มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) รับเรื่องรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ 3 ช่องทาง ได้แก่ ทางโทรศัพท์ หมายเลข 1555 (Call Center) ทางอินเทอร์เน็ต (Internet) และหน่วยงานภายนอก 2) ส่งเรื่องที่ได้รับแจ้งไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบของ กรุงเทพมหานคร 3) ศูนย์รับแจ้งทุกข์ฯ จะติดตามผลการแก้ไขปัญหาภายในระยะเวลาที่กำหนด 4) แจ้งผู้ร้องเรียนทราบผลการดำเนินการ และนัดพบ ศรีสุธ (2563) ศึกษาประสิทธิภาพของศูนย์ดำรงธรรมในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน: ศึกษาเฉพาะศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า สิทธิและเสรีภาพของประชาชนจะได้รับการคุ้มครองได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อแต่ละกลไกมีหน้าที่ที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนกัน และส่งเสริมในการปฏิบัติหน้าที่ต่อกัน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องกำหนดอำนาจหน้าที่ ภารกิจ แนวทางการจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ของศูนย์ดำรงธรรมให้มีความชัดเจน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จึงได้ศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน และแนวคิดเกี่ยวกับการร้องทุกข์ของประชาชนต่อหน่วยงานของรัฐ และการจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่

ของหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการแก้ไขหลักเกณฑ์การจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ของศูนย์ดำรงธรรมให้มีความชัดเจนต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก เป็นธรรม คือ คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ความรู้เกี่ยวกับการร้องเรียนร้องทุกข์ มาตรฐานการร้องเรียนร้องทุกข์ และการประเมินการร้องเรียนร้องทุกข์ ดังนั้น รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก จำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะการมีคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่มีความรู้ความสามารถรอบด้าน และการมีธรรมาภิบาลในการจัดการข้อร้องเรียนร้องทุกข์ รวมถึงการมีมาตรฐานในการจัดการข้อร้องเรียนร้องทุกข์ จึงจะทำให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกเกิดประสิทธิผล

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก ควรพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อ

สนับสนุนการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประโยชน์แก่ทุกฝ่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก เป็นธรรม โดยประยุกต์ทฤษฎี หรือ แนวทางอื่น ที่เป็นรูปแบบใหม่ หรือ นวัตกรรมใหม่มาใช้ในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกอันจะสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืน

2. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยทำนายรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก เพื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาใช้ในการวางแผนพัฒนารูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อดูแนวทางหรือนวัตกรรมที่ผ่านมามีอะไรบ้าง มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นพดล ศรีสุข. (2563). ประสิทธิภาพของศูนย์ดำรงธรรมในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน : ศึกษาเฉพาะศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่.
2. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. “พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534.
4. พูนทรัพย์ ราชวังเมือง. (2559). ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของกรุงเทพมหานคร: กรณีศูนย์รับแจ้งทุกข์ 1555. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะ) คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. โรงพยาบาลกันทรารมย์. (2565). รายงานการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์เพื่ออำนวยความสะดวก โรงพยาบาลกันทรารมย์ ปี 2565.
6. Kemmis, S., & McTaggart, R. Participatory action research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (2nd ed., pp. 567-605). CA: Sage. 2000.

7. พัฒนพงษ์ นาคะพงษ์. (2565).ประสิทธิผลการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของศูนย์ดำรงธรรมอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยพะเยา.
8. นันทน์สถาพร พลายเถื่อน. (2562). การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ใกล้เกลี่ยข้อพิพาท และให้คำปรึกษาของศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดสระแก้ว. การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะ) สาขาวิชาบริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะ สำหรับนักบริหาร คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.